

Université du Québec en Outaouais

Les déficits dans les capacités de mentalisation en tant que médiateur entre l'identité diffuse et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance

Essai doctoral

Présenté au

Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,

Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par

© Sébastien LESSARD

Mai 2018

Composition du jury

Les déficits dans les capacités de mentalisation en tant que médiateur entre l'identité diffuse et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance

Par

Sébastien LESSARD

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

Sébastien Larochelle, Ph. D., directeur de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation,

Université du Québec en Outaouais.

Patrice Renaud, Ph.D., examinateur interne et président du jury, Département de psychologie et de psychoéducation,

Université du Québec en Outaouais.

Aude Villatte, Ph. D., examinateur interne, Département de psychologie et de psychoéducation,

Université du Québec en Outaouais.

Magali Dufour, Ph.D., examinateur externe, Département des sciences de la santé communautaire,

Université de Sherbrooke

Remerciements

Je tiens à adresser de sincères remerciements à mon directeur pour les améliorations qu'il m'a aidé à apporter à mon texte et pour son soutien constant lors de la rédaction de mon essai doctoral.

## Résumé

La gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance constitue un problème chez plusieurs personnes. Dans l'objectif de mieux intervenir, plusieurs auteurs ont tenté de mieux comprendre le phénomène. Certains suggèrent que des déficits dans les capacités de mentalisation pourraient y être associés (Bateman & Fonagy, 2012), alors que d'autres estiment que l'identité diffuse pourrait jouer un rôle (Levy et al., 2014). Or, à notre connaissance, aucune étude n'a examiné ces variables conjointement afin de clarifier leur impact respectif sur la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance. Ainsi, l'objectif de la présente étude est d'examiner comment la médiation partielle des déficits dans les capacités de mentalisation explique la relation entre l'identité diffuse et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance. Les 138 hommes recrutés à l'Université du Québec en Outaouais et au Centre sur l'Autre Rive ont complété le Michigan Alcohol Screening Test et le Drug Abuse Screening Test. L'identité diffuse a été mesurée à l'aide du Borderline Personality Inventory et les déficits dans les capacités de mentalisation l'ont été à l'aide du Toronto Alexithymia Scale et de l'Interpersonal Reactivity Index. Le test de Judd & Kenny (1981) a été réalisé et indique que l'identité diffuse ( $\beta = .21, p < .05$ ) ainsi que les déficits dans les capacités de mentalisation ( $\beta = .44, p < .001$ ) sont prédictifs de la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance. Les déficits dans les capacités de mentalisation se comportent en tant que médiateur partiel entre l'identité diffuse et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance. Les résultats de cette étude pourraient permettre le développement de traitements de réadaptation plus efficaces en encourageant le développement de l'identité chez les personnes qui souffrent de la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance.

Mots clés : Identité diffuse, Mentalisation, Problèmes liés à l'utilisation d'une substance, Dépendance, Substance.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....iv

LISTE DES TABLEAUX

.....vii

LISTE DES FIGURES .....viii

CHAPITRE I

INTRODUCTION

1. Les facteurs de risque associés à la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance.....13

2. Les déficits dans les capacités de mentalisation .....14

3. La relation entre les déficits dans les capacités de mentalisation et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance .....17

4. L'identité diffuse .....18

5. La relation entre l'identité diffuse et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance .....21

6. La relation entre l'identité diffuse et les déficits dans les capacités de mentalisation .....23

7. Les relations entre l'identité diffuse, les déficits dans les capacités de mentalisation et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance .....24

8. Les déficits dans les capacités de mentalisation en tant que médiateur entre l'identité diffuse et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance .....25

9. Conclusion sur la recension des écrits .....26

10. Objectifs et hypothèses .....27

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

1. Participants .....28

2. Procédures .....31

3. Instruments .....32

    3.1. Déficit dans les capacités de mentalisation .....32

    3.2. Identité diffuse .....34

    3.3. Gravité des problèmes liés à l'utilisation de l'alcool .....35

    3.4. Gravité des problèmes liés à l'utilisation de drogues.....35

    3.5. Analyses .....36

CHAPITRE III

RÉSULTATS

.....38

CHAPITRE IV

DISCUSSION

1. Les déficits dans les capacités de mentalisation en tant que médiateur entre l'identité diffuse et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance .....42

2. La relation entre l'identité diffuse et les déficits dans les capacités de mentalisation .....	43
3. La relation entre l'identité diffuse et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance.....	43
4. La relation entre les déficits dans les capacités de mentalisation et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance .....	44
5. Implications .....	45
5.1. Théoriques .....	45
5.2. Cliniques .....	45
6. Forces et limites .....	49
CHAPITRE V	
CONCLUSION .....	51
APPENDICE A	
RÉFÉRENCES .....	53
ANNEXES .....	77

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants. ....30

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle hypothétique du rôle médiateur des déficits dans les capacités de mentalisation sur la relation entre l'identité diffuse et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance. ....	12
Figure 2. Modèle multidimensionnel expliquant la relation entre l'identité diffuse, les déficits dans les capacités de mentalisation, la souffrance et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance. ....	25
Figure 3. Modèle de médiateur partiel des déficits dans les capacités de mentalisation expliquant la relation entre l'identité diffuse et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance. ....	38
Figure 4. Relation entre l'identité diffuse et les déficits dans les capacités de mentalisation. ....	39
Figure 5. Relation entre l'identité diffuse et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance. ....	39
Figure 6. Relation entre l'identité diffuse, les déficits dans les capacités de mentalisation et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance. ....	41



LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

BPI	Borderline Personality Inventory
DAST	Drug Abuse Screening Test
DCM	déficits dans les capacités de mentalisation
DSM	manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
ID	identité diffuse
IRI	Interpersonal Reactivity Index
MAST	Michigan Alcohol Screening Test
PUS	gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance
TAS	Toronto Alexithymia Scale

## 1. LES DÉFICITS DANS LES CAPACITÉS DE MENTALISATION EN TANT QUE MÉDIATEUR ENTRE L'IDENTITÉ DIFFUSE ET LA GRAVITÉ DES PROBLÈMES LIÉS À L'UTILISATION D'UNE SUBSTANCE

La consommation d'une substance est un phénomène culturel au Canada, tout en étant un problème psychosocial lié à la santé publique. En 2012, environ 8 millions (soit 29%) de Canadiens répondaient aux critères du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e ed., text rev.; DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) associés à l'abus ou à la dépendance à une substance à un moment ou à un autre de leurs vies (Pearson, Janz, & Ali, 2013; Statistique Canada, 2012). De plus, les problèmes de consommation sont associés à d'autres difficultés chez les individus, entre autres, la dépression (Quello, Brady, & Sonne, 2005), l'anxiété (Kushner, Sher, & Beitman, 1990), l'invalidité, la maladie physique et même la baisse de productivité (Rehm, Greenfield, & Kerr, 2006). Ceux-ci peuvent aussi causer de graves atteintes au système social (la conduite avec les facultés affaiblies, la saturation du système de santé qui devient un lourd fardeau financier (39.8 milliards de dollars) ainsi que l'augmentation du nombre de décès prématurés (Rehm et al., 2006)).

Par conséquent, plusieurs théories et recherches ont été générées dans le but de mieux comprendre les personnes qui souffrent de la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'une substance (PUS) afin de mieux les traiter. De plus en plus d'auteurs et de chercheurs s'intéressent aux déficits dans les capacités de mentalisation (DCM). Parmi ceux-ci, Bateman et Fonagy (2012) affirment que les DCM engendrent des conséquences graves telles que la PUS. D'ailleurs, plusieurs études démontrent que les DCM contribuent à plus de PUS (Carton et al., 2010; Cecero & Holmstrom, 1997; Evren, Can, Evren, & Cakmak, 2002; Evren, Dalbudak, Durkaya, Cetin, & Evren, 2010; Evren, Eken, & Cakmak, 2003; Haviland, Hendryx, Shaw, &

Henry, 1994; Loas, Fremaux, Otmani, Lecercle, & Delahousse, 1997; Loas, Otmani, Lecercle, & Jouvent, 2000; Uzun, 2003). Ces résultats peuvent être interprétés par le fait que les personnes souffrant de DCM ont de la difficulté à tolérer, identifier et à comprendre leurs affects lorsqu'ils sont sous l'influence d'affects négatifs intenses. Ces derniers deviennent dysphoriques et augmente la tendance à agir de façon irréfléchie. Les personnes cherchent alors un soulagement à l'aide d'une substance parce que leurs ressources internes pour y parvenir sont absentes (Bateman & Fonagy, 2012; Gaher, Hofman, Simons, & Hunsaker, 2013).

Parallèlement, influencés par les travaux de Erikson, de plus en plus de théoriciens et de chercheurs s'intéressent à l'identité diffuse (ID). Parmi ceux-ci, Kernberg (1984) suggère que l'ID contribue à la présence et à la PUS. D'ailleurs, plusieurs études soutiennent cette affirmation puisque des résultats suggèrent que l'ID occasionne plus de PUS (Bishop, Weisgram, Holleque, Lund, & Wheeler-Anderson, 2005; Gutpa, & Trzepacz, 1997). Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que l'ID engendre des représentations de soi dévalorisées (sentiment de vide, faible estime de soi, agressivité, angoisse d'abandon etc.) qui occasionne une souffrance chez les personnes qui en sont affectées. Elles tenteront alors de s'en protéger à l'aide d'une substance, laquelle substance a pour effet de faciliter le déni des représentations de soi dévalorisées et l'activation des représentations de soi idéalisées (Kernberg, 1975).

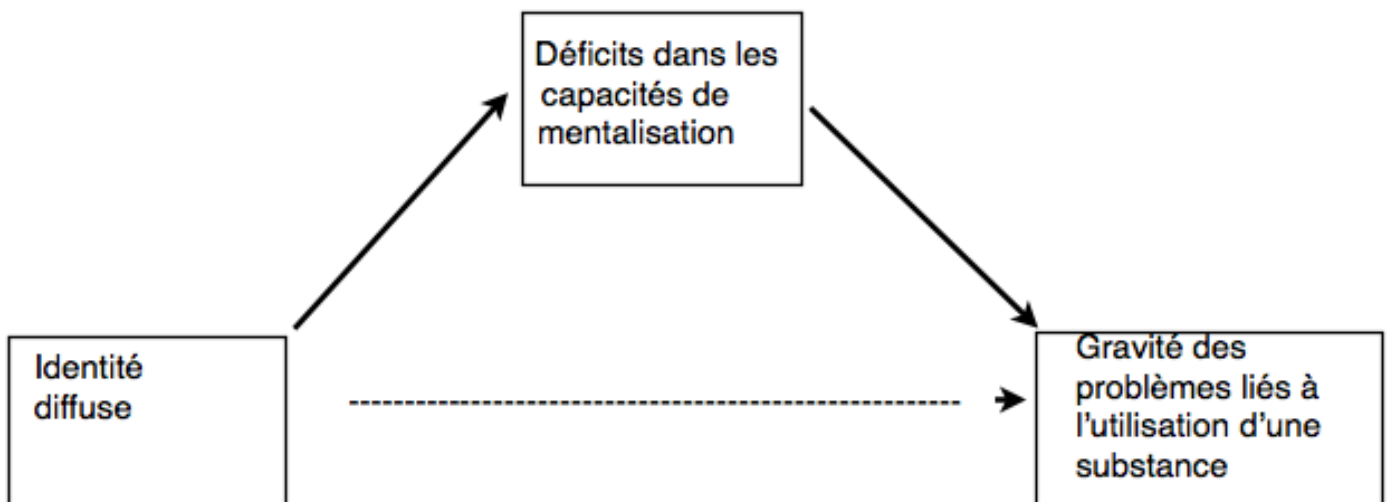
De surcroît, Kernberg et ses collègues (Kernberg, 2012; Levy et al., 2006) affirment également que l'ID engendre des DCM. D'ailleurs, les résultats de plusieurs études démontrent que l'ID contribue à la manifestation de plus graves DCM (Kernberg, Diamond, Yeomans, Clarkin, & Levy, 2008; Levy et al., 2006; New et al., 2012). Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que l'ID, par définition, entraîne des DCM. C'est-à-dire que la polarisation et l'instabilité des représentations de soi et des autres occasionnent des difficultés chez les

personnes qui en souffrent à tolérer, à identifier et à comprendre les expériences subjectives chez soi et chez les autres, donc à des DCM (Kernberg, 1984).

Finalement, certains résultats démontrent que dans la population des personnes aux prises avec une PUS, il existe une variabilité dans le degré de gravité des DCM (Fox, Hong, & Sinha, 2007). Ainsi, sur la base de ces résultats, et de ceux indiquant une association élevée entre l'ID et les DCM, il est possible de suggérer que cette variabilité dans les DCM est également caractéristique des personnes aux prises avec une ID. Et compte tenu de l'association élevée entre les DCM et la PUS, il est suggéré que cette variabilité dans les DCM est associée à des niveaux divers de PUS. Autrement dit, il est postulé que les personnes ayant des déficits moins graves dans leurs capacités de mentalisation sont capables d'une certaine mentalisation de leurs souffrance résultant de l'ID et par conséquent, présentent une PUS moins grave. Bref, l'on peut postuler que les DCM agissent en tant que médiateur partiel (étant donné la forte relation avec l'ID) entre l'ID et la PUS. (Figure 1).

Figure 1. Modèle hypothétique du rôle médiateur des DCM sur la relation entre l'ID et la PUS.

Malgré le fait que l'on reconnaisse maintenant le rôle important que jouent les DCM dans la PUS, celui de l'ID dans la PUS, ainsi que celui de l'ID dans les DCM, aucune recherche n'a, à notre connaissance, étudié ces variables conjointement afin d'examiner comment la



médiation partielle des DCM peut expliquer la relation entre l'ID et la PUS. Donc, l'objectif principal de la présente étude est d'aller un pas plus loin en examinant comment la médiation partielle des DCM explique la relation entre l'ID et la PUS. Ces variables ont été sélectionnées à partir des hypothèses théoriques de Bateman et Fonagy (2012) et de Kernberg (1984, 2012) ainsi qu'à partir de résultats de recherche obtenus par Fox et ses collègues (2007). Les résultats de cette étude pourraient permettre d'accroître notre connaissance des facteurs de risque associés à la PUS. Ces résultats nous permettraient aussi d'établir des méthodes préventives et de traitement mieux adaptées impliquant des interventions spécifiques et focalisées visant le développement d'une identité intégrée et de meilleures capacités de mentalisation.

### 1.1. Les facteurs de risque associés à la PUS

Une méta-analyse s'intéresse à plusieurs facteurs de risque à la PUS (Stone, Becker, Huber, & Catalano, 2012). Les résultats de cette étude démontrent que les facteurs de risque fixes qui augmentent la PUS sont le sexe masculin (Brook, Kessler, & Cohen, 1999; Flory, Milich, Lynam, Leukefeld, & Clayton, 2003; Jackson, Sher, Gotham, & Wood, 2001; Maggs, Frome, Eccles, & Barber, 1997; Poikolainen, Tuulio-Henriksson, Aalto-Setälä, Marttunen, & Lonnqvist, 2001), l'ethnie caucasienne (Arria, Kuhn, Caldeira, O'Grady, Vincent, & Wish et al., 2008; Gil, Wagner, & Tubman, 2004; McMorris & Uggen, 2000; Merline, Jager, & Schulenberg, 2008; Scribner et al., 2008), l'exposition prénatale à l'alcool (Alati, Mamun, Williams, O'Callaghan, Najman, & Bor, 2006; Baer, Sampson, Barr, Connor, & Streissguth, 2003) ainsi que l'histoire parentale de PUS (Alati et al., 2005; Chassin, Forthofer, & King, 2004; Chassin, Pitts, & Probst, 2002; King & Chassin, 2007).

Certains facteurs de risque contextuels contribuent aussi à la PUS, dont le plus bas prix de l'alcool (Wagenaar, Salois, & Komro, 2009) ainsi que la disponibilité de la substance (Scribner et al., 2008; Weitzman, Folkman, Folkman, & Wechsler, 2003).

L'on a aussi étudié les facteurs de risque individuels et interpersonnels à la PUS tels qu'une histoire d'abus ou de négligence (Simpson & Miller, 2002; Tarter, Kirisci, Habeych, Reynolds, & Vanyukov, 2004), des conflits parentaux (Trim, Leuthe, & Chassin, 2006; Zhou, King, & Chassin, 2006), des symptômes externalisés chez les enfants et adolescents (Hayatbakhsh, McGee, Bor, Najman, Jamrozik, & Mamun, 2008; Steele, Forehand, Armistead, & Brody, 1995; Steinhausen, Eschmann, & Metzke, 2007), des attitudes et attentes favorables envers les substances chez les jeunes adultes (Early, 2005; Guo, Hawkins, Hill, & Abbott, 2001; Jackson, Sher, & Schulenberg, 2005), une faible religiosité chez les adolescents et jeunes adultes (Jackson et al., 2005; Windle, Mun, & Windle, 2005) ainsi qu'un vécu d'un plus grand nombre d'événements stressants (Hussong & Chassin, 2004; Steinhausen, Eschmann, Heimgartner, & Metzke, 2008; Windle et al., 2005).

Toutefois, il n'y a pas de facteur de risque lié à la personnalité qui a été identifié. De plus, il n'y a pas d'étude qui a examiné la capacité prédictive de l'ID et des DCM. C'est ce que nous souhaitons évaluer dans le cadre de cette étude

## 1.2. Les DCM

Tout d'abord, il est pertinent de mieux saisir le concept des capacités de mentalisation ainsi que les répercussions délétères associées aux DCM. Plusieurs auteurs ont défini les capacités de mentalisation, dont Freud, Bion ainsi que Fonagy. À travers les époques, les capacités de mentalisation ont été conceptualisées en utilisant divers termes (Bouchard &

Lecours, 2008). Le premier à en faire mention est Freud (1911) en utilisant la notion de symbolisation qu'il définit tel un changement qualitatif de la sensation somatique liée à sa représentation mentale. Les processus mentaux proviennent alors de la sensation somatique symbolisée en pensée, c'est-à-dire par la transformation d'un état non-mental en une représentation mentale (Freud, 1895). La pensée fournit alors un moyen de cheminer à partir de la pulsion jusqu'à l'objet de satisfaction. À ce sujet, Freud reconnaît que la principale source de satisfaction est l'autre personne et il conçoit que c'est justement en relation avec l'autre que l'on apprend à symboliser. À l'opposé, les DCM sont alors définis tel un manque de symbolisation des sensations somatiques en représentations mentales (Freud, 1911).

Le modèle de Bion, quant à lui, intègre la conceptualisation du modèle structural de Freud avec le modèle interpersonnel des relations d'objet (1957; 1962) des capacités de mentalisation. Bion (1962) précise et bonifie la notion de symbolisation de Freud à l'effet que la pensée est utilisée afin de combler l'écart entre le besoin et l'action en l'absence de l'objet, mais seulement s'il y a tolérance suffisante des affects, c'est-à-dire la capacité de les contenir. C'est ainsi que Bion conceptualise la notion de fonction contenante avec l'ajout de la tolérance des affects. Selon cette notion, les sensations somatiques sont soumises à un processus de concrétisation ou d'abstraction qui rend ces expériences tolérables et crée l'espace mental nécessaire afin d'y réfléchir. La tolérance des affects permet de développer les capacités de symbolisation tel un moyen de les moduler (Bion, 1957). Les contributions du modèle de Bion sont aussi vitales afin de mieux comprendre les DCM. Les DCM peuvent se définir telle l'absence de fonction contenante, les affects ne sont alors pas bien tolérés ce qui occasionne une symbolisation déficitaire et le manque d'espace mental afin de réfléchir à ses expériences.

Pour sa part, Fonagy (1989) a popularisé le terme «mentalisation» en y intégrant plusieurs concepts de ses prédécesseurs. Les concepts de symbolisation et d'états mentaux intentionnels (besoins et buts) de Freud sont alors intégrés à la définition en y incorporant aussi la fonction contenante de Bion. Dans un deuxième temps, un approfondissement du concept de la mentalisation en l'intégrant à la recherche est proposé par Target ainsi que Fonagy et a eu lieu en parallèle aux développements cliniques et scientifiques portant sur l'analyse des enfants (Fonagy & Target, 1996). Target et Fonagy définissent les bonnes capacités de mentalisation par l'articulation cognitive des affects, c'est-à-dire par : 1. la tolérance des affects, 2. l'identification des affects à l'aide de mots et d'images et 3. la compréhension des expériences subjectives chez soi et chez les autres en termes d'états mentaux intentionnels (besoins, affects, croyances, raisons et buts). Les DCM peuvent se définir comme les difficultés à articuler cognitivement les affects, c'est-à-dire par : 1. l'intolérance aux affects; 2. l'achoppement de l'identification des affects à l'aide de mots et d'images et 3. les problèmes de compréhension des expériences subjectives de soi et des autres en termes d'états mentaux intentionnels (besoins, affects, croyances, raisons et buts) (Bateman & Fonagy, 2012). Fonagy et ses collègues (Luyten, Fonagy, Lowyck, & Vermote, 2011) affirment que le concept des DCM est similaire à celui de l'alexithymie lequel est défini par l'incapacité à distinguer les sensations somatiques des affects, à les identifier ainsi qu'à les décrire. Il s'agit également d'un style cognitif orienté vers l'extérieur qui sous-entend une absence de pensées et de fantasmes, rendant ainsi difficile la compréhension de son expérience et de celle des autres en termes d'états mentaux intentionnels (Bagby, Parker, & Taylor, 1994).

### 1.3. La relation entre les DCM et la PUS



Plusieurs auteurs (Bateman & Fonagy, 2012; Bouchard & Lecours, 2008) suggèrent que les capacités de mentalisation d'un individu influencent de façon importante le niveau de son adaptation psychologique. En effet, ces auteurs pensent que les bonnes capacités de mentalisation contribuent à une bonne adaptation psychologique. Plusieurs recherches s'intéressent aux liens qui existent entre le niveau des capacités de mentalisation et celui d'adaptation psychologique (Sharp & Fonagy 2008). Les résultats de ces études démontrent que les bonnes capacités de mentalisation occasionnent une bonne adaptation psychologique, dont une absence de troubles relationnels (Bateman & Fonagy, 2004, Fearon et al., 2006), d'anorexie (Skarderud, 2007) et de violence (Twemlow, Fonagy & Saco, 2001). Les études démontrent également que les DCM sont prédictifs de troubles d'adaptation psychologique, dont l'anorexie (Skarderud, 2007) et le trouble de la personnalité borderline (Bateman et Fonagy, 2004, 2008).

De surcroît, Bateman et Fonagy (2012) affirment que les DCM engendrent des conséquences graves telles que la PUS. À ce sujet, plusieurs résultats de recherche démontrent que de plus graves DCM, opérationnalisés par le concept de l'alexithymie, contribuent à la PUS (Carton et al., 2010; Cecero & Holmstrom, 1997; Evren et al., 2002; Evren et al., 2010; Evren et al., 2003; Haviland et al., 1994; Loas et al., 1997; Loas et al., 2000; Uzun, 2003). Ces études utilisent le Toronto Alexithymia Scale (TAS; Bagby et al., 1994) afin de mesurer les DCM. Plusieurs d'entre elles utilisent aussi le Michigan Alcohol Screening Test (MAST; Selzer, 1971) afin d'évaluer la PUS (Cecero & Holmstrom, 1997; Evren et al., 2002; Evren et al., 2010; Uzun, 2003). Ces études s'intéressent à des participants souffrant d'une dépendance à une substance selon les critères du DSM. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les DCM, par définition, ne permettent pas aux personnes qui en souffrent de tolérer, d'identifier et de comprendre leurs affects lorsqu'ils sont sous l'influence d'affects négatifs intenses. Ces derniers

deviennent alors dysphoriques et augmentent la tendance à agir de façon irréfléchie, à travers l'utilisation d'une substance, pour obtenir un soulagement. Bref, les personnes qui présentent des DCM cherchent un soulagement à l'aide d'une substance parce que les ressources internes pour y parvenir sont absentes (Bateman & Fonagy, 2012; Gaher et al., 2013).

#### 1.4. L'ID

Tout comme il est important de bien saisir le concept des DCM, il est primordial de bien définir le concept de l'ID. L'identité est parmi les termes les plus communément utilisés en sciences sociales (Brubaker & Cooper, 2000; Leary, 2004), mais sa définition varie d'un auteur à l'autre. Plusieurs auteurs importants ont étudié le domaine de l'identité, dont Erikson, Marcia et Kernberg. En ce qui concerne Erikson (1956), il est reconnu pour sa théorie du développement psychosocial. Il conceptualise l'identité intégrée et l'ID. Erikson définit l'identité intégrée par un sentiment d'unité et de continuité. À cet égard, il définit le sentiment d'unité telle une expérience de soi cohérente malgré les contradictions. Les identifications passées et présentes sont reprises dans un ensemble plus large d'idéaux. Les idéaux peuvent aussi permettre de trouver une cohérence autour d'un ensemble unifié de valeurs. La personne établit alors son schème de valeurs. Cette unité se manifeste aussi par l'émergence de la fidélité, c'est-à-dire la capacité à se conformer à ses engagements. C'est la perception d'une similitude avec soi, ce qui demeure identique à soi, non compartimenté. C'est aussi le besoin de se différencier d'autrui, de marquer sa singularité tout en restant reconnu par celui-ci, la dynamique dialectique de l'identité (Erikson, 1968). Quant au sentiment de continuité, il le conçoit telle la recherche d'une expérience de soi stable dans le temps et selon les situations. L'on pourrait résumer ce concept par le sentiment d'être soi dans divers contextes. C'est une continuité dans le cheminement, entre

ce que la personne a vécu et ce qu'elle vit actuellement. Celle-ci correspond à une inscription de son présent dans un futur anticipé. C'est une continuité progressive entre ce que la personne pense être, ce qu'elle promet de devenir dans un avenir anticipé ainsi que ce qu'elle observe que les autres voient et attendent d'elle (Erikson, 1972). C'est aussi une continuité dans le temps et dans l'espace, c'est à dire son ipséité (Erikson, 1978). Cette unité et cette continuité font qu'une personne est significative pour elle-même et pour les autres. À l'opposé, Erikson (1956) décrit l'ID comme une absence ou une perte du sentiment d'unité et de continuité.

Quant à Marcia (1966, 1980), il a étudié l'identité, sous l'influence d'Erikson, en tentant de mieux comprendre le concept auprès des adolescents dans le cadre de la psychologie développementale. Alors qu'Erikson définit l'identité à l'aide des sentiments d'unité et de continuité, Marcia la conceptualise plutôt à l'aide des critères de l'exploration et de l'engagement et la catégorise en quatre statuts. Selon lui, les statuts d'identité sont généralement organisés du plus au moins développé dans l'ordre suivant: «intégrée», «moratoire», «forclose» et «diffuse». Les personnes avec une identité «intégrée» ont exploré activement les alternatives identitaires et ont pris des engagements dans les domaines professionnels, idéologiques et interpersonnels. Le statut de l'identité «intégrée» est considéré comme le plus développé, car il implique à la fois l'exploration et l'engagement. Celles avec une identité «moratoire» explorent activement les alternatives identitaires mais n'ont pas pris des engagements définitifs. Celles avec une identité «forclose» ont pris des engagements, mais sans période d'exploration active. L'ordre des statuts de l'identité «forclose» et «moratoire» est moins clair (Marcia & Archer, 1993). Néanmoins, cette dernière n'est pas caractérisée par une exploration active et se manifeste généralement à un âge plus précoce que l'identité «moratoire». Celle-ci est alors généralement considérée comme plus développée. Enfin, Marcia (1966, 1980) considère que les personnes

avec une ID n'ont pas activement exploré des alternatives identitaires ou fait des engagements qui les définissent.

Finalement, Kernberg emprunte certaines idées à Erikson (1956) et conçoit les sentiments d'unité et de continuité comme le reflet d'une structure psychologique plus profonde qui organise la personnalité; les catégories de l'identité intégrée et l'identité diffuse. Ces deux pôles se retrouvent aussi aux deux extrémités du continuum (Kernberg & Caligor, 2005). Kernberg définit l'identité intégrée par la coexistence et la stabilité des représentations de soi et des autres contradictoires. La coexistence des représentations de soi et des autres contradictoires est responsable des sentiments d'unité personnelle, de continuité et de bien se connaître. En effet, les personnes ayant une identité intégrée sont en mesure de se décrire de façon réaliste et détaillée et ce, à l'aide de qualités positives et négatives. Elles sont aussi en mesure de décrire les autres en profondeur et ainsi, de faire preuve d'empathie envers eux. L'identité intégrée est selon Kernberg (1984) associée à des forces du moi, dont la capacité de tolérer et de contrôler ses affects, lesquelles s'apparentent étroitement aux capacités de mentalisation telles que définies par Fonagy (Bateman & Fonagy, 2012). L'identité diffuse est quant à elle conçue par la polarisation et l'instabilité des représentations de soi et des autres contradictoires. Dans le contexte de l'ID, les représentations de soi et des autres dévalorisées sont séparées de celles qui sont idéalisées et alternent fréquemment dans l'esprit de la personne. Cela est à l'origine des sentiments d'incohérence, de vide et de discontinuité dans le temps. Ainsi, les personnes fonctionnant avec une identité diffuse présentent une difficulté marquée à se décrire et à décrire les autres, tout comme à faire preuve d'empathie. Enfin, la polarisation et l'alternance des représentations mentales contradictoires occasionnent également une souffrance chez les personnes qui

présentent une identité diffuse, laquelle est difficile à tolérer et à contrôler (Kernberg, 1984; Kernberg & Caligor, 2005).

### 1.5. La relation entre l'ID et la PUS

Selon Kernberg, l'identité intégrée ou diffuse influence de façon importante le niveau d'adaptation psychologique d'un individu (Kernberg, 1984). En effet, l'identité intégrée est prédictrice d'une bonne adaptation psychologique, contrairement à une ID qui l'est moins. Plusieurs recherches s'intéressent à examiner les liens qui existent entre les statuts de l'identité et l'adaptation psychologique (Bishop et al., 2005). Les résultats de ces études démontrent que l'identité intégrée occasionne une meilleure adaptation psychologique, dont une absence de dépression (Nurmi, Berzonsky, Tammi, & Kinney, 1997), d'anxiété sociale (Stopa, Brown, Luke, & Hirsch, 2010), de problèmes d'estime de soi (Harter, 1999; Nurmi et al., 1997; Slutzky, & Simpkins, 2009) et de détresse psychologique (Berzonsky, 2003; Campbell, Assanand, & Di Paula, 2003; Gfellner, & Cordoba, 2011; Hofer, Joscha, Chasiotis, Busch, & Kiessling, 2007; Luyckx, Goossens, Soenens, & Beyers, 2006; Waterman, 2004, 2007). Les études démontrent également que l'ID est prédictrice d'une moins bonne adaptation psychologique, dont la dépression (Blatt, Hart, Quinlan, Leadbeater, & Auerbach, 1993; Heath, & Brown, 1999; Montague, Enders, Dietz, Dixon, & Cavendish, 2008; Robles-Pina, Defrance, & Cox, 2008), l'anxiété (Berman, Weems, & Stickle, 2006; Constantino, Wilson, Horowitz, 2006; Stopa et al., 2010;), la détresse psychologique (Wangqvist, & Frisen, 2011; Campbell et al., 2003; Luyckx et al., 2006; Luyckx, Soenens, Goossens, Beckx, & Wouters, 2008b; Meeus, Ledema, Helsen, & Vollebergh, 1999; Schwartz, 2007; Schwartz et al., 2011b; Schwartz, Klimstra, Luyckx, Hale III, & Meeus, 2012) ainsi que les symptômes internalisés et externalisés (Besser, & Blatt, 2007;

Leadbeater, Kuperminc, Blatt, & Hertzog, 1999; Crocetti, Scrignarò, Sica, & Magrin, 2012; Hernandez, Montgomery, & Kurtines, 2006; Kuperminc, Blatt, & Leadbeater, 1997).

De surcroît, Kernberg (1984) avance que l'ID augmente les risques de présenter une PUS et qu'elle soit plus grave. D'ailleurs, en plus de troubles d'adaptation, certains résultats de recherche démontrent que l'ID contribue à la PUS (Bishop et al., 2005; Gutpa & Trzepacz, 1997; Schwartz et al., 2011a). Ces études utilisent différents outils: l'Extended Objective Measure of Ego Identity Status-Version 1 (Bishop et al., 2005), l'entrevue psychiatrique (Gutpa & Trzepacz, 1997) et la Dimensions of Identity Development Scale (Schwartz et al., 2011a) afin de mesurer l'ID. Elles utilisent le Khavari Alcohol Test (Bishop et al., 2005), l'entrevue psychiatrique (Gutpa & Trzepacz, 1997) et l'Alcohol Use Disorders Identification Test (Schwartz et al., 2011a) afin d'évaluer la PUS. Ces études s'intéressent aussi à des participants de population étudiante (Bishop et al., 2005; Schwartz et al., 2011a) et à des patients d'un hôpital général (Gutpa & Trzepacz, 1997). Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que la polarisation et l'instabilité des représentations de soi et des autres contradictoires, caractéristiques de l'ID, occasionnent une souffrance à travers des sentiments d'incohérence et de vide, souffrance difficile à tolérer et à contrôler. Les personnes qui présentent une ID tenteront alors de s'en protéger en utilisant une substance (Kernberg, 1975).

#### 1.6. La relation entre l'ID et les DCM

Tel que mentionné précédemment, l'ID est caractérisée par des représentations de soi et des autres contradictoires polarisées et instables dans le temps et selon les situations ayant comme résultat des sentiments d'incohérence, de ne pas se connaître et de ne pas connaître les autres (Kernberg & Caligor, 2005). Quant aux DCM, l'on peut les définir comme les difficultés à

articuler cognitivement les affects occasionnant, entre autres, des problèmes de compréhension des expériences subjectives chez soi et les autres en termes d'états mentaux intentionnels (besoins, affects, croyances, raisons et buts) (Bateman & Fonagy, 2012).

De façon à mieux comprendre le lien entre ces variables, les affirmations théoriques de Kernberg (2012) stipulent que l'ID va aussi contribuer aux DCM. D'ailleurs les résultats de plusieurs études démontrent justement que l'ID va contribuer à des DCM (Kernberg et al., 2008; Levy et al., 2006; New et al., 2012). Ces études utilisent différents outils: l'Inventory of Personality Organization (Kernberg et al., 2008), l'International Personality Disorder Examination (Levy et al, 2006) et la Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality (New et al., 2012) afin de mesurer l'ID. Certaines d'entre elles utilisent la Reflexive Function Scale (Kernberg et al., 2008; Levy et al, 2006), le TAS et l'Interpersonal Reactivity Index (IRI; Davis, 1980) (New et al., 2012) afin d'évaluer les DCM. Ces études s'intéressent à des participants souffrant d'une organisation de la personnalité limite (Kernberg et al., 2008; Levy et al, 2006; New et al., 2012) Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que l'ID, par définition, entraîne des DCM. Notamment la polarisation et l'instabilité des représentations de soi et des autres contradictoires, caractéristiques de l'ID, engendrent des difficultés chez les personnes qui en souffrent à tolérer, à identifier et à comprendre les expériences subjectives chez soi et les autres et ce, parce qu'elles sont contradictoires, irréconciliables et changeantes (Kernberg, 1984). Ces difficultés correspondent à ce que Fonagy (1989) appelle les DCM.

### 1.7. Les relations entre l'ID, les DCM et la PUS

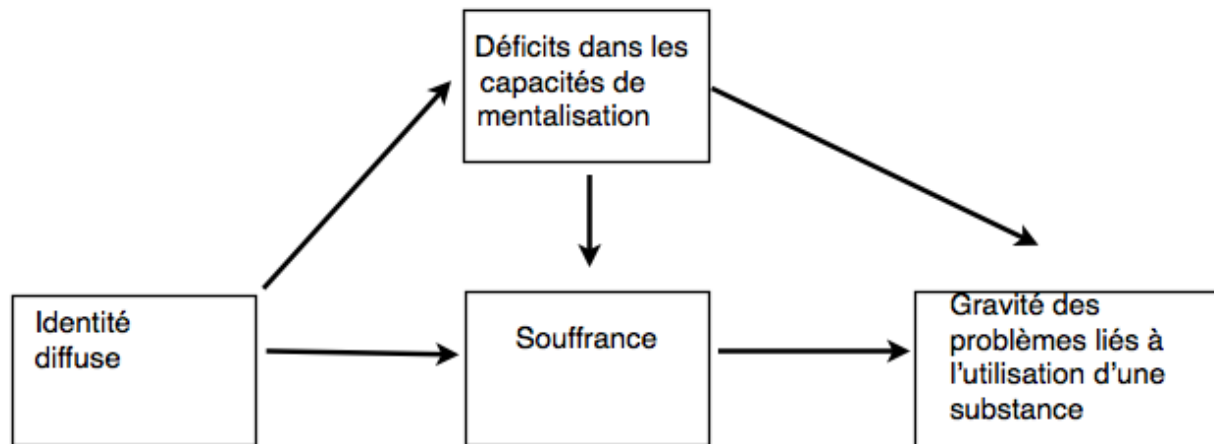
Tel que mentionné, les DCM entraînent des difficultés à tolérer, identifier ainsi qu'à comprendre les affects, difficultés qui entraîne une dysphorie et l'utilisation d'une substance pour permettre de la soulager en l'absence des ressources internes pour le faire (Bateman &

Fonagy, 2012; Gaher et al., 2013). Parallèlement, l'ID engendre des sentiments d'incohérence et de vide, et par conséquent de souffrance. Les personnes qui présentent une ID tenteront alors de s'en protéger en utilisant une substance (Kernberg, 1975). Finalement, l'ID, par définition, entraîne des DCM, c'est-à-dire que la polarisation et l'instabilité des représentations de soi et des autres contradictoires, caractéristiques de l'ID, rendent difficiles l'identification et la compréhension des expériences subjectives chez soi et chez les autres, donc à des DCM (Kernberg, 1984).

Malgré le fait que l'on reconnaisse maintenant le rôle important que jouent les DCM dans la PUS, celui de l'ID dans la PUS, ainsi que celui de l'ID dans les DCM, aucune recherche n'a, à notre connaissance, étudié ces variables conjointement. Nous souhaitons donc introduire dans notre projet un seul et unique modèle qui les unirait toutes. Il serait alors possible de les étudier simultanément. Il s'agit d'un modèle multidimensionnel suggérant que l'ID occasionne une souffrance difficile à mentaliser, pour laquelle une substance est utilisée pour s'en soulager (figure 2).

Figure 2. Modèle multidimensionnel expliquant la relation entre l'ID, les DCM, la souffrance et la PUS





### 1.8. Les DCM en tant que médiateur entre l'ID et la PUS

Certains résultats suggèrent que dans la population des personnes aux prises avec la PUS, il existe une variabilité dans le degré de gravité des DCM (Fox et al., 2007). Ainsi, sur la base de ceux-ci, et de ceux indiquant une association élevée entre l'ID et les DCM, il est possible de suggérer que cette variabilité dans les DCM est également caractéristique des personnes aux prises avec une ID. Et compte tenu de l'association élevée entre les DCM et la PUS, il est suggéré que cette variabilité dans les DCM est associée à des niveaux divers de gravité de la PUS. Autrement dit, il est postulé que les personnes ayant des déficits moins graves dans leurs capacités de mentalisation sont en mesure d'une certaine mentalisation de la souffrance résultant de l'ID et par conséquent, présentent une PUS moins grave.

À ce sujet, un médiateur permet d'expliquer le processus par lequel la variable indépendante (l'ID) influence la variable dépendante (PUS). Notre modèle théorique nous permet de postuler que l'ID est un antécédent des DCM et que cette dernière est un antécédent de la PUS. Une médiation dite complète indique que l'influence de la variable indépendante (l'ID) sur la variable dépendante (PUS) disparaît totalement en présence de la variable supposée

médiatrice (DCM). Par ailleurs, la médiation partielle est présente lorsque l'influence de la variable indépendante (l'ID) sur la variable dépendante (PUS) est simplement réduite mais ne disparaît pas totalement et que l'influence du médiateur potentiel (DCM) est contrôlée (Baron et Kenny, 1986).

Par conséquent, l'on peut postuler que les DCM agissent alors en tant que médiateur partiel (étant donné la forte relation avec l'ID) entre l'ID et la PUS. Effectivement, les DCM moins graves permettraient une certaine mentalisation de la souffrance résultant de différents degrés de sévérité de l'ID et mèneraient ainsi à la PUS moins grave.

#### 1.9. Conclusion sur la recension des écrits

En résumé, l'on reconnaît actuellement le rôle important que jouent les DCM dans la PUS, celui de l'ID dans la PUS, ainsi que celui de l'ID dans les DCM. Toutefois, aucune recherche n'a, à notre connaissance, étudié ces variables conjointement afin d'examiner comment la médiation partielle des DCM peut expliquer la relation entre l'ID et la PUS. Certains résultats suggèrent que dans la population des personnes aux prises avec une PUS, il existe une variabilité dans le degré de gravité des DCM (Fox et al., 2007). Ainsi, sur la base de ceux-ci, et de ceux indiquant une association élevée entre l'ID et les DCM, il est possible de suggérer que cette variabilité dans les DCM est également caractéristique des personnes aux prises avec une ID. Et compte tenu de l'association élevée entre les DCM et la PUS, il est suggéré que cette variabilité dans les DCM est associée à des niveaux divers de PUS. Autrement dit, il est postulé que les personnes ayant des déficits moins graves dans leurs capacités de mentalisation sont en mesure d'une certaine mentalisation de la souffrance résultant de l'ID et par conséquent, présentent une PUS moins grave. Bref, l'on peut postuler que les DCM agissent alors en tant que

médiateur partiel (étant donné la forte relation avec l'ID) entre l'ID et la PUS. Effectivement, les DCM moins graves permettraient une certaine mentalisation de la souffrance résultant de différents degrés de sévérité de l'ID et mèneraient ainsi à une PUS moins grave. Toutefois, aucune recherche, à notre connaissance, n'a étudié ces variables conjointement afin d'examiner comment la médiation partielle des DCM peut expliquer la relation entre l'ID et la PUS dans le but de venir clarifier leurs rôles.

#### 1.10. Objectifs et hypothèses

L'objectif de la présente étude est d'examiner les relations entre les DCM, l'ID et la PUS. Afin de rencontrer cet objectif, nous avons choisi la définition de l'ID de Kernberg (Kernberg & Caligor, 2005) parce qu'elle intègre simultanément dans un modèle multidimensionnel le concept des DCM et de la PUS. Cette définition est donc pertinente à notre objectif qui est de mieux comprendre les relations entre l'ID, les DCM et la PUS. Nous avons aussi sélectionné le concept de DCM tel que conçu par Fonagy (1989). Cette définition présente les avantages d'intégrer les concepts de symbolisation de Freud et de fonction contenante de Bion, en plus de pouvoir être opérationnalisée pour la recherche à travers le concept d'alexithymie (Luyten et al., 2011).

Nous nous attendons, donc, à ce que les DCM présentent un effet de médiation partiel entre l'ID et la PUS. Sur des bases secondaires, nous nous attendons:

(1) à ce que l'ID plus grave soit en mesure de prédire les DCM plus graves; (2) à ce que l'ID plus grave soit en mesure de prédire une PUS plus grave; (3) à ce que les DCM plus graves soient en mesure de prédire une PUS plus grave.

## 2. METHODOLOGIE

### 2.1. Participants

Un total de 138 hommes présentant une gravité de consommation variée de substances composent l'échantillon de cette étude. 55 ont été recrutés à l'Université du Québec en Outaouais dans les classes du certificat et du baccalauréat en psychologie. Parmi les étudiants recrutés, nous avons sélectionné seulement les hommes. De plus, 83 ont été recrutés à leur arrivée au Centre sur l'Autre Rive à Salaberry-de-Valleyfield (environ 49% des hommes sollicités ont accepté de participer) avant que leur thérapie ne débute. L'organisme communautaire du Centre sur l'Autre Rive offre des services d'hébergement et de traitement à des hommes adultes souffrant d'une PUS. Une thérapie de 16 semaines est proposée, des services de réinsertion sociale ainsi qu'un suivi postcure. Les cinq intervenants sont des psychoéducateurs, psychologues et criminologues. Les critères d'exclusion à la thérapie sont les délits de délinquance sexuelle et la clientèle non-volontaire (sauf sous ordre de la Cour). De plus, les résidents qui consomment des substances, qui ne respectent pas les règles ou leur plan seront exclus du centre. Notons que cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique à la recherche de l'Université du Québec en Outaouais et par la direction du Centre sur l'Autre Rive. Nous avons choisi de ne pas comparer nos groupes et d'utiliser des variables continues plutôt que dichotomique afin de favoriser une meilleure puissance statistique. De plus, le jumelage de nos échantillons nous permet d'optimiser la variabilité de nos participants.

L'âge moyen des participants de cette étude est de 33 ans. Leur scolarité est en moyenne de niveau collégial. Le revenu annuel moyen des participants est de 25 000 \$. De façon générale, ils sont actifs au sein de la société en travaillant ou en étudiant à temps plein. En ce qui a trait au statut conjugal, les participants sont généralement célibataires. Selon les résultats du MAST,

quarante-et-un hommes (30%) n'ont aucune PUS, quinze (11 %) souffrent de problèmes liés à l'utilisation d'alcool seulement, trente-cinq (25 %) souffrent de problèmes liés à l'utilisation de drogues seulement et quarante-sept (34%) souffrent à la fois d'une PUS. Les données sociodémographiques et cliniques des participants sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1

Données sociodémographiques et cliniques des participants à l'étude (n=138).

Caractéristiques	n	%
Âge des participants (années)		
10-19	2	1
20-29	69	50
30-39	24	17
40-49	22	16
50-59	19	15
60 et plus	2	1
Revenu (\$ canadien)		
10 000 et moins	40	29
10 000 à 20 000	34	25
20 000 à 30 000	20	15
30 000 à 40 000	14	10
40 000 à 50 000	13	9
50 000 et plus	17	12
Niveau de scolarité		
Primaire	16	11
Secondaire	62	45
Collégial	33	24
Universitaire (1er cycle)	22	16
Universitaire (2e cycle)	5	4
Statut conjugal		
En relation	42	30

## CAPACITÉS DE MENTALISATION, IDENTITÉ DIFFUSE ET CONSOMMATION

N'est pas en relation	96	70
Statut occupationnel		
Actif	87	63
Passif	51	37
Gravité des problèmes liés à l'utilisation d'alcool		
Aucune problème	55	40
Gravité faible	28	20
Gravité élevée	55	40
Gravité des problèmes liés à l'utilisation de drogues		
Aucun problème	57	41
Gravité faible	22	16
Gravité moyenne	36	26
Gravité élevée	23	17
PUS		
Aucune problématique	41	30
D'alcool seulement	15	11
De drogues seulement	35	25
D'alcool et de drogues	47	34

### 2.2. Procédure

Les données ont été colligées différemment selon l'endroit où ont été recrutés les participants. Les participants provenant de l'UQO ont été recrutés par un étudiant au doctorat dans les cours du certificat et du baccalauréat en psychologie. Ils devaient remplir un sondage sur LimeSurvey mesurant les DCM (TAS, IRI), l'ID (BPI) et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'alcool (MAST) et/ou de drogues (Drug Abuse Screening Test, DAST). Le temps requis afin de compléter les questionnaires était d'environ de 15 minutes par participant. Un bilan individuel de leurs capacités de mentalisation et de leur PUS leur était proposé en échange de leur participation. Les participants qui présentaient une détresse psychologique étaient référés à des ressources d'aide dans la région de l'Outaouais.

Les participants recrutés au Centre sur l'Autre Rive ont été sollicités pour prendre part à notre étude dès leur arrivée au centre. Ils participaient à une étude plus large dans laquelle une entrevue semi structurée a été utilisée. Les participants devaient remplir plusieurs questionnaires ainsi que ceux relatifs à certains instruments auto-rapportés pertinents à notre étude mesurant les DCM (TAS, IRI), l'ID (BPI) et la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'alcool (MAST) et/ou de drogues (DAST). Le temps nécessaire requis afin de compléter les questionnaires était environ d'une heure trente minutes par participant.

### 2.3. Instruments

#### 2.3.1 Les DCM

Le TAS (voir Annexe) permet d'évaluer les DCM, opérationnalisés par le concept d'alexithymie, chez un individu. Il a été utilisé dans la présente étude pour mesurer chez les participants les capacités de mentalisation à propos de soi. Ce choix repose sur les suggestions de Fonagy et de ses collègues (Luyten et al., 2011) voulant que le TAS constitue une mesure valide des capacités de mentalisation à propos de soi. Plus précisément, le TAS comprend des échelles mesurant la Difficulté à identifier les affects, Difficulté à décrire les affects et Pensée orientée vers l'extérieur. Le TAS est un questionnaire qui comprend 20 items évalués sur une échelle de Likert en cinq points allant de 1 (« fortement en désaccord ») à 5 (« fortement en accord ») (voir annexe). Un score continu total allant de 20 à 100 est obtenu pour chaque participant. Un score faible signifie que l'individu présente peu de déficits dans ses capacités de mentalisation et un score élevé signifie la présence d'importants DCM. Des niveaux satisfaisants de fidélité ont été obtenus au sein d'une population démontrant une PUS avec des coefficients ( $\alpha$  de Cronbach) variant de .62 à .88 pour la cohérence interne (Cleland, Magura, Foote, Rosenblum, & Kosanke, 2005).

L'IRI (voir Annexe) a été utilisé dans la présente étude pour mesurer les DCM à propos des autres chez les participants. L'IRI est un instrument de 28 items qui mesure différentes dimensions de l'empathie, composante de la mentalisation. L'IRI est constitué de quatre échelles (Adaptation contextuelle, Souci empathique, Fantaisie et Détresse psychologique), mais seule l'échelle «Adaptation contextuelle» a été utilisée dans la présente étude, constituant une mesure valide des capacités de mentalisation à propos des autres (Luyten et al., 2011). L'Adaptation contextuelle évalue la mesure avec laquelle le participant prend en considération le point de vue de l'autre, ses besoins et ses états psychologiques. Elle comporte 7 questions codifiées sur une échelle de type Likert en cinq points allant de 0 (« ne me décrit pas bien ») à 4 (« me décrit très bien »). L'échelle d'adaptation contextuelle permet d'obtenir un score allant de 0 à 28 ; un score faible signifie que l'individu présente une plus grande difficulté d'empathie, alors qu'un score élevé signifie que l'individu a de la facilité à prendre en considération le point de vue de l'autre. La version française de l'IRI présente des qualités psychométriques satisfaisantes (fidélité test-retest) tel que démontré par des coefficients alpha variant entre .70 et .81 (Gilet, Mella, Studer, Grünh, & Labouvie-Vief, 2013).

Bateman et Fonagy (2012) suggèrent que le TAS permet de mesurer les capacités de mentalisation à propos de soi tant au niveaux cognitif, affectif qu'interne. Ils proposent aussi que l'IRI (échelle adaptation contextuelle) permet de mesurer les capacités de mentalisation à propos des autres tant aux niveaux cognitif, affectif qu'interne. Afin d'obtenir une mesure complète des capacités de mentalisation, il est nécessaire de créer un score continue composite provenant de ces deux instruments (Luyten, 2011) puisqu'un seul instrument complet n'est actuellement pas disponible. Étant donné que ces deux instruments n'utilisent pas la même échelle standardisée, il est nécessaire d'utiliser leurs scores Z par la transformation de Fisher lors du jumelage. Un score



continue composite des capacités de mentalisation a été obtenu en additionnant les scores Z des trois échelles utilisées dans le TAS (Difficulté à identifier les affects, Difficulté à décrire les affects et Pensée orientée vers l'extérieur) avec le score Z inversé de l'échelle utilisée dans l'Interpersonal Reactivity Index (Adaptation contextuelle) (Bateman & Fonagy, 2012).

### 2.3.2 L'ID.

Le Borderline Personality Inventory (BPI; Leichsenring, 1999, voir Annexe) a été utilisé dans la présente étude afin de mesurer l'ID. Cet instrument est un questionnaire de 53 items qui mesure spécifiquement les principales dimensions psychologiques du concept d'organisation limite de la personnalité développé par Kernberg (1984). Plus précisément, le BPI comprend des échelles mesurant les concepts de l'ID, des Mécanismes de défense primitifs, des Pertes de contact avec la réalité et de la Peur de la fusion. Seule l'échelle mesurant le concept de l'ID a été utilisée dans la présente étude. L'échelle ID évalue dans quelle mesure un individu présente des affects négatifs tels que des sentiments de vide ou d'étrangeté, ainsi qu'une difficulté à être conscient de ses besoins, de ses goûts, de ses buts et de ses ambitions. L'échelle comporte 12 items évalués sur une échelle de Likert en sept points allant de 1 (« tout à fait faux ») à 7 (« tout à fait vrai »). Un score total allant de 12 à 84 est obtenu pour chaque participant. Un score faible signifie que l'individu présente une ID de gravité faible et un score élevé signifie une ID plus grave. Plusieurs études démontrent les bonnes qualités psychométriques des échelles du BPI, dont une cohérence interne et une fidélité test-retest satisfaisantes avec un  $\alpha$  de Cronbach = .68-.91,  $r_{tt}$  = .73-.89. Les résultats pour la sensibilité sont de .85 à .89 et les résultats pour la spécificité sont de .78 à .89 (Chabrol et al., 2004; Leichsenring, 1999; Leichsenring & Sachsse, 2002).

### 2.3.3 Gravité des problèmes liés à l'utilisation d'alcool.

Le MAST (voir Annexe) a été choisi dans cette étude afin d'évaluer la gravité des problèmes liés à l'utilisation d'alcool. Le MAST est un questionnaire qui comporte 22 items (voir annexe). Les items sont codifiés à l'aide d'une échelle dichotomique (0 = « non » et 1 = « oui »), où un score total est obtenu en additionnant les scores aux différents items. Un score continu total allant de 0 à 22 est obtenu pour chaque participant. Un score faible indique une gravité des problèmes liés à l'utilisation d'alcool plus faible ou absente tandis qu'un score total plus élevé indique une gravité des problèmes liés à l'utilisation d'alcool plus importante. Une cote entre 0 et 2 indique aucun problème, une cote entre 3 et 5 une gravité faible ainsi qu'une cote de 6 ou plus une gravité élevée de problèmes liés à l'utilisation d'alcool. Les participants qui présentaient des problèmes liés à l'utilisation d'alcool étaient référés à des ressources spécialisées dans le domaine de l'alcoolisme. Cet instrument présente de qualités psychométriques très satisfaisantes avec des coefficients de corrélation allant de .85 à .93 pour la fidélité test-retest et une bonne cohérence interne avec des coefficients alpha de .83 à .93 (Gibbs, 1983; Zung, 1982).

#### 2.3.4 Gravité des problèmes liés à l'utilisation de drogues.

Le Drug Abuse Screening Test (DAST; Skinner, 1982, voir Annexe) a été employé dans la présente étude afin d'évaluer la gravité des problèmes liés à l'utilisation de drogues (excluant l'alcool) chez les participants. Les questions du DAST sont codifiées à l'aide d'une échelle dichotomique (0 = « non » et 1 = « oui »), où un score total est obtenu en additionnant les scores aux différents items. Un score continu total allant de 0 à 20 est obtenu pour chaque participant. Un score total faible indique une gravité des problèmes liés à l'utilisation de drogues moins importante tandis qu'un score élevé indique la gravité des problèmes liés à l'utilisation de drogues plus importante. Une cote entre 1 et 5 indique aucun problème, une cote entre 6 et 10

une gravité faible, une cote entre 11 et 15 une gravité moyenne ainsi qu'une cote entre 16 et 20 une gravité élevée de problèmes liés à l'utilisation de drogues. Les participants qui présentaient des problèmes liés à l'utilisation de drogues étaient référés à des ressources spécialisées dans le domaine de la toxicomanie. Les qualités psychométriques de cet instrument sont satisfaisantes, tel que démontré par des coefficients alpha variant de .74 à .92 pour la cohérence interne et un coefficient de corrélation autour de .78 pour la fidélité test-retest (Cocco & Carey, 1998; Skinner & Goldberg, 1986). Cet outil présente aussi une validité discriminante satisfaisante avec des scores allant de .74 à .89 pour la sensibilité et de .68 à .83 pour la spécificité (Cocco & Carey, 1998). Ces scores signifient que les items du DAST discriminent la présence de problèmes liés à l'utilisation de drogues de l'absence de problèmes liés à l'utilisation de drogues et mesurent spécifiquement la gravité des problèmes liés à l'utilisation de drogues.

#### 2.4 Analyses

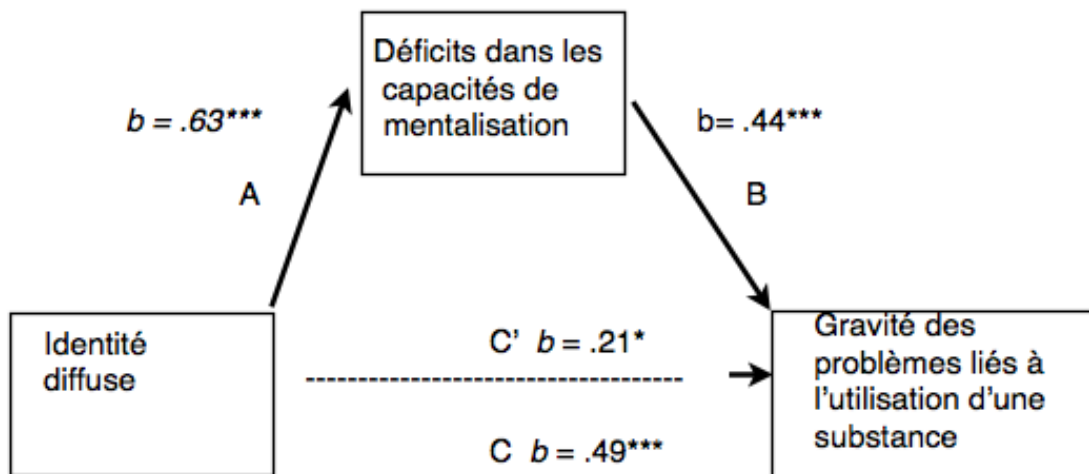
Ainsi, le test classique de Judd & Kenny (1981) en trois étapes pour tester un effet médiateur a été utilisé. La première étape de ce test est d'effectuer une régression simple afin d'évaluer l'effet de la variable indépendante (l'ID) sur la variable médiatrice (les DCM) (relation A dans la Figure 3). Si le résultat du  $\beta$  est significatif ( $p < .05$ ), nous passons à la deuxième étape qui est d'effectuer une régression simple afin d'évaluer l'effet de la variable indépendante (l'ID) sur la variable dépendante (PUS) (relation C de la Figure 3). Si le résultat du  $\beta$  est significatif ( $p < .05$ ), nous passons à la troisième et dernière étape qui est d'effectuer une régression multiple en incluant dans le modèle la variable indépendante (l'ID) et la variable médiatrice (les DCM) comme prédicteurs de la variable dépendante (PUS). Afin de conclure à un effet de médiation, l'effet de la variable médiatrice (les DCM) sur la variable dépendante (PUS) doit être significatif même si la variable indépendante (l'ID) est aussi dans le modèle (relations B et C' dans la Figure

3). De plus, l'effet de la variable indépendante (ID) sur la variable dépendante (PUS) doit être devenu non-significatif ( $p > .05$ ) afin de conclure à une médiation complète. Si toutefois l'effet devient plus faible qu'avant, nous pouvons alors conclure à une médiation partielle. L'effet indirect de la variable indépendante (l'ID) sur la variable dépendante (PUS) doit être significatif.

## 3. RESULTATS

Tel que mentionné précédemment, nous souhaitons, tout d'abord, examiner de quelle manière la médiation partielle des DCM explique la relation entre l'ID et la PUS.

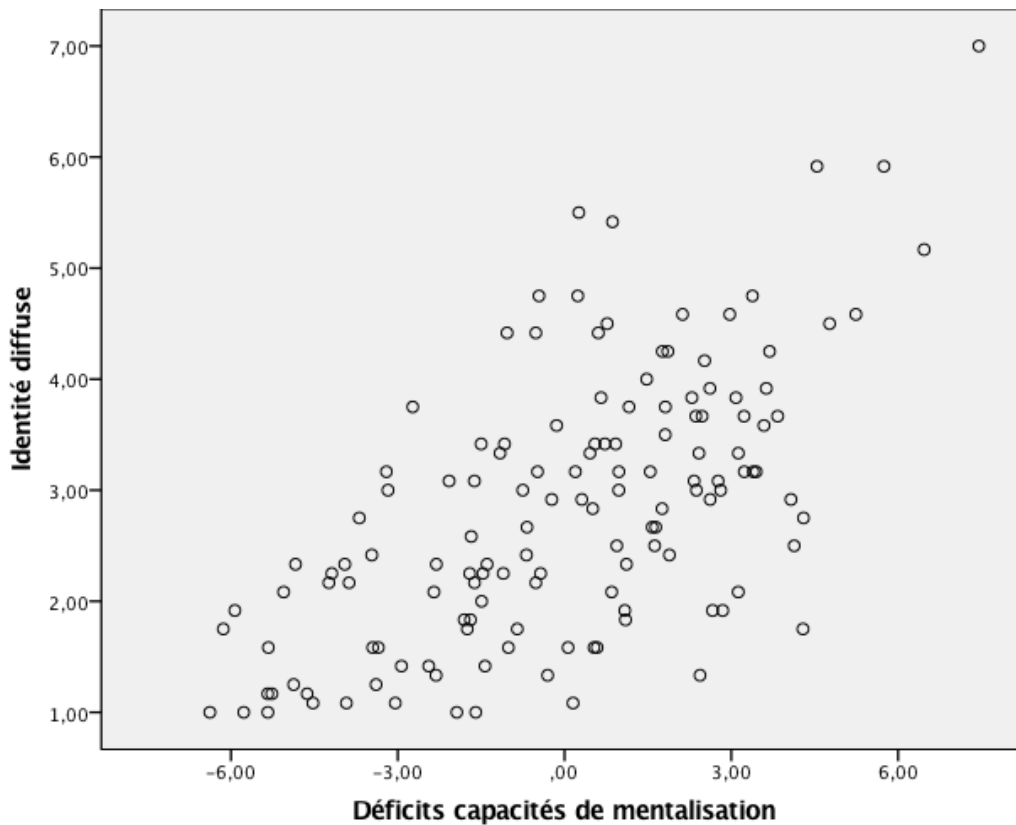
Figure 3. Modèle validé du rôle médiateur des DCM sur la relation entre l'ID et la PUS



À noter:  $*** p < .001$

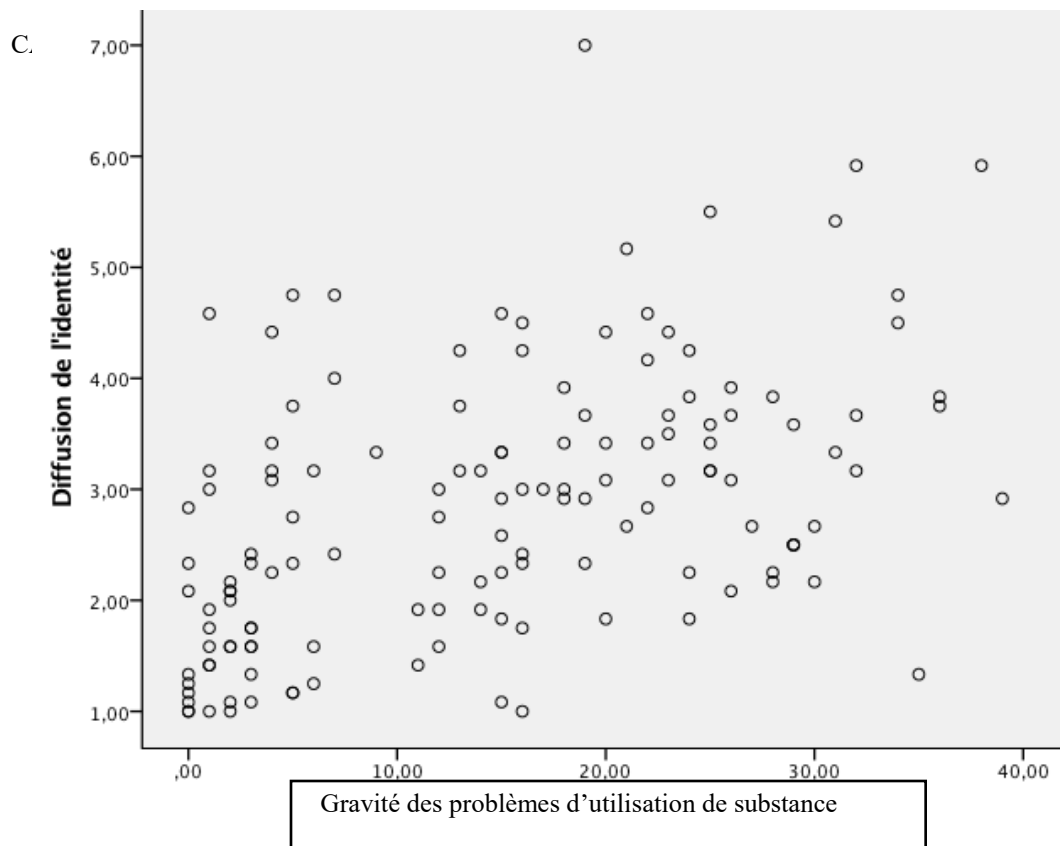
Premièrement, une régression simple a été effectuée en utilisant les scores continus afin d'évaluer l'effet de prédiction de la variable indépendante (l'ID) sur la variable médiatrice (les DCM) (relation A dans la figure 3). Nous pouvons considérer que les postulats de linéarité et d'homoscédasticité ont été respectés (figure 4). Les résultats indiquent qu'une ID plus grave est en mesure de prédire des DCM plus graves ( $\beta = .63, p < .001$ ). L'ID explique 40% de la variance avec les DCM. La taille de l'effet entre ces variables est faible ( $R^2 = .40, p < .001$ ) (Cohen, 1988).

Figure 4. Relation entre l'ID et les DCM



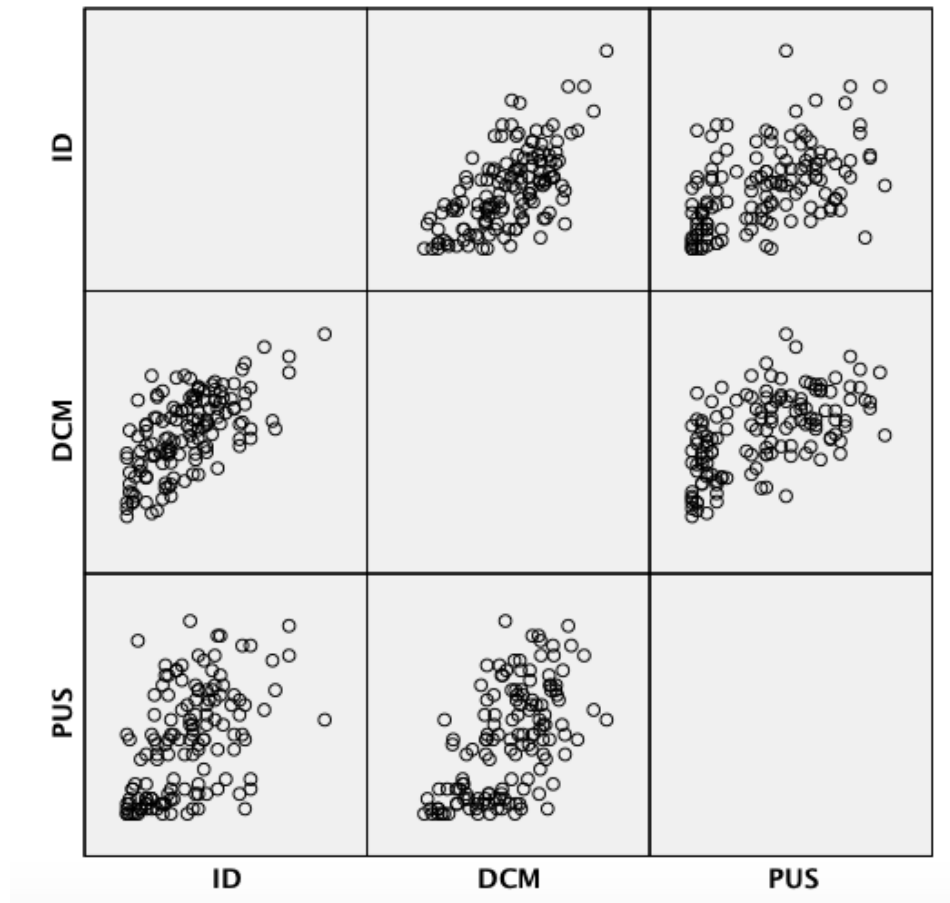
Deuxièmement, étant donné que le  $b$  est significatif, une autre régression simple a été effectuée en employant les scores continus afin d'évaluer l'effet de prédiction de la variable indépendante (l'ID) sur la variable dépendante (PUS) (relation C dans la figure 3). Le respect des postulats de linéarité et d'homoscedasticité est moins clair (figure 5). Les résultats indiquent qu'une ID plus grave est en mesure de prédire la PUS plus grave ( $\beta = .49, p < .001$ ), et que l'ID explique 24% de la variance de la PUS. La taille de l'effet entre ses variables est faible ( $R^2 = .24, p < .001$ ) (Cohen, 1988).

Figure 5. Relation entre l'ID et la PUS



Troisièmement, étant donné que le  $b$  est significatif, une régression multiple a été effectuée en ayant recours aux scores continus pour examiner si la variable indépendante (l'ID) et la variable médiatrice (les DCM) peuvent prédire la variable dépendante (PUS) (relations B et C' dans la figure 3). Nous pouvons considérer que les postulats de linéarité et d'homoscedasticité ont été, dans l'ensemble, respectés (figure 6). Une ID plus grave est en mesure de prédire une PUS plus grave ( $\beta = .21, p < .05$ ). Des DCM plus graves sont en mesure de prédire une PUS plus graves ( $\beta = .44, p < .001$ ). Ensemble, l'ID et les DCM expliquent 35% de la variance de la PUS. La taille de l'effet entre ses variables est faible ( $R^2 = .35, p < .001$ ) (Cohen, 1988).

Figure 6. Relations entre l'ID, les DCM et la PUS



Étant

donné que les effets de l'ID sur la PUS sont devenus plus faibles (de  $\beta = .49$  à  $\beta = .21$ ) avec l'inclusion de la variable médiatrice (les DCM), l'on peut conclure à une médiation partielle des capacités de mentalisation sur la relation entre l'ID et la PUS.



#### 4. DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'examiner les relations entre les DCM, l'ID et la PUS. L'hypothèse principale suggérait que les DCM présentent un effet de médiation partiel entre l'ID et la PUS. Des hypothèses secondaires étaient à l'effet (1) qu'une ID plus grave soit en mesure de prédire des DCM plus graves; (2) qu'une ID plus grave soit en mesure de prédire une PUS plus grave ; (3) que des DCM plus graves soient en mesure de prédire une PUS plus grave.

##### 4.1. Les DCM en tant que médiateur entre l'ID et la PUS

Tout d'abord, nos résultats indiquent que les DCM constituent une variable médiatrice de la relation entre l'ID et la PUS. Ainsi, ils confirment notre hypothèse suggérant que les DCM agissent en tant que médiateur partiel de la relation entre l'ID et la PUS. Ces derniers sont cohérents avec ceux obtenus auprès d'autres populations ayant subi des traumatismes et/ou des abus sexuels, lesquels démontrent que les DCM constituent une variable médiatrice entre le trauma et l'auto-mutilation (Paivio et McCulloch, 2004); ainsi qu'entre l'adaptation psychologique et les symptômes de trouble de la personnalité (Fonagy et al., 1996). Nos résultats indiquent également qu'il existe une variabilité dans le degré de gravité des DCM chez les personnes aux prises avec une PUS et sont de ce fait cohérents avec ceux obtenus par Fox et ses collègues (Fox et al., 2007). Nos résultats indiquent aussi qu'il existe une variabilité dans le degré de gravité des DCM chez les personnes qui fonctionnent avec une ID. Les présents résultats peuvent s'expliquer par le fait que les personnes ayant des déficits moins graves dans leurs capacités de mentalisation sont capables d'une meilleure mentalisation de leur souffrance résultant de l'ID. Leur souffrance devenue moins intense parce que davantage mentalisée, les

personnes ayant des déficits moins graves dans leur capacités de mentalisation ont moins recours à une substance pour s'en soulager et par conséquent, présentent une PUS moins grave.

#### 4.2. La relation entre l'ID et les DCM

De plus, nos résultats indiquent que l'ID plus grave est associée à des DCM plus graves. Ils confirment notre hypothèse voulant qu'une ID plus grave soit associée à des DCM plus graves. De surcroît, ces derniers soutiennent empiriquement l'affirmation théorique de Kernberg et ses collègues (Kernberg, 2012; Levy et al., 2006) à l'effet que l'ID engendre des DCM. Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus par certains chercheurs qui démontrent un lien entre l'ID et les DCM (Kernberg et al., 2008; Levy et al., 2006; New et al., 2012). Nos résultats peuvent s'expliquer par le fait que l'ID, par définition, entraîne des DCM. Notamment la polarisation et l'instabilité des représentations de soi et des autres contradictoires, caractéristiques de l'ID, engendrent des difficultés chez les personnes qui en souffrent à tolérer, à identifier et à comprendre les expériences subjectives chez soi et les autres et ce, parce qu'elles sont contradictoires, irréconciliables et changeantes (Kernberg, 1984). Ces difficultés correspondent à ce que Fonagy (1989) appelle les DCM.

#### 4.3. La relation entre l'ID et la PUS

Aussi, nos résultats indiquent que l'ID plus grave est associée à la PUS plus grave. Ils confirment notre hypothèse voulant qu'une ID plus grave soit associée à une PUS plus grave. Ces derniers soutiennent aussi empiriquement l'affirmation théorique de Kernberg (Kernberg & Caligor, 2005) voulant que l'ID contribue à la PUS. Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus par plusieurs chercheurs qui démontrent un lien entre l'ID et la PUS (Bishop et al., 2005; Gutpa & Trzepacz, 1997; Schwartz et al., 2011a). Ils sont également cohérents avec ceux qui démontrent que l'ID est prédictive d'autres troubles d'adaptation, dont la dépression (Blatt et al.,

1993; Heath, & Brown, 1999; Montague et al., 2008; Robles-Pina et al., 2008), l'anxiété (Berman et al., 2006; Constantino et al., 2006; Stopa et al., 2010), la détresse psychologique (Wangqvist, & Frisen, 2011; Campbell et al., 2003; Luyckx et al., 2006; Luyckx et al., 2008b; Meeus et al., 1999; Schwartz, 2007; Schwartz et al., 2011b; Schwartz et al., 2012), les symptômes internalisés et externalisés (Besser, & Blatt, 2007; Leadbeater et al., 1999; Crocetti et al., 2012; Hernandez et al., 2006; Kuperminc et al., 1997) ainsi que l'estime de soi plus faible et instable (Henze et al., 2013; Ichikawa & Mochizuki, 2015; Vater, Schröder-Abé, Schütz, Lammers & Roepke, 2010; Zeigler-Hill & Abraham, 2006). Les présents résultats s'expliquent par le fait que la polarisation et l'instabilité des représentations de soi et des autres contradictoires, caractéristiques de l'ID, occasionnent une souffrance à travers des sentiments d'incohérence et de vide, souffrance difficile à tolérer et à contrôler. Les personnes qui présentent une ID tenteront alors de s'en protéger en utilisant une substance (Kernberg, 1975).

#### 4.4. La relation entre les DCM et la PUS

Finalement, nos résultats indiquent que des DCM plus graves sont associés à une PUS plus grave. Ils confirment donc notre hypothèse voulant que des DCM plus graves soient associés à une PUS plus grave. Ces derniers confirment également l'affirmation théorique de Fonagy (Bateman & Fonagy, 2012) stipulant que les DCM engendrent des conséquences graves telles que la PUS. Nos résultats sont cohérents avec ceux obtenus par certains chercheurs qui se sont attardés principalement à démontrer un lien entre les DCM, opérationnalisés par le concept de l'alexithimie, et la PUS (Carton et al., 2010; Cecero & Holmstrom, 1997; Evren et al., 2002; Evren et al., 2010; Evren et al., 2003; Haviland et al., 1994; Loas et al., 1997; Loas et al., 2000; Uzun, 2003). Nos résultats sont également cohérents avec ceux d'études qui démontrent que les DCM sont prédictifs d'autres troubles d'adaptation, dont l'anorexie (Skarderud, 2007), le trouble

de la personnalité borderline (Bateman & Fonagy, 2004, 2008) et des comportements de violence (Cryan & Quiroga, 2013; Newbury-Helps, Feigenbaum & Fonagy, 2017; Taubner, Zimmermann, Ramberg & Schröder, 2016). Les présents résultats peuvent s'expliquer par le fait que les DCM, par définition, ne permettent pas aux personnes qui en souffrent de tolérer, d'identifier et de comprendre leurs affects lorsqu'ils sont sous l'influence d'affects négatifs intenses. Ces derniers deviennent alors dysphoriques et augmentent la tendance à agir de façon irréfléchie, à travers l'utilisation de substance, pour obtenir un soulagement. Bref, les personnes qui présentent des DCM cherchent un soulagement à l'aide d'une substance parce que les ressources internes pour y parvenir sont absentes (Bateman & Fonagy, 2012; Gaher et al., 2013).

#### 4.5. Implications

##### 4.5.1 Théoriques

Les résultats de cette étude permettent d'accroître notre connaissance des facteurs de risque associés à la PUS. En effet, malgré le fait que le rôle important que jouent les DCM dans la PUS, que celui de l'ID dans la PUS, ainsi que celui de l'ID dans les DCM étaient déjà démontrés, la présente étude est la première à démontrer que les DCM agissent en tant que médiateur partiel de la relation entre l'ID et la PUS.

##### 4.5.2 Cliniques

Les résultats de la présente étude indiquent que l'ID et les DCM jouent un rôle important dans la PUS. D'autres résultats indiquent également que les DCM sont associés à des niveaux post-traitement plus élevés de PUS (Berking et al., 2011) et peuvent accroître le risque de rechute (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino, et Pastorelli, 2003). L'ensemble de ces

résultats mettent en lumière la nécessité d'améliorer les pratiques de prévention, d'évaluation et de traitement en ciblant l'ID et les DCM.

Plusieurs interventions pourraient permettre de mieux prévenir la PUS comparativement aux pratiques actuelles qui sont plutôt centrées sur le traitement. De plus, les pratiques actuelles visent globalement à prévenir les comportements découlant de la PUS tels que la conduite avec les capacités affaiblies plutôt que la PUS directement. Entre autres, il pourrait être possible de favoriser le développement de l'identité intégrée et de bonnes capacités de mentalisation dès un jeune âge chez les enfants et adolescents. Par exemple, l'on pourrait tenter de cibler des interventions d'entraînement parental afin que les parents puissent apprendre à aider leur enfant à mettre des mots sur ses pensées, ses sentiments et ses intentions; à les symboliser (Freud, 1911). Ceux-ci pourraient approfondir leur intérêt en se montrant calme, empathique et en favorisant ainsi la fonction contenante permettant à l'enfant de tolérer les affects intenses (Bion, 1957), les forces du moi (Kernberg, 1984) ainsi que les bonnes capacités de mentalisation (Bateman & Fonagy, 2012). Il est important que les reflets soient marqués, correspondents et ostensibles, c'est-à-dire qu'il soit évident qu'il s'agisse de la véritable expérience de l'enfant et non de celle des parents (Gergely & Watson, 1996). Il est aussi primordial que les parents s'intéressent à l'état mental interne de l'enfant, non seulement à ses comportements (Stern, 1985). Ceci permet de nuancer les affects négatifs plus subtilement en tristesse, colère ou peur. C'est ce qui rend possible pour l'enfant d'organiser et de comprendre ses expériences internes. Ceci permettrait le développement de soi de l'enfant incluant la perception de soi, la régulation émotionnelle et l'efficacité (Fonagy, Gergely, & Target, 2007). Ceci favoriserait aussi le développement d'une identité intégrée par l'intégration des représentations de soi et des autres (Kernberg, 1984). Il aurait alors un bon modèle à suivre afin d'appliquer le même processus au cours de sa vie.

Comme pour l'allaitement (Dyson, et al., 2006), un coaching parental pourrait être systématiquement offert par le système de santé public aux nouveaux parents. Le suivi pourrait être d'une durée d'environ un an depuis la naissance d'un enfant. La fréquence des visites à domicile pourrait être hebdomadaire et se dérouler en individuel avec les parents. Les intervenants pourraient être des psychologues, mais aussi des psychoéducateurs et des infirmières cliniciennes qui ont à coeur de favoriser les capacités de mentalisation dans le cadre d'une bonne alliance avec les parents. Une formation uniformisée des professionnels permettrait de développer un langage commun et une continuité des services. Il importe alors que les professionnels développent les connaissances, les compétences et les techniques nécessaires afin d'aider les parents. De plus, une ligne téléphonique pourrait être disponible afin d'offrir du support. Il pourrait aussi y avoir des activités de marrainage/parrainage entre les parents moins expérimentés et plus expérimentés.

De plus, l'on pourrait viser à offrir des interventions dans les milieux scolaires permettant de développer les sentiments d'unité et de continuité (ateliers de découverte de soi, comparaison de son évolution à travers le temps, bénévolat, etc.) ou même d'encourager l'exploration et l'engagement (voyages, sorties parascolaires, culturelles et stages professionnels en lien avec les intérêts). De surcroît, les personnes adultes qui sont passives d'un point de vue occupationnel (scolaire ou professionnel) pourraient être encouragées par leurs intervenants à s'impliquer activement afin d'atteindre un niveau de fonctionnement actif et indépendant qui pourrait mener à des bénéfices psychologiques importants tels que le développement de l'identité intégrée (Laroche et al., 2010; Kernberg et al., 2008). De telles pratiques pourraient encourager le développement d'une identité intégrée et de bonnes capacités de mentalisation et ainsi, de prévenir l'apparition de la PUS.

Quant à l'évaluation de la PUS, elle est actuellement évaluée à l'aide d'outils diversifiés tels que le MAST (Selzer, 1971), le DAST (Skinner, 1982) et le Cut Annoyed Guilty Eye-opener-Adapted to Include Drugs (CAGE-AID; Brown, Leonard, Saunders, & Papasouliotis, 1998). Toutefois, il ne s'agit pas d'outils de prévention. Il est possible de mieux examiner les facteurs de risque associés examinés dans le cadre de notre étude, c'est-à-dire l'ID et les DCM. Dans ce contexte, les avantages de l'entretien structural (Kernberg, 1981) constituent une évidence. Comparativement aux autres méthodes d'évaluation, l'entretien structural permet rapidement de clarifier les enjeux en terme d'identité et des capacités de mentalisation qui y sont intimement liées. Effectivement, ceux-ci sont centraux à l'entretien structural. L'on utilise des questions précises quant aux représentations mentales de soi et des autres afin d'obtenir de l'information sur l'état d'intégration ou de diffusion de l'identité. L'investigateur tente alors d'évaluer à quel niveau la personne a des représentations intégrées ou contradictoires de soi et des autres, ce qui donne aussi une bonne idée de l'état des capacités de mentalisation telles que définies par Fonagy (1989). Cette évaluation lui permettra de conclure quant à la gravité de l'ID, tout en amenant des hypothèses quant à la gravité des DCM et de la PUS éventuelle probable en fonction de ceux-ci.

Plusieurs méthodes de traitement sont destinées à améliorer les capacités de mentalisation, dont principalement la Psychothérapie Focalisée sur le Transfert (Foelsch & Kernberg, 1998) et la Thérapie Basée sur la Mentalisation (Bateman & Fonagy, 2006). Parmi celles-ci, la Psychothérapie Focalisée sur le Transfert nous semble être le traitement de choix parce qu'elle encourage non seulement le développement de bonnes capacités de mentalisation, mais également celui d'une identité intégrée. La Psychothérapie Focalisée sur le Transfert pourrait être adjointe aux traitements de réadaptation actuels pour les dépendances afin de

permettre un changement plus en profondeur sur les facteurs de risque de la PUS, soit l'ID et les DCM. L'objectif général de la Psychothérapie Focalisée sur le Transfert est l'intégration des représentations de soi et des autres polarisées, donc le développement d'une identité intégrée. Pour atteindre cet objectif, le psychothérapeute aide les personnes 1. à identifier leurs représentations mentales de soi et des autres ; 2. à identifier les représentations mentales contradictoires ou polarisées ; et 3. à comprendre leurs contradictions. L'identification et la compréhension des représentations de soi et des autres permettent non seulement le développement d'un sentiment de soi plus cohérent et mieux intégré, mais aussi une meilleure tolérance de la souffrance associée à l'ID, et donc au développement de meilleures capacités de mentalisation. La Psychothérapie Focalisée sur le Transfert a été démontrée efficace et a été validée empiriquement à l'aide de plusieurs études (Clarkin et al., 2001; Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006; Levy et al., 2006).

#### 4.6. Forces et limites

À notre avis, une des grandes forces de notre étude est d'avoir étudié simultanément l'ID, les DCM ainsi que la PUS. Effectivement, nos résultats novateurs indiquent que les DCM constituent une variable médiatrice de la relation entre l'ID et la PUS. De surcroît, il est à remarquer que la combinaison innovatrice de nos variables a permis de conforter les données existantes tout en s'attardant plus particulièrement aux mécanismes d'action sous-jacents impliqués dans le phénomène complexe de la PUS.

Toutefois, bien que la taille de notre échantillon est intéressante pour un essai doctoral et suffisante pour ce projet, l'une des limites de notre étude est que les possibilités de généraliser nos résultats sont limitées. Il est opportun de reconnaître que nos participants proviennent de deux populations différentes. Il s'agissait principalement de jeunes étudiants de premier cycle



universitaire et d'hommes adultes souffrant de la PUS. Ces limites pourraient venir affecter la possibilité de généraliser nos résultats aux enfants, adolescents, aux femmes en traitement de réadaptation et aux adultes de la population générale. Il pourrait être avantageux, afin d'assurer une meilleure validité externe, de réaliser des études futures auprès de ces population.

De surcroît, une autre limite de notre étude consiste en l'absence de variables contrôles dans le modèle que nous avons exploré et testé. Il est alors difficile d'évaluer précisément l'apport spécifique des variables à l'étude. Il aurait pu être profitable d'introduire des variables qui sont fréquemment présentées comme prédictrices de la PUS (histoire parentale de PUS, symptômes externalisés, attitudes et attentes favorables envers les substances, etc.) afin d'identifier plus représentativement l'apport des variables à l'étude une fois les autres variables contrôlées.

Finalement, une dernière limite de notre étude se situe dans le manque d'établissement de la séquence temporelle. Effectivement, le devis transversal de notre étude ne permet pas hors de tout doute d'établir la relation temporelle de prédiction, alors qu'un devis de recherche longitudinal le permettrait.

## 5. CONCLUSION

La PUS est associée à des conséquences graves chez les individus qui en souffrent, dont la dépression (Quello et al., 2005), l'anxiété (Kushner et al., 1990), l'invalidité, la maladie physique et même la baisse de productivité (Rehm et al., 2006). C'est pourquoi il est essentiel de mieux connaître et comprendre les facteurs de risques de la PUS pour mieux traiter les personnes qui la présentent.

Bien que notre étude soit la première à avoir étudié le rôle de médiateur des DCM entre l'ID et la PUS et que nous estimons que nos résultats sont intéressants, notre modèle prédictif n'explique pas 100% de la variance entre nos variables. De ce fait, d'autres variables sont nécessairement impliquées dans la relation entre l'ID, les DCM et la PUS.

Entre autres, il pourrait être pertinent de s'intéresser lors de recherches futures au rôle des mécanismes de défense comme prédicteurs de la PUS. Plus spécifiquement, l'ID, soit la polarisation et l'instabilité des représentations de soi et des autres contradictoires, est le résultat de l'utilisation du clivage et du déni en tant que mécanismes de défense primitifs (Kernberg & Caligor, 2005). Les mécanismes du clivage et du déni sont renforcés par d'autres défenses primitives qui y sont intimement reliées (i.e. contrôle omnipotent, idéalisation, dévalorisation et identification projective). De plus, il est possible de penser que les mécanismes de défense primitifs ne permettent pas une articulation cognitive adéquate des affects polarisés, donc mènent à des DCM. Effectivement, les mécanismes de défense primitifs ont pour effet de rendre inaccessible à la conscience les affects à valence positive ou négative qui sont difficiles à tolérer. Il est alors impossible de les identifier et de les comprendre, donc d'arriver à les mentaliser. Ceux-ci peuvent difficilement être symbolisés, c'est-à-dire associés aux pensées et auront donc tendance à être somatisés ou à susciter l'action impulsive afin d'atténuer la souffrance

insoutenable. À ce sujet, les substances agissent tels des mécanismes de défense avec leur fonction de protection qui facilite le déni de la souffrance occasionnée par les sentiments d'incohérence et de vide (Kernberg, 1975). Compte tenu du rôle présumé que jouent les mécanismes de défense primitifs dans le développement de l'ID, et de nos résultats qui indiquent une association entre l'ID et la PUS, il serait pertinent d'examiner leur capacité à prédire la PUS dans le contexte de recherches futures.

Il peut assurément aussi être pertinent d'étudier la souffrance issue de l'ID dans des études futures. En effet, il est démontré que l'ID est prédictive de la souffrance sous différentes formes, dont les sentiments de vide et d'incohérence, la dépression (Blatt et al., 1993; Heath, & Brown, 1999; Montague et al., 2008; Robles-Pina et al., 2008), l'anxiété (Berman et al., 2006; Constantino et al., 2006; Stopa et al., 2010;), les symptômes internalisés et externalisés (Besser, & Blatt, 2007; Leadbeater et al., 1999; Crocetti et al., 2012; Hernandez et al., 2006; Kuperminc et al., 1997) ainsi que l'estime de soi plus faible et instable (Henze et al., 2013; Ichikawa & Mochizuki, 2015; Vater et al., 2010; Zeigler-Hill & Abraham, 2006). Compte tenu de ces résultats et de ceux indiquant que les affects négatifs sont fréquemment ressentis chez les personnes qui souffrent de PUS (Leventhal, Francione, & Zimmerman, 2008), il serait pertinent d'étudier la souffrance sous ses différentes formes dans le contexte d'un modèle prédictif multidimensionnel.

Somme toute, en identifiant et intervenant précocement sur les facteurs de risque de la PUS, l'on pourrait prévenir leur développement, leur aggravation ou même la rechute.

RÉFÉRENCES

- Alati, R., Mamun, A. A., Williams, G. M., O'Callaghan, M., Najman, J. M., & Bor, W. (2006). In utero alcohol exposure and prediction of alcohol disorders in early adulthood: A birth cohort study. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1009–1015. doi:10.1001/archpsyc.63.9.1009.
- Alati, R., Najman, J. M., Kinner, S. A., Mamun, A. A., Williams, G. M., O'Callaghan, M., et al. (2005). Early predictors of adult drinking: A birth cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 162, 1098–1107. doi:10.1093/aje/kwi320
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). doi:10.1176/appi.books.9780890423349.
- Arria, A. M., Kuhn, V., Caldeira, K. M., O'Grady, K. E., Vincent, K. B., & Wish, E. D. (2008). High school drinking mediates the relationship between parental monitoring and college drinking: A longitudinal analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3, 6. doi: 10.1186/1747-597X-3-6
- Baer, J. S., Sampson, P. D., Barr, H. M., Connor, P. D., & Streissguth, A. P. (2003). A 21-year longitudinal analysis of the effects of prenatal alcohol exposure on young adult drinking. *Archives of General Psychiatry*, 60, 377–385. doi: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.4.377>
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & 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. doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1

- Bandura, A., Caprara, G., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. (2003). Role of affective self-regulatory efficacy on diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development*, 2003, 74, 769–782. doi: 10.1111/1467-8624.00567
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalisation based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization based treatment: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). Comorbid antisocial and borderline personality disorders: Mentalization-based treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 64(2), 181-194. doi:10.1002/jclp.20451
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, DC: American Psychiatric Association [doi: 10.1176/appi.books.9781585625031.rh31](https://doi.org/10.1176/appi.books.9781585625031.rh31)
- Berman, S. L., Weems, C. F., & Stickle, T. R. (2006). Existential anxiety in adolescents: Prevalence, structure, association with psychological symptoms and identity development. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 303–10. doi: [10.1177/0306624X07312779](https://doi.org/10.1177/0306624X07312779)
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after

- cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 307-318. doi: [10.1037/a0023421](https://doi.org/10.1037/a0023421)
- Berzonsky, M. D. (2003). Identity style and well-being: Does commitment matter? *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 3, 131-142.  
  
doi:<http://psycnet.apa.org/doi/10.1207/S1532706XID030203>
- Besser, A., & Blatt, S. J. (2007). Identity consolidation and internalizing and externalizing problem behaviors in early adolescence. *Psychoanalytic psychology*, 24(1), 126-149.  
  
doi: 10.1037/0736-9735.24.1.126
- Bion, W. (1957). Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 266-275.
- Bion, W. (1962). A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 306-10.
- Bishop, D. I., Weisgram, E. S., Holleque, K. M., Lund, K. E., & Wheeler-Anderson, J. (2005). Identity development and alcohol consumption: current and retrospective self-reports by college students. *Journal of Adolescence*, 28(4), 523-533. doi: 10.1016/j.adolescence.2004.10.007
- Blatt, S. J., Hart, B., Quinlan, D. M., Leadbeater, B., & Auerbach, J. (1993). Interpersonal and self-critical dysphoria and behavioral problems in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(3), 253. doi:10.1007/BF01537791
- Bonnet, A., Bréjard, V., & Pardinielli, J. L. (2013). Emotional dispositions and substance use: mediating effect of alexithymia. *Psychological Reports: Disability & Trauma*, 112(1), 289-302. doi: 10.2466/18.09.20.PR0.112.1.289-302

Bouchard, M. A., Lecours, S. (2008) Contemporary approaches to mentalization in the light of Freud's project in F. Busch, (Ed.), *Mentalization: Theoretical Considerations, Research Findings, and Clinical Implications*. New York: Taylor & Francis Group.

Brook, J. S., Kessler, R. C., & Cohen, P. (1999). The onset of marijuana use from preadolescence

and early adolescence to young adulthood. *Development and Psychopathology*, 11, 901–914. doi:10.1017/S0954579499002370

Brown, R. L., Leonard, T., Saunders, L. A., Papasouliotis, O. (1998). The prevalence and detection of substance use disorder among inpatients ages 18 to 49: an opportunity for prevention. *Preventive Medicine*, 27, 101-110. doi: [10.1006/pmed.1997.0250](https://doi.org/10.1006/pmed.1997.0250)

Brubaker, R., & Cooper, F. (2000). Beyond “identity”. *Theory and Society*, 29, 1–47.

doi: 10.1023/A:1007068714468

Campbell, J. D., Assanand, S., & Di Paula, A. (2003). The structure of the self-concept and its relation to psychological adjustment. *Journal of Personality*, 71, 115–140.

doi: 10.1111/1467-6494.t01-1-00002

Carton, S., Bayard, S., Paget, V., Jouanne, C., Varescon, I., Edel, Y., et al. (2010).

Emotional Awareness in Substance-Dependent Patients. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 599-610. doi: 10.1002/jclp.20662.

Cecero, J. J., Holmstrom, R. W.,(1997). Alexithymia and affect pathology among adult male alcoholics. *J. Clin. Psychol.*, 53, 201–208. doi: 10.1002 (SICI)1097-4679(199704)53:3<201::AID-JCLP2>3.0.CO;2-U

Chabrol, H., Montovany, A., Ducongé, E., Kallmeyer, A., Mullet, E., & Leichsenring, F. (2004).

Factor structure of the Borderline Personality Inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 59–65. doi:10.1027/1015-5759.20.1.59

Chassin, L., Fora, D. B., & King, K. M. (2004). Trajectories of alcohol and drug use and

dependence from adolescence to adulthood: The effects of familial alcoholism and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 483–498. doi:10.1037/0021-843X.113.4.483

Chassin, L., Pitts, S. C., & Prost, J. (2002). Binge drinking trajectories from adolescence to

emerging adulthood in a high-risk sample: Predictors and substance abuse outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 67–78. doi:10.1037//0022-006X.70.1.67

Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N. Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001).

The Development of a Psychodynamic Treatment for Patients with Borderline Personality Disorder: A Preliminary Study of Behavioral Change. *Journal of Personality Disorders*, 15, (6), 487-495. [doi:10.1521/pedi.15.6.487.19190](https://doi.org/10.1521/pedi.15.6.487.19190)

Clarkin, J. F., Yeomans, F., & Kernberg, O. F. (2006). Psychotherapy of borderline personality:

Focusing on object relations. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Cleland, C., Magura, S., Foote, J., Rosenblum, A., & Kosanke, N. (2005). Psychometric

properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 299-306. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.11.002

Constantino, M. J., Wilson, K. R., Horowitz, L. M., & Pinel, E. C. (2006). The direct and stress-

buffering effects of self-organization on psychological adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 333–360. doi: org/10.1521/jscp.2006.25.3.333



Cocco, K., & Carey, K. (1998) Psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test in psychiatric outpatients. *Psychological Assessment*, 10, 408–414

Crocetti, E., Scrignaro, M, Sica, L. S., & Magrin, M. E. (2011). Correlates of identity configurations: three studies with adolescent and emerging adult cohorts. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 732-748. doi:10.1007/s10964-011-9702-2.

Cryan, G., & Quiroga, S. (2013). Étude sur la capacité de mentalisation dans les groupes de thérapie ciblés pour les adolescents violents. *XXI Yearbook of Research*, 1, 17-28.

Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.

Diamond, D., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Meehan, K. B., Cain, N. M., Yeomans, F. E., et al. (2014). Change in attachment and reflective function in borderline patients with and without comorbid narcissistic personality disorder in transference focused psychotherapy. *Contemporary psychoanalysis*, 50(1-2), 175-210. doi: 10.1080/00107530.2014.880316

Dyson, L., et al. (2006). *Promotion of Breastfeeding Initiation and Duration: Evidence into Practice Briefing*, London: UK, National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS), juillet 2006, 73 p.

Early, D. J. (2005). The effects of paternal alcoholism, sensation seeking, perceived social support, and alcohol expectancies during adolescence on alcohol use and alcohol problems in young adulthood (Dissertation). University of Missouri.

Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 4, 56-121.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: youth and crisis*. New York: Norton.

Erikson, E. H. (1972/1978). *Adolescence et crise. La quête de l'identité*. Paris : Flammarion.

Evren, C., Can, S., Evren B., & Cakmak, D. (2002). The relationship between alexithymia and depression, anxiety and erectile dysfunction in a sample of male alcoholic inpatients: a controlled study. *Bull Clin Psychopharmacol*, 12, 165– 73.

Evren, C., Dalbudak, E., Durkaya, M., Cetin, R., & Evren, B. (2010). Interaction of life quality with alexithymia, temperament and character in male alcohol-dependent inpatients. *Drug and Alcohol Review*, 29(2), 177-183. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00135.x

Evren, C., Eken, B., & Cakmak, D. (2003). Alexithymia among alcohol dependent patients and its relationship with depression, anxiety and personality disorders. *J Depend*, 4, 47– 52.

Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L., McGregor, J., Bleiberg, et al. (2006) Short-term mentalization and relational therapy (SMART): An integrative family therapy for children and adolescents. In: Allen J. G., & Fonagy P. (Eds) *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. (pp. 201–222). Chichester : John Wiley & Sons.

Flory, K., Milich, R., Lynam, D. R., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2003). Relation between childhood disruptive behavior disorders and substance use and dependence symptoms in young adulthood: Individuals with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder are uniquely at risk. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 151–158. doi: 10.1037/0893-164X.17.2.151

Foelsch, P. A., & Kernberg, O. F. (1998). Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorders. *Psychotherapy in Practice*, 4(2), 67-90.

Fonagy, P. (1989). On tolerating mental states: theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, 12, 91-115.

Fonagy, P. , Gergely, G. and Target, M. (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48. 288-328. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x>

Fonagy, P. & Target, M. (1996). Playing With Reality: I. Theory Of Mind And The Normal Development Of Psychic Reality. *Int. J. Psycho-Anal*, 77, 217-233. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01783>

Fox, H., Hong, K. & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive Behaviors*, 33(2), 388-394. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.10.002>

Freud, S. (1895). Project for a scientific psychology. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 1, pp.281-93). London: Hogarth Press

Freud, S. (1911). Formulations of the two principles of mental functioning. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 1, pp.67-104). London: Hogarth Press

Gaher, R., Hofman, N., Simons, J., & Hunsaker, R. (2013). Emotion Regulation Deficits as Mediators Between Trauma Exposure and Borderline Symptoms. *Cognitive Therapy & Research*, 37(3), 466–475. doi: 10.1007/s10608-012-9515-y.

Gergely, G. & Watson, J. S. (1996) The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77(6), 1181-1212.

Gfellner, B. M., & Cordoba, A. I. (2011). Identity distress, psychosocial maturity and adaptive functioning among university students. *Identity: an international journal of theory and research*, 11, 136-154. doi:10.1080/15283488.2011.540740

Gibbs, L. E. (1983). Validity and reliability of the Michigan Alcoholism Screening Test: A review. *Drug and Alcohol Dependence*, 12(3), 279-285. doi:10.1016/0376-8716(83)90071-6

Gil, A. G., Wagner, E. F., & Tubman, J. G. (2004). Associations between early-adolescent substance use and subsequent young-adult substance use disorders and psychiatric disorders among a multiethnic male sample in South Florida. *American Journal of Public Health*, 94, 1603–1609. doi:10.2105/AJPH.94.9.1603

Gilet, A.-L., Mella, N., Studer, J., Grün, D., & Labouvie-Vief, G. (2013). Assessing dispositional empathy in adults: A French validation of the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 45(1), 42-48. doi: 10.1037/a0030425

Guo, J., Hawkins, J. D., Hill, K. G., & Abbott, R. D. (2001). Childhood and adolescent predictors of alcohol abuse and dependence in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 754–762.

- Gutpa, B. & Trzepacz, P. T. (1997) Serious overdosers admitted at general hospital: comparison with nonoverdose self-injuries and medically ill patients with suicidal ideation. *General Hospital Psychiatry*, 19, 209-215. doi: 10.1016/S0163-8343(97)00002-9
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. New York: Guilford.
- Haviland, M. G., Hendryx, M. S., Cummings, M. A., Shaw, D. G., & Mac Murray, J. P. (1991). Multidimensionality and state dependency of alexithymia in recently sober alcoholics. *J Nerv Ment Dis*, 179, 284-290
- Haviland, M. G., Hendryx, M. S., Shaw, D. G., & Henry, J. P. (1994). Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Compr. Psychiatry* 35, 124–128. doi: 10.1016/0010-440X(94)90056-N
- Hayatbakhsh, M. R., McGee, T. R., Bor, W., Najman, J.M., Jamrozik, K., & Mamun, A.A. (2008). Child and adolescent externalizing behavior and cannabis use disorders in early adulthood: An Australian prospective birth cohort study. *Addictive Behaviors*, 33, 422-438. doi:10.1016/j.addbeh.2007.10.004
- Heath, N., & Brown, A. E. (1999). Self-concept differentiation and depressive symptomatology in children. *International Journal of Psychology*, 34, 95–105. doi: 10.1080/002075999399990
- Henze, R., Barth, J., Parzer, P., Bertsch, K., Schmitt, R., Lenzen, C., et al. (2013). Validation of a screening instrument for borderline personality disorder in adolescents and young adults - psychometric properties and association with the patient's self-esteem. *Psychiatry*, 81(6), 324-330.

- Hernandez, L. Montgomery, M. J., & Kurtines, W. M. (2006). Identity Distress and Adjustment Problems in At-Risk Adolescents. *Identity: an international journal of theory and research*, 6(1), 27-33. doi: 10.1207/s1532706xid0601\_3
- Hingson, R. W., Heeren, T., & Winter, M. R. (2006) Age at drinking onset and alcohol dependence. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160, 739-746.
- Hussong, A. M., & Chassin, L. (2004). Stress and coping among children of alcoholic parents through the young adult transition. *Development and Psychopathology*, 16, 985–1006. doi:10.1017/S0954579404040106
- Ichikawa, R., & Mochizuki, S. (2015). The relationships of personality disorder traits and some aspects of self-esteem. *The Japanese Journal of Personality*, 23(2), 80-90, doi: 10.2132/personality.23.80
- Jackson, K. M., Sher, K. J., Gotham, H. J., & Wood, P. K. (2001). Transitioning into and out of large-effect drinking in young adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 378–391. doi:10.1037/0021-843X.110.3.378
- Jackson, K. M., Sher, K. J., & Schulenberg, J. E. (2005). Conjoint developmental trajectories of young adult alcohol and tobacco use. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 612–626. doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.612
- Judd, C. M. & Kenny, D. A. (1981). Process analysis: Estimating mediation in treatment evaluations. *Evaluation Review*, 5, 602-619. doi: [10.1177/0193841X8100500502](https://doi.org/10.1177/0193841X8100500502)
- Kernberg, O. (1975). *La personnalité narcissique*. New York: Psychisme.
- Kernberg, O. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 169-95.

Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven, CT: Yale University Press.

Kernberg, O. F. (2012) *The Inseparable Nature of Love and Aggression: Clinical and Theoretical Perspectives*. *The British Journal of Psychiatry*, 201(5), 414-415. doi: 10.1192/bjp.bp.112.110015

Kernberg, O. F. & Caligor, E. (2005). *A psychoanalytic theory of personality disorders in* Lezenweger, M., Clarkin J. (Eds), *Major Theories of Personality Disorders* (pp.114-156). NewYork: Guildford.

Kernberg, O. F., Diamond, D., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). *Mentalization and attachment in borderline patients in transference focused psychotherapy*. In E. Jurist, A. Slade, & S. Bergner (Eds.), *Mind to Mind: Infant Research, Neuroscience, and Psychoanalysis* (pp. 167-198). New York: Other Press.

King, K. M., & Chassin, L. (2007). *A prospective study of the effects of age of initiation of alcohol and drug use on young adult substance dependence*. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 256–265.

Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., & Leadbeater, B. J. (1997). *Relatedness, Self-Definition, and Early Adolescent Adjustment*. *Cognitive Therapy and Research*, 21(3), 301-332.

Kushner, M. G., Sher, K. J., & Beitman, B. D. (1990) *The relation between alcohol problems and the anxiety disorders*. *American Journal of Psychiatry*,147(6), 685–695. doi: 10.1176/ajp.147.6.685

Larochelle, S., Diguier, L., Laverdière, O., Gamache, D., Greenman, P. S., & Descôteaux, J. (2010). *Psychological dimensions of antisocial personality disorder as predictors of*

- psychotherapy noncompletion among sexual offenders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(1),1-28. [doi:10.1521/bumc.2010.74.1.1](https://doi.org/10.1521/bumc.2010.74.1.1)
- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., & Hertzog, C. (1999). A Multivariate Model of Gender Differences in Adolescents Internalizing and Externalizing Problems. *Developmental Psychology*, 35(5), 1268-1282. doi: 10.1037/0012-1649.35.5.1268
- Leary, M. R. (2004). Editorial: What is the self: A plea for clarity. *Self and Identity*, 3, 1–3. doi: 10.1080/13576500342000004
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73, 45–63. doi: 10.1207/S15327752JPA730104
- Leichsenring, F., & Sachsse, U. (2002). Emotions as wishes and beliefs. *Journal of Personality Assessment*, 79(2), 257-273. doi: 10.1207/s15327752jpa7902\_09
- Leventhal, A., Francione, W., & Zimmerman, M. (2008). Associations between depression subtypes and substance use disorders. *Psychiatry Research*, 161(1),43–50. doi: [10.1016/j.psychres.2007.10.014](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.10.014)
- Levy, K. N., Ehrental, J. C., Yeomans, F. E., & Caligor, E. (2014). The Efficacy of Psychotherapy: Focus on Psychodynamic Psychotherapy as an Example. *Psychodynamic Psychiatry*, 42, 377-421. doi: [10.1521/pdps.2014.42.3.377](https://doi.org/10.1521/pdps.2014.42.3.377)
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., 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 doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1027



Loas, G., Fremaux, D., Otmani, O., Lecercle, C., & Delahousse, J. (1997). Is Alexithymia a Negative Factor for Maintaining Abstinence? A Follow-up Study. *Comprehensive*

*Psychiatry*,

38(5), 296-299. doi: [10.1016/S0010-440X\(97\)90063-8](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90063-8)

Loas, G., Otmani, O., Lecercle, C., Jouvent, R. (2000). Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics. *Psychiatry Res*, 96,

63–74. doi: [10.1016/S0165-1781\(00\)00189-X](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(00)00189-X)

Luyckx, K., Goossens, L., Soenens, B., & Beyers, W. (2006). Unpacking commitment and exploration: Preliminary validation of an integrative model of late adolescent identity formation. *Journal of Adolescence*, 29, 361–378. doi:10.1016/j.adolescence.2005.03.008

Luyckx, K., Schwartz, S. J., Goossens, L., & Soenens, B. (2008a). Developmental typologies of identity formation and adjustment in female emerging adults: A latent class growth analysis approach. *Journal of Research on Adolescence*, 18, 595–619. doi:

[10.1111/j.1532-7795.2008.00573.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2008.00573.x)

Luyckx, K., Soenens, B., Goossens, L., Beckx, K., & Wouters, S. (2008b). Identity exploration and commitment in late adolescence: Correlates of perfectionism and mediating mechanisms on the pathway to well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27, 336–361. doi:10.1521/jscp.2008.27.4.336

Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2011). Assessment of Mentalization. In

Bateman, A. W. & Fonagy, P. (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 43-65). Washington : American Psychiatric Publishing.

- Maggs, J. L., Frome, P. M., Eccles, J. S., & Barber, B. L. (1997). Psychosocial resources, adolescent risk behaviour and young adult adjustment: Is risk taking more dangerous for some than others? *Journal of Adolescence*, 20, 103–119.  
doi.org/10.1006/jado.1996.0067
- Marcia, J. (1966). Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 551–558. doi: 10.1037/h0023281
- Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 159–187). New York: Wiley.
- Marcia, J. E., & Archer, S. L. (1993). Identity status in late adolescents: Scoring criteria. In *Ego Identity* (pp. 205-240). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4613-8330-7\_9
- McMorris, B. J., & Uggen, C. (2000). Alcohol and employment in the transition to adulthood. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 276–294. doi:10.2307/2676321
- Meeus, W.; Ledema, J, Helsen, M., & Vollebergh, W. (1999). Patterns of adolescent identity development: Review of literature and longitudinal analysis. *Developmental Review*, 19(4), 419-461. doi: 10.1006/drev.1999.0483
- Merline, A., Jager, J., & Schulenberg, J. E. (2008). Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: Stability and change of predictive value across early and middle adulthood. *Addiction*, 103, 84–99. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02178.x.
- Montague, M., Enders, C., Dietz, S., Dixon, J., & Cavendish, W. (2008). A longitudinal study of depressive symptomatology and self-concept in adolescents. *Journal of Special Education*, 42, 67–78.

New, A. S., Rot, M. A., Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., et al.

(2012). Empathy and alexithymia in borderline personality disorder: Clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 660-675. doi: 10.1521/pedi.2012.26.5.660

Newbury-Helps, J., Feigenbaum, J., & Fonagy, P. (2017). Offenders With Antisocial

Personality Disorder Display More Impairments in Mentalizing. *Journal of Personality Disorders*, 31(2), 232-255. doi:10.1521/pedi\_2016\_30\_246

Nurmi, J.-E., Berzonsky, M. D., Tammi, K., & Kinney, A. (1997). Identity processing orientation, cognitive and behavioral strategies and well-being. *International Journal of Behavioral Development*, 21, 555–570.

Paivio, S. C., & McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse Negl.*, 28(3), 339-354. doi:

10.1016/j.chiabu.2003.11.018

Pearson, C., Janz, T., Ali, J. (2013). *Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada*. Ottawa ON: Statistique Canada.

Poikolainen, K., Tuulio-Henriksson, A., Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., & Lonnqvist, J.

(2001). Predictors of alcohol intake and heavy drinking in early adulthood: A 5-year follow-up of 15–19-year-old Finnish adolescents. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 85–88. doi:10.1093/alcalc/36.1.85

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, G. C. (1992). In search of How People

Change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

doi: 10.1037/0003-066X.47.9.1102

Quello, S. B., Brady, K. T., & Sonne, S. C. (2005) Mood disorders and substance abuse disorders: A complex comorbidity. *Science & Practice Perspectives* 3(1), 13–24.

Rehm, J., Ballunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, et al. (2006). The costs of substance abuse in Canada 2002. *Centre canadien de lutte contre les toxicomanies*.

Rehm J., Greenfield T., Kerr W. (2006) Patterns of drinking and mortality from different diseases an overview. *Contemporary Drug Problems*, 33, 205–235.

Robles-Pina, R. A., Defrance, E., & Cox, D. (2008). Self-concept, early childhood depression and school retention as predictors of adolescent depression in urban Hispanic adolescents. *School Psychology International*, 29, 426–441. doi: 10.1177/0143034308096434

Schwartz, S. J. (2007). The Structure of Identity Consolidation: Multiple Correlated Constructs or One Superordinate Construct? *Identity: an international journal of theory and research*, 7(1), 27–49. doi: 10.1080/15283480701319583

Schwartz, S. J., Beyers, W., Luyckx, K., Soenens, B., Zamboanga, B. L., Forthun, L. F., et al. (2011a). Examining the light and dark sides of emerging adult's identity: A study of identity status differences in positive and negative psychosocial functioning. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 839–859. doi: 10.1007/s10964-010-9606-6.

Schwartz, S. J., Klimstra, T. A., Luyckx, K., Hale, W. I., Frijns, T., Oosterwegel, A., et al. (2011b). Daily dynamics of personal identity and self-concept clarity. *European Journal of Personality*, 25, 373–385. doi: 10.1002/per.798

Schwartz, S. J., Klimstra, T. A., Luyckx, K., Hale, W. I., Meeus, W. H. (2012). Characterizing the self-system over time in adolescence: internal structure and associations with internalizing symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 1208-1225.

doi: 10.1007/s10964-012-9751-1

Scribner, R., Mason, K., Theall, K., Simonsen, N., Schneider, S. K., Towvim, L. G., et al.

(2008). The contextual role of alcohol outlet density in college drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69, 112–120. doi:10.15288/jsad.2008.69.112

Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 127(12), 1653-1658.

doi: [10.1176/ajp.127.12.1653](https://doi.org/10.1176/ajp.127.12.1653)

Sharp, C., & Fonagy, P. (2008), The Parent's Capacity to Treat the Child as a Psychological Agent: Constructs, Measures and Implications for Developmental Psychopathology.

*Social Development*, 17, 737–754. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x

Simpson, T. L., & Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and

physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review*,

22, 27–77. doi:10.1016/S0272-7358(00)00088-X

Skårderud, F. (2007). Shame and pride in anorexia nervosa: a qualitative descriptive study. *Eur.*

*Eat. Disorders Rev.*, 15, 81–97. doi:10.1002/erv.774

Skinner, H. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7(4), 363-371. doi:

10.1016/0306-4603(82)90005-3

- Skinner, H., & Goldberg, A. (1986). Evidence for a drug dependence syndrome among narcotic users. *British Journal of Addiction*, 81, 479–484. doi: 10.1111/j. 1360-0443.1986.tb00359.x
- Slutzky, C. B., & Simpkins, S. D. (2009). The link between children’s sport participation and self-esteem: Exploring the mediating role of sport self-concept. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 381–389. doi: 10.1016/j.psychsport.2008.09.006
- Statistique Canada (2012). Consommation abusive d’alcool. Consulté le 16 février 2014 de <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2013001/article/11838-fra.htm>.
- Statistique Canada (2015). Troubles mentaux et troubles liés à l’utilisation de substances au Canada. Consulté le 12 mai 2018 de <https://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm>.
- Steele, R. G., Forehand, R., Armistead, L., & Brody, G. (1995). Predicting alcohol and drug use in early adulthood: The role of internalizing and externalizing behavior problems in early adolescence. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 380–388. doi: 10.1037/h0079694
- Steinhausen, H. C., Eschmann, S., Heimgartner, A., & Metzke, C. W. (2008). Frequency, course and correlates of alcohol use from adolescence to young adulthood in a Swiss community survey. *BMC Psychiatry*, 8, 5. doi:[10.1186/1471-244X-8-5](https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-5)
- Steinhausen, H. C., Eschmann, S., & Metzke, C. W. (2007). Continuity, psychosocial

- correlates, and outcome of problematic substance use from adolescence to young adulthood in a community sample. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 1, 12. doi:10.1186/1753-2000-3-37
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York, NY: Basic Books.
- Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M. & Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37, 747–775. doi:10.1016/j.addbeh.2012.02.014
- Stopa, L., Brown, M. A., Luke, M. A., & Hirsch, C. R. (2010). Constructing a self: The role of self-structure and self-certainty in social anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 48, 955–965.
- Tarter, R. E., Kirisci, L., Habeych, M., Reynolds, M., & Vanyukov, M. (2004). Neurobehavior disinhibition in childhood predisposes boys to substance use disorder by young adulthood: Direct and mediated etiologic pathways. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 121–132. doi:[10.1080/00952990902825405](https://doi.org/10.1080/00952990902825405)
- Taubner, S., Zimmermann, L., Ramberg, A., & Schröder, P. (2016). Mentalization Mediates the Relationship between Early Maltreatment and Potential for Violence in Adolescence. *Psychopathology*, 49, 236-246. doi:10.1159/000448053
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1997). *Disorders of Affect Regulation*. Cambridge:

Cambridge University Press.

- Trim, R. S., Leuthe, E., & Chassin, L. (2006). Sibling influence on alcohol use in a young adult, high-risk sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 67, 391–398. doi: 10.15288/jsa.2006.67.391
- Twemlow, S., Fonagy, P., & Sacco, F. (2001) An Innovative Psychodynamically Influenced Approach to Reduce School Violence. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(3), 377-379. doi: 10.1097/00004583-200103000-00019
- Uzun, O. (2003). Alexithymia in male alcoholics: study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry*, 44, 349–52. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00132-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00132-9)
- Vater, A., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Lammers, C. H., & Roepke, S. (2010). Discrepancies between explicit and implicit self-esteem are linked to symptom severity in borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 41(4), 357-64. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.03.007.
- Wagenaar, A. C., Salois, M. J., & Komro, K. A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: A meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104, 179–190. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x.
- Wangqvist, M., & Frisen, A., (2011). Identity and psychological distress in emerging adulthood in Sweden: is it always distressing not to know who to be and what to do? *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 11, 93-113. doi: 10.1080/15283488.2011.560803



Waterman, A. S. (2004). Finding someone to be: Studies on the role of intrinsic motivation in identity formation. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 4, 209–228. doi: 10.1207/s1532706xid0403\_1

Waterman, A. S. (2007). Doing well: The relationship of identity status to three conceptions of well-being. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 7, 289–307.

doi: 10.1080/15283480701600769

Weitzman, E. R., Folkman, A., Folkman, M. P., & Wechsler, H. (2003). The relationship of alcohol outlet density to heavy and frequent drinking and drinking-related problems among college students at eight universities. *Health & Place*, 9, 1–6. doi:10.1016/S1353-8292(02)00014-X

Windle, M., Mun, E. Y., & Windle, R. C. (2005). Adolescent-to-young adulthood heavy drinking trajectories and their prospective predictors. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 313–322. doi:10.15288/jsa.2005.66.313

Yeomans, F. E., Clarkin, J. G., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. New York: American Psychiatric Publishing, Inc.

Yeomans, F. E., Delaney, J. C., & Renaud, A. (2007). La psychothérapie focalisée sur le transfert. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 17–34. doi :10.7202/016507ar

Zeigler–Hill, V., & Abraham, J. (2006). Borderline Personality Features: Instability of Self–Esteem and Affect. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25* (6), 668-687.

[doi:10.1521/jscp.2006.25.6.668](https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.6.668)

Zhou, Q., King, K. M., & Chassin, L. (2006). The roles of familial alcoholism and adolescent family harmony in young adults' substance dependence disorders: Mediated and moderated relations. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 320–331.

[doi:10.1037/0021-843X.115.2.320](https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.2.320)

Zung, B. J. (1982). Evaluation of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) in assessing lifetime and recent problems. *Journal Of Clinical Psychology, 38*(2), 425-439. doi:

[10.1002/1097-4679\(198204\)38:2<425::aid-jclp2270380239>3.0.co;2-6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198204)38:2<425::aid-jclp2270380239>3.0.co;2-6)

## ANNEXE

**IAS-20**

**Instructions :** Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit d'encercler le chiffre approprié :

(1) désaccord complet (2) désaccord relatif (3) ni accord ni désaccord (4) accord relatif (5) accord complet

1.	Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments	1	2	3	4	5
2.	J'ai du mal à trouver des 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, je ne sais pas si je suis triste, effrayé ou en colère	1	2	3	4	5
7.	Je suis souvent intrigué par des sensations dans 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 de ces émotions est essentiel	1	2	3	4	5
11.	Je trouve difficile de d'écrire mes sentiments face aux 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
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 écouter des émissions de variété plutôt que des films 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 longs moments de silence	1	2	3	4	5
19.	Je trouve difficile 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

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Code : \_\_\_\_\_

**IRI**

Nous vous demandons d'indiquer à quel degré les items vous décrivent, en choisissant le chiffre approprié sur une échelle en 5 points qui va de 0 (ne me décrit pas bien) à 4 (me décrit très bien).

	Ne me décrit pas bien		Me décrit très bien		
	0	1	2	3	4
1. Avec une certaine régularité, je rêve à des choses qui pourraient m'arriver et je me les imagine.	0	1	2	3	4
2. J'éprouve souvent des sentiments de tendresse et d'inquiétude envers les gens qui ont moins de chance que moi.	0	1	2	3	4
3. Je trouve parfois difficile de voir les choses du point de vue de quelqu'un d'autre.	0	1	2	3	4
4. Parfois, je ne plains pas beaucoup les autres quand ils ont des problèmes.	0	1	2	3	4
5. Je me sens vraiment concerné(e) par les sentiments des personnages dans un roman.	0	1	2	3	4
6. Dans les situations d'urgence, j'éprouve de l'appréhension et je me sens mal à l'aise.	0	1	2	3	4
7. Je suis habituellement objectif(ve) lorsque je regarde un film ou une pièce de théâtre, et je ne me laisse pas souvent prendre complètement.	0	1	2	3	4
8. J'essaie d'envisager le point de vue de chacun dans un désaccord avant de prendre une décision.	0	1	2	3	4
9. Lorsque je vois quelqu'un dont on a profité, je me sens du genre protecteur à l'égard de cette personne.	0	1	2	3	4
10. Je me sens parfois impuissant(e) quand je me trouve au coeur d'une situation très riche en émotions.	0	1	2	3	4
11. J'essaie parfois de mieux comprendre mes amis en imaginant à quoi ressemblent les choses selon leur point de vue.	0	1	2	3	4
12. Finir par "embarquer" vraiment dans un bon livre ou un bon film est assez rare pour moi.	0	1	2	3	4
13. Lorsque je vois quelqu'un se blesser, j'ai tendance à rester calme.	0	1	2	3	4
14. Les malheurs des autres ne me troublent habituellement pas beaucoup.	0	1	2	3	4
15. Si je suis sûr (sûre) d'avoir raison au sujet de quelque chose, je ne perds pas grand temps à écouter les arguments des autres.	0	1	2	3	4
16. Après avoir vu une pièce de théâtre ou un film, j'ai l'impression d'être un des personnages.	0	1	2	3	4
17. Le fait d'être dans une situation émotionnelle tendue m'effraie.	0	1	2	3	4
18. Quand je vois des gens qu'on traite injustement, quelquefois je ne sens pas beaucoup de pitié pour eux.	0	1	2	3	4
19. Je suis en général assez efficace quand je fais face à des situations critiques.	0	1	2	3	4

CAPACITÉS DE MENTALISATION, IDENTITÉ DIFFUSE ET CONSOMMATION

		Ne me décrit pas bien			Me décrit très bien		
		0	1	2	3	4	
20.	Je suis souvent très touché(e) par les choses qui se passent sous mes yeux.	0	1	2	3	4	
21.	Je crois qu'il existe deux côtés pour toute question et j'essaie de les envisager tous les deux.	0	1	2	3	4	
22.	Je me décrirais comme une personne au coeur assez tendre.	0	1	2	3	4	
23.	Quand je regarde un bon film, je peux très facilement me mettre à la place d'un des personnages principaux.	0	1	2	3	4	
24.	J'ai tendance à perdre le contrôle lors de situations critiques.	0	1	2	3	4	
25.	Lorsque je suis fâché(e) contre quelqu'un, j'essaie habituellement de "me mettre dans la peau" de cette personne pour un certain temps.	0	1	2	3	4	
26.	Lorsque je lis une histoire ou un roman intéressant, j'imagine ce que je ressentirais si les événements de l'histoire m'arrivaient à moi.	0	1	2	3	4	
27.	Lorsque je vois quelqu'un qui a sérieusement besoin d'aide à l'occasion d'une crise, je m'effondre.	0	1	2	3	4	
28.	Avant de critiquer des gens, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à leur place.	0	1	2	3	4	

© Copyright 1980, M. H. Davis Toute reproduction totale ou partielle de ce questionnaire est interdite sans la permission écrite de l'auteur. Traduit et adapté par Yves Lessier, Ph.D. (1996), grâce à une permission spéciale de l'auteur.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Code : \_\_\_\_\_

**BPI**

1

1 = tout à fait faux  
7 = tout à fait vrai

Veillez indiquer si les impressions, les comportements suivants, correspondent à votre façon d'être habituelle **au cours de la dernière année**.

Entourez ou faites une croix sur le chiffre qui vous correspond le mieux **sur une échelle de 1 à 7** (c'est à dire de 1= tout à fait faux à 7= tout à fait vrai).

1. J'ai souvent des crises d'angoisse	1 2 3 4 5 6 7
2. Récemment rien ne m'a troublé(e) émotionnellement	1 2 3 4 5 6 7
3. Je me demande souvent qui je suis vraiment	1 2 3 4 5 6 7
4. Je prends souvent des risques qui peuvent me créer des ennuis	1 2 3 4 5 6 7
5. Je me sens étouffer quand les autres se préoccupent beaucoup de moi	1 2 3 4 5 6 7
6. Quelquefois j'ai l'impression qu'il y a une autre personne en moi qui n'est pas moi	1 2 3 4 5 6 7
7. Il m'est arrivé de voir des personnes ou des choses alors qu'elles n'étaient pas réellement là	1 2 3 4 5 6 7
8. Quelquefois j'ai l'impression que les gens/ou les choses autour de moi ne sont pas vraiment réels	1 2 3 4 5 6 7
9. Mes sentiments envers les autres changent rapidement d'un extrême à l'autre (ex, de l'amour et/ou admiration à la haine et/ou déception)	1 2 3 4 5 6 7
10. Je me sens souvent sans valeur et désespéré(e)	1 2 3 4 5 6 7
11. J'ai souvent gaspillé mon argent	1 2 3 4 5 6 7
12. Il m'est arrivé d'entendre des voix parlant de moi, alors qu'il n'y avait personne	1 2 3 4 5 6 7
13. Si oui, indiquez si les voix venaient: de l'extérieur de votre tête de l'intérieur de votre tête	
14. Dans les relations proches, je me sens souvent blessé(e)	1 2 3 4 5 6 7
15. Quelquefois j'agis ou j'éprouve des sentiments d'une façon qui ne me ressemble pas	1 2 3 4 5 6 7
16. J'ai eu l'impression d'être dirigé(e) ou contrôlé(e) de l'extérieur, comme une marionnette	1 2 3 4 5 6 7
17. J'ai déjà agressé quelqu'un physiquement	1 2 3 4 5 6 7
18. Il m'est arrivé d'avoir l'impression qu'on pouvait entendre mes pensées	1 2 3 4 5 6 7
19. Quelquefois je me sens coupable comme si j'avais commis un crime	1 2 3 4 5 6 7
20. Je me suis déjà fait mal physiquement volontairement	1 2 3 4 5 6 7
21. Quelquefois j'ai l'impression que les gens ou choses changent d'apparence, alors que ce n'est pas le cas	1 2 3 4 5 6 7
22. J'ai eu des expériences spirituelles intenses (religieuses, autres,...)	1 2 3 4 5 6 7

## CAPACITÉS DE MENTALISATION, IDENTITÉ DIFFUSE ET CONSOMMATION

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Code : \_\_\_\_\_

- |  |              |
|--|--------------|
| 23. Dans les relations sentimentales, je ne sais pas quel type de relation je veux         | 12 3 4 5 6 7 |
| 24. Quelquefois j'ai l'impression d'être capable de prévoir l'avenir (ex: comme un voyant) | 12 3 4 5 6 7 |
| 25. Si une relation devient proche, je me sens pris(e) au piège                            | 12 3 4 5 6 7 |
| 26. Il m'est arrivé de sentir la présence de quelqu'un alors qu'il n'y avait personne      | 12 3 4 5 6 7 |
-

## MAST-22

Seizer © Copyright 1971 ; Traduction par Lesieux &amp; Daoust © Copyright 2010

Dernière  
année

**Consignes :** Les questions suivantes concernent votre consommation d'alcool au cours des **12 derniers mois**. Veuillez lire attentivement chaque énoncé et encercler la réponse qui correspond le mieux à votre situation.

		Oui	Non
1.	Sentez-vous que vous êtes un buveur normal ? (« normal » est défini comme buvant autant ou moins que la plupart des autres personnes)	0	1
2.	Vous êtes-vous déjà réveillé le lendemain d'une soirée où vous aviez bu et trouver que vous ne pouviez pas vous rappeler d'une partie de la soirée ?	1	0
3.	Est-ce qu'un proche ou un(e) ami(e) s'est déjà inquiété ou plaint à propos de votre consommation d'alcool ?	1	0
4.	Pouvez-vous arrêter de boire sans difficulté après 1 ou 2 verres ?	0	1
5.	Vous êtes-vous déjà senti coupable à propos de votre consommation d'alcool ?	1	0
6.	Avez-vous déjà assisté à une réunion des alcooliques anonymes (A.A.) ?	1	0
7.	Avez-vous déjà été impliqué dans des bagarres physiques alors que vous buviez de l'alcool ?	1	0
8.	Est-ce votre consommation d'alcool a déjà créé des problèmes entre vous et un proche ou un(e) ami(e) ?	1	0
9.	Est-ce qu'un membre de la famille ou un(e) ami(e) proche est déjà aller vers quelqu'un pour de l'aide à propos de votre consommation d'alcool ?	1	0
10.	Avez-vous déjà perdu des ami(e)s en raison de votre consommation d'alcool ?	1	0
11.	Avez-vous déjà été dans le trouble au travail à cause de votre consommation d'alcool ?	1	0
12.	Avez-vous déjà perdu un emploi en raison de votre consommation d'alcool ?	1	0
13.	Avez-vous déjà négligé vos obligations, votre famille ou votre travail pendant 2 jours de suite ou plus en raison de votre consommation d'alcool ?	1	0
14.	Buvez-vous de l'alcool avant midi assez souvent ?	1	0
15.	Vous êtes-vous déjà fait dire que vous aviez des troubles avec votre foie telle qu'une cirrhose ?	1	0
16.	À la suite d'une consommation importante avez-vous déjà souffert de delirium tremens, de tremblements importants ou d'hallucinations visuelles ou auditives ?	1	0
17.	Êtes-vous déjà aller vers quelqu'un pour de l'aide à propos de votre consommation d'alcool ?	1	0
18.	Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre consommation d'alcool ?	1	0
19.	Est-ce que votre consommation d'alcool a déjà entraînée votre hospitalisation dans un service psychiatrique ?	1	0
20.	Êtes-vous déjà aller vers un médecin, un travailleur social, un membre du clergé ou une clinique de santé mentale pour de l'aide à propos de n'importe quel problème émotionnel pour lequel votre consommation d'alcool était une partie du problème ?	1	0
21.	Avez-vous déjà été arrêté plus d'une fois pour conduite en état d'ébriété (conduire sous l'influence de l'alcool) ?	1	0
22.	Avez-vous déjà été arrêté ou détenu par un officier pour quelques heures en raison de n'importe quels autres comportements impliquant votre consommation d'alcool ?	1	0



# CAPACITÉS DE MENTALISATION, IDENTITÉ DIFFUSE ET CONSOMMATION

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Code : \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE SUR LA CONSOMMATION DE DROGUES (DAST-20)

Les questions suivantes portent sur votre consommation de drogues au cours des 12 derniers mois, sans inclure votre consommation d'alcool. Lisez attentivement chaque question puis encerclez la réponse appropriée (Oui/Non).

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. Avez-vous fait usage de drogues autres que les médicaments administrés?  | Oui | Non |
| 2. Avez-vous fait un usage abusif (au-delà de la dose prescrite) de médicaments sur ordonnance?   | Oui | Non |
| 3. Utilisez-vous plus d'une drogue à la fois  | Oui | Non |
| 4. Pouvez-vous vous passer de drogues pendant une semaine complète?   | Oui | Non |
| 5. Êtes-vous toujours capable d'arrêter d'utiliser des drogues ou des médicaments quand vous le voulez?   | Oui | Non |
| 6. Avez-vous eu de brèves pertes de mémoire ("blackouts") ou des irrutions de souvenirs ("flashbacks") après avoir pris une drogue ou un médicament?          | Oui | Non |
| 7. Votre consommation de drogues ou de médicaments suscite-t-elle un sentiment de culpabilité ou de malaise de votre part?                                    | Oui | Non |
| 8. Vos parents ou votre conjoint se plaignent-ils de votre comportement vis-à-vis des drogues ou des médicaments?   | Oui | Non |
| 9. Est-ce que votre usage de drogues ou de médicaments vous a causé des ennuis avec votre conjoint ou vos parents?  | Oui | Non |
| 10. Avez-vous perdu des amis à cause de votre usage de drogues ou de médicaments?   | Oui | Non |
| 11. Avez-vous négligé votre famille à cause de votre usage de drogues ou de médicaments   | Oui | Non |
| 12. Avez-vous eu des ennuis au travail causés par l'abus de drogues ou de médicaments?  | Oui | Non |
| 13. Avez-vous perdu un emploi à cause de l'usage de drogues ou de médicaments?  | Oui | Non |
| 14. Vous êtes-vous battu(e) en étant sous l'influence de drogues ou de médicaments?   | Oui | Non |
| 15. Vous êtes-vous engagé(e) dans des activités illégales dans le but d'obtenir des drogues ou des médicaments?   | Oui | Non |
| 16. Avez-vous été arrêté(e) pour possession de drogues illégales?   | Oui | Non |
| 17. Avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage (vous êtes-vous senti malade) après avoir interrompu votre consommation de drogues ou de médicaments?          | Oui | Non |
| 18. Avez-vous eu des problèmes médicaux suite à votre usage de drogues ou de médicaments (p.ex. pertes de mémoire, hépatite, convulsions, saignements, etc.)? | Oui | Non |
| 19. Avez-vous cherché de l'aide pour résoudre un problème de drogues ou de médicaments?   | Oui | Non |
| 20. Avez-vous suivi un programme de traitement spécifiquement lié à l'usage de drogues ou de médicaments?   | Oui | Non |

DAST-20/Total=

Copyright 1982 par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie.