

Diffusion de l'identité et déficits dans les capacités de mentalisation en tant que prédictors de la gravité des problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogues chez des hommes en traitement de réadaptation : une étude exploratoire.

Maude Lefebvre

Université du Québec en Outaouais

Note de l'auteure

Maude Lefebvre est candidate au doctorat en psychologie (D.Psy) au département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais. Ce projet d'essai doctoral est effectué sous la direction de Sébastien Larochelle, Ph.D.

### Résumé

L'objectif de cette étude est d'examiner si la gravité de la diffusion de l'identité et des déficits dans les capacités de mentalisation sont en mesure de prédire la gravité de la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues chez 59 hommes en traitement de réadaptation. Le *Borderline Personality Inventory* (Leichsenring, 1999), le *Toronto Alexithymia Scale* (Bagby, Parker, & Taylor, 1994), l'*Interpersonal Reactivity Index* (Davis, 1980), le *Michigan Alcohol Screening Test* (Selzer, 1971) et le *Drug Abuse Screening Test* en 20 questions (Skinner, 1982) ont été administrés afin d'examiner ces variables. Contrairement aux attentes, les régressions multiples montrent que la diffusion de l'identité ( $\beta = .11, p = .48$ ;  $\beta = .28, p = .08$ ;  $\beta = .30, p = .06$ ) et les déficits dans les capacités de mentalisation ( $\beta = .16, p = .32$ ;  $\beta = -.07, p = .66$ ;  $\beta = .07, p = .66$ ) ne sont pas en mesure de prédire respectivement la gravité de la consommation problématique d'alcool, de drogues ainsi que d'alcool et de drogues combinée. Toutefois, une régression multiple indique que la gravité de la diffusion d'identité prédit la gravité des déficits dans les capacités de mentalisation ( $\beta = .57, p < .001$ ). Ces résultats confirment l'hypothèse voulant que la diffusion de l'identité soit associée aux déficits dans les capacités de mentalisation. L'auteure présente une discussion sur les impacts théoriques et cliniques de ces résultats.

*Mots clés* : Diffusion de l'identité, Mentalisation, Alcool, Drogues.

La consommation d'alcool et de drogues est un phénomène d'une ampleur considérable au Canada. En effet, 1 % de la population générale présente une dépendance aux drogues, 2 % une dépendance à l'alcool et 3 % une dépendance à l'alcool et aux drogues (Rush & Koegl, 2008). Aux États-Unis, 35 % de la population générale souffrira d'un problème d'abus et de dépendance à l'alcool et aux drogues au cours de leur vie (Kessler, et al., 2005) et 13 % en a souffert au cours de la dernière année (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas, & Walters, 2005). Certains auteurs (Allen, Fonagy & Bateman, 2008) s'intéressant aux comportements impulsifs ont élaboré une hypothèse sur ce qui pousse un individu à consommer de façon problématique de l'alcool et/ou des drogues. Ils suggèrent que ces comportements impulsifs et dommageables seraient associés à des déficits dans les capacités de mentalisation. De plus, des recherches (Bateman & Fonagy, 2008a; Bruce, Curren, & Williams, 2012; Evren, Dalbudak, Durkaya, Cetin, & Evren, 2010; Thorberg, Young, Sullivan, & Lyvers, 2009) soutiennent ce lien et démontrent que les individus qui consomment de l'alcool et/ou des drogues de façon problématique présentent davantage de déficits dans leurs capacités de mentalisation.

Selon le modèle général de la personnalité développé par Kernberg et ses collègues (Kernberg & Caligor, 2005), les capacités de mentalisation sont intimement liées au niveau de développement de l'identité. Plus exactement, Kernberg et ses collègues (2005) suggèrent qu'un individu qui fonctionne selon une identité dont le développement n'est pas achevé, soit une diffusion de l'identité, présente des déficits dans ses capacités de mentalisation. Cette proposition est d'ailleurs soutenue empiriquement par une recherche qui a montré que la Psychothérapie Focalisée sur le Transfert (Caligor, Kernberg, & Clarkin, 2007), laquelle a pour objectif d'encourager le développement de l'identité, amène une augmentation dans les capacités de mentalisation (Levy, et al., 2006b). Bien que l'on observe des liens entre les déficits dans les

capacités de mentalisation et les problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogues, d'une part, et d'autre part, entre la diffusion de l'identité et les déficits dans les capacités de mentalisation, aucune étude n'a à notre connaissance examiné les liens possibles entre ces trois variables, c'est-à-dire entre la diffusion de l'identité, les capacités de mentalisation et la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues de façon simultanée. L'objectif de cette étude est donc d'évaluer les liens possibles entre la diffusion de l'identité, les capacités de mentalisation et les problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogues chez des hommes en traitement de réadaptation. Cette étude s'inscrit dans un effort pour mieux comprendre ce qui sous-tend la gravité de la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues chez des adultes. Ainsi, les résultats de cette étude pourraient permettre (1) l'avancement des connaissances concernant les liens entre la diffusion de l'identité et les déficits dans les capacités de mentalisation chez des gens qui présentent une consommation problématique d'alcool et/ou de drogues; (2) de soutenir empiriquement certaines propositions théoriques formulées par Kernberg et ses collègues (2005), notamment concernant le lien entre la diffusion de l'identité et les capacités de mentalisation, et (3) l'amélioration des traitements de réadaptation, en permettant le développement d'interventions mieux adaptées aux variables qui influencent la gravité de la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues.

### **Capacités de mentalisation et consommation problématique d'alcool et/ou de drogues**

Le concept de mentalisation est multidimensionnel, complexe et fut utilisé par plusieurs auteurs différents (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Dans le présent document, la définition de Fonagy et de ses collègues (Allen, Fonagy & Bateman, 2008; Bateman & Fonagy, 2008; Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002) est utilisée. De façon générale, la mentalisation réfère à un processus qui permet d'interpréter ses comportements et ceux des autres en termes d'intention et

d'expériences subjectives sous-jacentes (Fonagy, et al., 2002). Il existe une vaste étendue d'états mentaux ou d'expériences subjectives tels que les désirs, croyances, besoins, pensées, affects, intentions, fantaisies, rêves, mais aussi ceux plus pathologiques tels que les hallucinations, les délires ou les états dissociatifs (Allen & al., 2008).

Plusieurs dimensions permettent de bien saisir l'étendue du concept de la mentalisation. En effet, la mentalisation est un processus (1) implicite et explicite; (2) en relation avec soi et autrui; (3) qui requiert à la fois les cognitions et les affects; (4) qui permet d'être contextualisé dans le temps et (5) qui peut être plus ou moins flexible (Allen, et al., 2008). La première dimension concerne le niveau de représentation, c'est-à-dire mentaliser de façon implicite et explicite. Mentaliser implicitement est automatique, intuitif et non conscient. Naturellement, l'individu focalise sur ses états mentaux ou ceux d'autrui sans y réfléchir. Mentaliser de façon explicite demande plus d'effort, c'est un processus conscient, contrôlé et réfléchi. Cela permet de réfléchir et d'élaborer les états mentaux (Bateman & Fonagy, 2008). Nous mentalisons de façon explicite la plupart du temps.

La seconde dimension concerne l'objet de la mentalisation, c'est-à-dire mentaliser en relation avec soi ou autrui. En fait, la mentalisation se fait toujours dans un contexte relationnelle, car on ne peut pas mentaliser un objet ou une chose (Allen, 2003). Lorsqu'une personne réfléchit à des états mentaux, elle le fait à propos de soi ou d'autrui. Mentaliser implique à la fois une conscience de soi, qui permet de prendre en considération ses propres états mentaux, et la notion d'empathie, qui permet de prendre en considération le point de vue et les états mentaux d'autrui. Allen et ses collègues (2008) rapportent qu'à l'aide de l'observation des comportements, un individu peut inférer des états mentaux à propos de soi et d'autrui. Ainsi, ces auteurs rapportent qu'un individu peut avoir une perspective objective et une perspective

subjective de lui et des autres. La perspective objective permet à un individu de prendre des indices extérieurs afin de mieux comprendre ses états mentaux et ceux d'autrui alors que la perspective subjective permet d'utiliser des indices intérieurs afin de mieux saisir ses états mentaux et ceux d'autrui. La mentalisation nécessite cette implication de soi et d'autrui dans la relation et se distingue ainsi de l'empathie à propre dit qui cible davantage le point de vue d'autrui. L'imagination est une notion centrale de la mentalisation, car elle permet d'imaginer les états mentaux sous-jacents aux comportements d'autrui.

La troisième dimension concerne l'aspect cognitif et affectif de la mentalisation. L'action de mentaliser les états mentaux intentionnels se produit à la fois cognitivement et affectivement. Mentaliser nécessite des capacités cognitives telles que l'attention et l'imagination afin de prendre conscience de ses propres états mentaux et de ceux d'autrui. Ceci implique aussi la reconnaissance des affects liés aux cognitions présentes. L'intégration des capacités cognitives et affectives permet de comprendre les états mentaux de façon complète, c'est-à-dire à la fois de comprendre les émotions et de ressentir les affects intelligiblement. Fonagy et ses collègues (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2002) ont d'ailleurs donné un nom à cette capacité de comprendre les émotions et de les ressentir clairement : la mentalisation des affects ou « *Mentalized Affectivity* ». Le processus de mentalisation des affects concerne (1) la reconnaissance et l'identification des affects, (2) la modulation des affects et (3) l'expression des affects. Ce processus complexe permet alors d'identifier, de reconnaître les affects, de les différencier des sensations corporelles, de les décrire, de les élaborer et de les analyser tout en réfléchissant à la signification de ces émotions à propos de soi et d'autrui (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2002). Ces caractéristiques permettent d'élaborer les états mentaux et surviennent, la plupart du temps, de façon ordinaire au sein du processus.

La quatrième dimension concerne l'aspect temporel de la mentalisation. La capacité d'interpréter ses comportements et ceux des autres en termes d'intention et d'expériences subjectives sous-jacentes peut survenir dans différents contextes temporels, c'est-à-dire au moment présent, passé ou futur. Un thérapeute pourrait demander à son client ce qu'il vit actuellement, se questionner sur le moment où il a vécu cela dans son passé et ensuite réfléchir à la façon dont le client pourrait se sentir prochainement, et ce, de façon fluide (Allen et al., 2008). Ainsi, la mentalisation peut s'effectuer dans le moment présent, mais aussi sur des états mentaux passés ou futurs.

La cinquième et dernière dimension qui fait suite à l'aspect temporel concerne l'aspect évolutif et flexible de la mentalisation. Plus une personne interprètera ses comportements et ceux des autres en termes d'intention et d'expériences subjectives sous-jacentes, et ce, dans le passé, présent ou futur, plus cela l'amènera à avoir une compréhension complète de l'origine de ses comportements. Les capacités de mentalisation ne sont pas statiques et peuvent évoluer et se modifier à travers le temps (Allen et al., 2008). Malgré une certaine flexibilité, la qualité des capacités de mentalisation est une caractéristique assez stable au sein des personnalités dont le développement est normal alors qu'elle se trouve instable au sein des gens présentant des psychopathologies, dont le trouble de la personnalité limite (Fonagy, et al., 2002). Ainsi, les capacités de mentalisation peuvent s'améliorer laissant place à un éventail élargi d'états mentaux et de comportements ou se restreindre en raison de difficultés cognitives ou affectives. Elles s'améliorent lorsque l'individu est curieux et tente de voir d'autres possibilités et de trouver différents sens aux comportements sous-jacents de ses propres états mentaux et de ceux d'autrui (Allen, 2003). Cependant, il se peut aussi qu'un individu n'ait pas développé cette curiosité et cette flexibilité, ce qu'on nomme alors déficit dans les capacités de mentalisation.

Les déficits dans les capacités de mentalisation surviennent entre autres lorsque qu'une ou plusieurs de ces dimensions sont altérées ou absentes (Allen et al., 2008). Selon Fonagy et ses collègues (2002), cela peut survenir dans différents contextes relationnels, mais plus fréquemment dans le contexte de relations interpersonnelles importantes pour l'individu (ex. : avec le partenaire, la famille, les amis, les collègues). Les déficits dans les capacités de mentalisation sont présents aussi chez des personnes avec différentes psychopathologies telles que la dépression majeure, le trouble bipolaire, les troubles anxieux, la schizophrénie, les troubles de la personnalité limite et la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues (Allen et al., 2008; Bateman & Fonagy, 2008). Les déficits dans les capacités de mentalisation peuvent prendre plusieurs formes, telles qu'une difficulté à identifier les affects et à les décrire ou encore une difficulté à prendre en considération le point de vue d'autrui.

En plus de présenter plusieurs dimensions, la mentalisation s'opérationnalise à l'aide de différents concepts et instruments (Allen et al., 2008). Nous avons choisi d'utiliser le Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS ; Bagby, Parker, & Taylor, 1994; Bagby, Taylor, & Parker, 1994) qui mesure l'alexithymie et l'échelle d'Adaptation Contextuelle de l'Interpersonnal Reactivity Index (IRI ; Davis, 1980) qui mesure l'empathie, choix qui émane des recommandations de Luyten, Fonagy, Lowyck et Vermot (2011). Ainsi, ces deux concepts permettent d'opérationnaliser les différentes dimensions de la mentalisation. L'alexithymie se définit comme étant (1) une difficulté à identifier ses sentiments et à les différencier des sensations corporelles; (2) une difficulté à décrire ses sentiments; (3) une limitation de la vie fantasmatique ainsi (4) qu'une pensée orientée vers l'extérieur, ou une préférence pour les sujets rationnels plutôt qu'émotionnels (Nemiah & Sifneos, 1970; Sifneos, 1973 cité dans deRick & Vanheule, 2007). Ainsi, dans ce contexte, le degré d'alexithymie permet de mesurer, en partie, les capacités

de mentalisation. Plus spécifiquement, plus le degré d'alexithymie est élevé, plus il y a de déficits dans les capacités de mentalisation. Le concept d'alexithymie est similaire au concept de déficits dans les capacités de mentalisation, car ils ont deux dimensions communes, l'aspect cognitif et affectif ainsi que la dimension de l'objet « soi ». En effet, la pensée orientée vers l'extérieur concerne l'aspect cognitif se concentrant sur une réflexion et une résolution de problème. Les difficultés à identifier et à décrire les sentiments concernent les aspects cognitif et affectif, car il s'agit d'identifier et de décrire ses propres états mentaux, plus spécifiquement les sentiments. Le concept d'alexithymie implique le « soi », c'est-à-dire que l'individu réfléchit à ses propres pensées et émotions, à ses propres états mentaux. De plus, le TAS-20 implique que l'individu réfléchisse à ses propres états mentaux dans le présent et dans le passé. Ce qui distingue l'alexithymie de la mentalisation concerne la dimension « autrui », car le concept d'alexithymie ne prend pas en considération le point de vue de l'autre, il se centre uniquement sur ce que la personne pense et ressent. De plus, l'alexithymie mesure davantage les déficits dans les capacités de mentalisation que la qualité de ces dernières a proprement dites.

L'empathie se définit comme étant une capacité affective et cognitive qui permet de reconnaître et d'identifier les expériences subjectives sous-jacentes aux comportements d'autrui via l'observation, les connaissances et le raisonnement (Decety & Jackson, 2004; Davis, 1980). Trois composantes forment le concept d'empathie : (1) une réaction affective qui implique l'état mental d'autrui, (2) une capacité cognitive d'imaginer le point de vue de l'autre, et (3) la capacité de maintenir une distinction entre soi et autrui (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Allen et ses collègues (2008) rapportent que l'empathie est le terme commun qui se rapproche le plus de l'essence de la mentalisation. Ainsi, dans ce contexte, le degré d'empathie permet de mesurer, en partie, les capacités de mentalisation. Plus spécifiquement, plus le degré d'empathie est bas, plus

il y a de déficits dans les capacités de mentalisation. Le concept d'empathie est similaire à celui de la mentalisation concernant les dimensions implicite/explicite, cognitives et affectives, de l'objet « autrui » et de l'aspect temporel. En effet, l'empathie peut être implicite ou explicite, au sens où une personne va naturellement tenter de comprendre les comportements sous-jacents aux états mentaux d'autrui, mais peut aussi se voir faire des efforts conscients pour y arriver. Aussi, l'empathie se concentre à la fois sur l'aspect cognitif et affectif, afin d'obtenir une compréhension du point de vue d'autrui à différents niveaux (pensée, émotions). De plus, être empathique cognitivement requiert l'imagination afin de se mettre à la place de l'autre (Allen et al., 2008). Aussi, la notion de temporalité s'applique au concept d'empathie, car un individu pourra tenter de comprendre le point de vue de l'autre dans le moment présent, mais aussi réfléchir à comment une personne a pu se sentir dans une situation donnée ou encore comment elle pourrait être dans une situation future. Ce qui distingue l'empathie du concept de la mentalisation concerne la dimension « soi », car l'empathie se concentre sur le point de vue d'autrui et non principalement sur ses propres états mentaux. Certes, l'empathie requiert une certaine conscience de soi, mais simplement dans le but de mieux comprendre autrui.

Ainsi, de façon plus spécifique, la mentalisation est un concept multidimensionnel qui se caractérise principalement par la capacité (1) à reconnaître ses états mentaux; (2) à les identifier; (3) à les différencier de ses sensations corporelles; (4) à les décrire ; (5) à les élaborer et à les analyser; (6) à être empathique, c'est-à-dire à reconnaître et à identifier les expériences subjectives sous-jacentes aux comportements des autres; (7) de façon implicite et explicite et (8) dans différents contextes temporels (Allen, et al., 2008; Fonagy, et al., 2002).

Les théoriciens Allen, Fonagy et Bateman (2008) ont émis l'hypothèse que des déficits dans les capacités de mentalisation entraînent des comportements impulsifs, telle la

consommation abusive d'alcool et/ou de drogues. En effet, les individus aux prises avec des déficits dans les capacités de mentalisation vivent généralement une détresse affective importante, en raison d'une difficulté à identifier, reconnaître et décrire leurs émotions, principalement négatives (Allen, et al., 2008). L'individu tentera de diminuer cette détresse par différents comportements, parfois impulsifs. D'ailleurs, plusieurs études ont montré un lien entre les concepts d'alexithymie et d'empathie, utilisés dans l'opérationnalisation des déficits dans les capacités de mentalisation, et la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues. En effet, les résultats de plusieurs études ont révélé que plus le niveau d'alexithymie est grave, plus la consommation d'alcool (Bruce et al., 2012; Evren et al., 2010; Thorberg, et al., 2009) et de drogues (Gandolphe & Nandrino, 2012; Lindsay & Ciarrochi, 2009) l'est également. Plusieurs études se sont intéressées à la prévalence de l'alexithymie au sein d'une population d'hommes ayant un problème de consommation d'alcool et/ou de drogues. Les données soutiennent le lien entre ces deux variables avec des taux d'alexithymie allant de 27 % à 75% chez des consommateurs d'alcool et/ou de drogues (Cox, Blount, & Rozak, 1998; El Rasheed, 2001; Evren, Evren, & Dalbudak, 2009; Evren, Evren, Dalbudak, Ozcelik, & Oncu, 2009; Uzun, 2003). Aussi, certains chercheurs ont comparé ces résultats à celui d'un groupe contrôle, montrant ainsi que les hommes ayant une consommation problématique d'alcool et/ou de drogues présentent un taux d'alexithymie plus élevé que la population générale. En effet, El Rasheed (2009) ainsi que Uzun (2003) rapportent des taux d'alexithymie de 5% à 21% respectivement dans le groupe contrôle et de 48% à 75% dans le groupe d'hommes ayant une consommation problématique d'alcool et/ou de drogues. De plus, une méta-analyse de 42 études cliniques et populationnelles montre que les hommes présentent des niveaux d'alexithymie

significativement plus élevés que les femmes tant chez des populations cliniques que non cliniques (Levant, Hall, Williams, & Hasan, 2009).

Aussi, certaines études révèlent que chez des consommateurs d'alcool et de drogues, le niveau d'empathie était plus bas qu'auprès de groupes contrôles (Martinotti, Di Nicola, Tedeschi, Cundari, & Janiri, 2009; Preller et al., 2013; Thoma, Friedmann, & Suchan, 2013). De même, quelques études ont montré que le degré d'empathie était significativement plus bas chez les hommes que chez les femmes en général (Ferrari, Smeraldi, Bottero, & Politi, 2014; Lengua & Stormshak, 2000; Uzefovsky et al., 2014), mais que cette différence tendrait à diminuer avec l'âge (Swickert, Robertson & Baird, 2015). Cela signifie que les hommes et les femmes plus âgés (50 ans et plus) auraient des niveaux d'empathie similaires contrairement aux femmes et aux hommes plus jeunes. Il est important de noter que l'offre de traitement pour la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues se fait régulièrement en fonction du genre de l'individu (Bride, 2004). Il existe d'importantes distinctions concernant les patrons de consommation, les substances consommées et la recherche de traitement entre les hommes et les femmes (Green, 2015). Ainsi, les différences liées au genre motivent fréquemment les centres à offrir des traitements aux femmes ou aux hommes exclusivement (Bride, 2004).

Suchman, DeCoste, Castiglioni, Legow, & Mayes (2008) ainsi que Suchman, DeCoste, Leigh et Borelli (2010) ont quant à eux étudiés le concept de la mentalisation, opérationnalisé à l'aide du concept de fonctionnement réflexif, chez des mères ayant un problème d'abus de substances. Ces chercheurs ont interrogé les mères sur la relation qu'elle entretenait avec leur enfant. Leurs résultats montrent que les mères présentaient certains déficits dans leurs capacités de mentalisation, c'est-à-dire qu'elles n'arrivaient pas à bien comprendre les expériences subjectives qui sous-tendaient leurs propres comportements et ceux de leurs enfants. Leurs

capacités de mentalisation ainsi que leur capacité à prendre soin de leur enfant auraient augmenté significativement à la suite d'une thérapie basée sur la mentalisation. Malheureusement, cette étude n'a pas été reproduite auprès d'une population masculine.

Les résultats de ces différentes études peuvent s'expliquer par le fait que les personnes ayant des déficits dans leurs capacités de mentalisation n'arrivent pas à mentaliser leurs affects, lesquels deviennent une expérience subjective diffuse, envahissante et douloureuse (Allen, et al., 2008). Selon Allen, Bleiberg, et Haslam-Hopwood (2003), cette détresse affective s'accompagne souvent de comportements impulsifs qui permettent une certaine diminution temporaire de cette détresse. Ainsi, ces comportements impulsifs, dont la consommation d'alcool et/ou de drogues, empêcheraient l'individu de vivre une expérience subjective douloureuse de façon temporaire permettant un bien-être transitoire (Allen, et al., 2003).

### **Diffusion de l'identité, déficits dans les capacités de mentalisation et consommation problématique d'alcool et/ou de drogues.**

Comme mentionnés auparavant, plusieurs chercheurs et théoriciens s'intéressent aux liens entre les capacités de mentalisation et la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues. La consommation problématique d'alcool et/ou de drogues n'est cependant pas la seule variable associée aux capacités de mentalisation. Le niveau de développement de l'identité y est aussi intimement lié.

Pour Kernberg (Kernberg & Caligor, 2005), l'identité dont le développement n'est pas achevé est appelée *diffusion de l'identité*. La diffusion de l'identité se caractérise principalement par des représentations et des affects à propos de soi et des autres polarisés et instables. Cela a pour conséquence d'amener les personnes fonctionnant selon une diffusion de l'identité à vivre une expérience subjective de discontinuité dans le temps et ainsi une difficulté à identifier et à

décrire leurs goûts, leurs opinions et leurs objectifs professionnels. Les personnes présentant une diffusion de l'identité connaissent également peu les personnes significatives de leur entourage et ont du mal à les décrire, faisant état de faibles capacités d'empathie (Kernberg & Caligor, 2005). La polarisation des représentations et des affects à propos de soi et des autres a également pour conséquence d'amener les personnes ayant une diffusion de l'identité à vivre des affects à prédominance négative, et intense, puisque très peu modulés par les affects positifs. En effet, ces personnes sont aux prises avec une faible estime de soi, une intense agressivité et des sentiments de vide intérieur, lesquels sont douloureux. Aussi, ces personnes font preuve d'une faible tolérance à l'anxiété et à la frustration et d'une impulsivité marquée (Kernberg, 1984). Kernberg et ses collègues (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 1999; Kernberg, 1975) observent que cette impulsivité se manifeste souvent chez les personnes présentant une diffusion de l'identité par une consommation problématique d'alcool et/ou de drogues. En fait, la structure limite de la personnalité se caractérise entre autres par une diffusion de l'identité et ces auteurs ont observé qu'auprès de cette clientèle, l'impulsivité s'extériorise par des comportements tels que la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues. Ainsi, la consommation d'alcool ou de drogues semble activer une sensation temporaire de bien-être, permettant une diminution des affects négatifs difficiles à tolérer (Kernberg, 1975). De cette façon, la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues serait utilisée de façon défensive par les personnes ayant une diffusion de l'identité dans le but de diminuer les affects négatifs et d'augmenter les affects positifs.

Peu d'étude a évalué les liens entre la diffusion de l'identité et la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues. En fait, la majorité des données recueillies proviennent de recherches effectuées auprès de personnes présentant une structure limite de la personnalité, au

sens où Kernberg l'entend (1984) ou un trouble de la personnalité limite. Rose et Bond (2008) ont fait une étude intéressante qui montre un lien entre une identité faiblement intégrée (comme la diffusion de l'identité) chez de jeunes adultes et le risque d'abus de substances. Ainsi, plus un individu présente une identité faiblement intégrée, plus il a de risque de consommer de façon abusive des substances. L'étude de White, Montgomery, Wampler et Fischer (2003) quant à elle montre que les personnes ayant une identité faiblement intégrée présentent plus de difficultés de rétablissement lorsqu'elles arrêtent de consommer des substances. En effet, il apparaît que les personnes ayant une identité faiblement intégrée demeurent abstinentes moins longtemps et ont un rétablissement de moins bonne qualité, c'est-à-dire qu'elles présentent des difficultés à travers diverses dimensions de leur vie à résoudre leurs problèmes.

Tel que mentionné précédemment, la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues n'est pas la seule variable associée aux capacités de mentalisation. Le développement de l'identité y est intimement lié. Rappelons que la diffusion de l'identité est en fait une structure ou une organisation psychologique comprenant des représentations de soi et d'autrui, cognitives et affectives, qui sont contradictoires, instables et polarisées (Kernberg & Caligor, 2005). La diffusion de l'identité est une structure où il y a prédominance d'affects négatifs, douloureux et qui entraînent certains comportements impulsifs, tels que la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues (Kernberg, 1975). Quant aux déficits dans les capacités de mentalisation, ils représentent l'échec des processus de la mentalisation et de l'intégration de l'identité. Cet échec peut se produire à différents niveaux c'est-à-dire qu'il peut concerner les états mentaux cognitifs et affectifs ainsi que les états mentaux à propos de soi ou d'autrui. Ainsi, ces déficits dans les capacités de mentalisation peuvent amener une difficulté à reconnaître, identifier ou décrire des affects, des pensées ou des intentions à propos de soi ou d'autrui,

occasionnant une détresse qui s'accompagne de comportements impulsifs, tels que la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues (Allen, et al., 2003). Ainsi, bien que la diffusion de l'identité soit différente des déficits dans les capacités de mentalisation par sa nature, ces deux concepts ont plusieurs points en commun, dont les dimensions cognitives, affectives et la relation avec soi et avec autrui.

Quelques chercheurs ont évalué les capacités de mentalisation au sein d'une population ayant un trouble de la personnalité ou une structure limite de la personnalité. Notons que la diffusion de l'identité représente la caractéristique dominante de l'organisation limite de la personnalité, ce qui inclut le trouble de la personnalité limite (Caligor & Kernberg, 2005). L'étude de Fisher-Kern et de ses collègues (2010) s'est intéressée aux liens entre la qualité des capacités de mentalisation et les différents niveaux de structure de la personnalité selon le modèle général de la personnalité de Kernberg. Leurs résultats montrent un lien entre le niveau d'organisation de la personnalité et la qualité des capacités de mentalisation, opérationnalisée à l'aide du concept de fonction réflexive. Plus précisément, cela signifie qu'un niveau plus élevé d'organisation de la personnalité, donc une moins grande diffusion de l'identité est reliée à des capacités réflexives plus élevées, donc de meilleures capacités de mentalisation. Levy et ses collaborateurs (2006a; 2006b) ont évalué quels étaient les changements dans les capacités de mentalisation, opérationnalisées à l'aide du concept de fonction réflexive, chez des individus en traitement pour un trouble de la personnalité limite selon trois traitements différents. Un des trois types de thérapie était la Thérapie Focalisée sur le Transfert (TFP; Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006) qui est reconnue efficace dans le traitement des troubles de la personnalité et du développement de l'identité. Les résultats de l'étude montrent que les individus ayant été traités avec la TFP, donc qui ont développé leur identité, ont présenté une augmentation de leurs

capacités de mentalisation (Levy et al., 2006b). Malgré le fait qu'il existe plusieurs études intéressantes qui ont évalué les liens entre le trouble ou la structure de personnalité limite et les capacités de mentalisation, aucune recherche n'a, à notre connaissance, étudié le lien entre le concept de diffusion de l'identité et les capacités de mentalisation.

Somme toute, il apparaît que les représentations et les affects à propos de soi et des autres polarisés, caractéristiques des personnes souffrant d'une diffusion de l'identité, occasionnent des difficultés qui s'apparentent à ce que Fonagy et ses collègues (Fonagy et al., 2002) conçoivent comme étant des déficits dans les capacités de mentalisation; difficultés à (1) à reconnaître ses pensées et ses affects; (2) à les identifier; (3) à les décrire; (4) à les élaborer et analyser; et (5) à être empathique envers les autres. Il semble également que la diffusion de l'identité laisse les individus qui en souffrent aux prises avec une prépondérance d'affects négatifs, tels qu'une faible estime de soi et des sentiments de vide intérieur et d'agressivité. Ces sentiments négatifs intenses, envahissants et difficiles à tolérer en l'absence de capacité pour les mentaliser, rendent les personnes présentant une diffusion de l'identité particulièrement à risque d'adopter des comportements impulsifs comme façon de s'en défendre, dont consommer abusivement de l'alcool et/ou des drogues. De cette façon, la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues permettrait une diminution temporaire de ces sentiments négatifs, intenses et envahissants et une augmentation de sentiments positifs.

### **Conclusion sur l'état actuel de la recherche**

Certains auteurs émettent l'hypothèse que des déficits dans les capacités de mentalisation entraînent des comportements dommageables tels que la consommation abusive d'alcool et/ou de drogues (Bateman & Fonagy, 2003). Dans le même ordre d'idée, des chercheurs ont montré que plus il y a d'alexithymie et de difficulté d'empathie, deux concepts utilisés pour opérationnaliser

les capacités de mentalisation, plus la consommation d'alcool et/ou de drogues est grave (Bruce, et al., 2012; Evren, et al., 2010; Gandolphe & Nandrino, 2012; Lindsay & Ciarrochi, 2009; Martinotti, et al., 2009; Thoma, et al., 2013; Thorberg, et al., 2009). Par ailleurs, d'autres auteurs (Kernberg & Caligor, 2005) proposent que les individus fonctionnant selon une diffusion de l'identité présentent des déficits dans leurs capacités de mentalisation. Certaines études ont montré que les individus ayant un trouble de la personnalité, donc une diffusion de l'identité, présentent également des déficits dans leurs capacités de mentalisation (Fisher-Kern et al., 2010; Levy et al., 2006a; 2006b). Enfin, Kernberg (1975) suggère que les gens ayant une diffusion de l'identité sont plus susceptibles de consommer de façon problématique de l'alcool et/ou des drogues afin de se protéger contre des affects négatifs intenses et souffrants avec lesquels ils sont aux prises. Différentes études soutiennent cette proposition et ont montré qu'une proportion élevée des personnes ayant un trouble de la personnalité limite, donc qui fonctionne selon une diffusion de l'identité, présente aussi des problèmes de consommation (abus et/ou dépendance) d'alcool et/ou de drogues (Critchfield, Clarkin, Levy, & Kernberg, 2008; Lenzenweger, Clarkin, Levy, Yeomans, & Kernberg, 2012). Dans le même ordre d'idée, quelques chercheurs ont étudié le concept d'identité (hautement et faiblement intégrée) auprès d'une population de consommateurs d'alcool et/ou de drogues, montrant qu'une identité faiblement intégrée est associée à un risque plus élevé d'abus de substances et à une plus grande difficulté de rétablissement (Rose & Bond, 2008; White, et al., 2003).

Cependant, à notre connaissance, aucune étude n'a étudié ces variables simultanément. En effet, les liens possibles entre la diffusion de l'identité, les déficits dans les capacités de mentalisation et la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues n'ont pas fait l'objet d'une même étude.

## **Objectifs et hypothèses**

L'objectif de cette étude est d'évaluer les liens possibles entre la diffusion de l'identité, les capacités de mentalisation et les problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogues chez des hommes en traitement de réadaptation.

Nous postulons que la gravité de la diffusion de l'identité et des déficits dans les capacités de mentalisation est en mesure de prédire la gravité des problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogues chez des hommes en traitement de réadaptation. Plus spécifiquement, nous postulons que plus la diffusion de l'identité et les déficits dans les capacités de mentalisation seront graves, plus les problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogues seront graves. En second, nous postulons que la gravité de la diffusion de l'identité est en mesure de prédire la gravité des déficits dans les capacités de mentalisation. Plus précisément, nous postulons que plus la diffusion de l'identité sera grave, plus les déficits dans les capacités de mentalisation seront graves.

Ces hypothèses seront vérifiées sur une base exploratoire car, à notre connaissance, aucune étude n'a considéré les liens entre la gravité de la diffusion de l'identité, des déficits dans les capacités de mentalisation et des problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogues de façon simultanée.

## **Méthodologie**

### **Participants**

Un total de 59 hommes adultes (âgés de 18 ans et plus) recevant un traitement de réadaptation à l'interne dans un centre spécialisé pour une consommation problématique d'alcool et/ou de drogues compose l'échantillon de cette étude. Les participants ont été recrutés au Centre sur l'Autre Rive. Ce centre offre des services d'hébergement et de traitement pour la

consommation problématique d'alcool et de drogues aux hommes âgés de 18 ans et plus et habitant dans la région de Salaberry-de-Valleyfield, en Montérégie. Tel que mentionné précédemment, l'offre de traitement pour la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues se fait régulièrement en fonction du genre de l'individu (Bride, 2004; Green, 2015), ce qui est le cas présentement avec une clientèle exclusivement masculine. C'est pour cette raison que le présent échantillon est composé d'hommes seulement. Les participants ont été sollicités pour participer à notre étude dès leur arrivée au centre. Environ 49 % des participants sollicités ont accepté de participer à l'étude. 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.

L'âge moyen des participants à l'étude est de 39 ans. Les participants ont obtenu en moyenne une scolarité de niveau secondaire et ont un revenu annuel moyen de 25 000 \$. De façon générale, les participants travaillent à temps plein et sont célibataires. Selon les réponses obtenues des participants à l'aide du *Michigan Alcohol Screening Test* et du *Drug Abuse Screening Test*, six hommes (10 %) souffrent de consommation problématique d'alcool seulement, 21 hommes (36 %) souffrent de consommation problématique de drogues seulement et 32 hommes (54 %) souffrent à la fois de consommation problématique d'alcool et de drogues. Ainsi, les 59 participants (100 %) présentent une consommation problématique d'alcool et/ou de drogues. Selon les réponses obtenues auprès des participants à l'aide du *Toronto Alexithymia Scale*, 15 hommes (25%) présentent probablement des déficits dans leurs capacités de mentalisation et 43 hommes (73%) présentent des déficits confirmés dans leurs capacités de mentalisation. Les données sociodémographiques et cliniques des participants sont présentées dans le Tableau 1.

## Instruments

**Diffusion de l'identité.** Le *Borderline Personality Inventory* (BPI; Leichsenring, 1999) est un questionnaire construit spécifiquement pour évaluer les principales dimensions psychologiques du concept d'organisation limite de la personnalité tel que conçu par Kernberg (1984). La version francophone de l'instrument fut utilisée dans la présente étude. Le BPI comprend 53 items évalués sur une échelle de Likert en sept points (1 = « tout à fait faux » à 7 = « tout à fait vrai ») et organisés selon quatre échelles (*Diffusion de l'identité, Mécanismes de défense primitifs, Pertes de contact avec la réalité et Peur de la fusion*). Seule l'échelle mesurant le concept de *Diffusion de l'identité*, qui est composée de 12 items, a été utilisée dans la présente étude. La *Diffusion de l'identité* évalue dans quelle mesure un individu présente des affects négatifs tels que des sentiments de vide, ainsi qu'une difficulté à reconnaître ses besoins, ses goûts, ses buts et ses ambitions. Un score élevé signifie qu'un participant présente une diffusion de l'identité plus grave comparativement à un participant obtenant un score faible. Plusieurs études démontrent les bonnes qualités psychométriques des échelles francophones du BPI ; alpha de Cronbach mesurant la cohérence interne allant de .68 à .91 pour toutes les échelles et des coefficients alpha mesurant la cohérence interne et la fidélité test-retest de .83 et de .85 respectivement pour l'échelle de la *Diffusion de l'identité* (Chabrol et al., 2004; Leichsenring, 1999; Leichsenring & Sachsse, 2002).

**Capacités de mentalisation.** Le *Toronto Alexithymia Scale* (TAS ; Bagby, Parker, & Taylor, 1994; Bagby, Taylor, & Parker, 1994) permet d'évaluer le degré d'alexithymie chez un individu. La version francophone de l'instrument a été utilisée dans la présente étude pour mesurer les capacités de mentalisation à propos de soi chez les participants. 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. 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 »). Il comprend trois échelles nommées *Difficulté à identifier les affects*, *Difficulté à décrire les affects* et *Pensée orientée vers l'extérieur*. La *Difficulté à identifier les affects* se définit par une difficulté pour la personne à reconnaître ses sentiments, à distinguer les différentes sensations corporelles et à identifier ses expériences subjectives. La *Difficulté à décrire les affects* concernent une difficulté à trouver les mots pour décrire ce que la personne ressent, et ce, même si autrui le lui demande. Quant à la *Pensée orientée vers l'extérieur*, elle réfère à une difficulté d'analyser les sentiments pour résoudre les problèmes personnels et une préférence pour des discussions axées sur un contenu rationnel plutôt qu'émotionnel. Un score total allant de 20 à 100 est obtenu pour chaque participant. Un score élevé signifie qu'un participant présente des déficits plus graves dans ses capacités de mentalisation comparativement à un participant obtenant un score plus faible. De plus, les participants ayant obtenu un score entre 20 et 44 sont considérés comme n'ayant aucun déficit dans les capacités de mentalisation alors que ceux ayant un score égal ou supérieur à 56 sont considérés comme ayant des déficits dans les capacités de mentalisation. Ceux ayant obtenu un score entre 45 et 55 sont considérés comme ayant des déficits probables dans les capacités de mentalisation (Bouvard, 2006). Des coefficients ( $\alpha$  de Cronbach) mesurant la cohérence interne allant de .62 à .88 ont été obtenus auprès d'une population de consommateurs d'alcool et de drogues (Cleland, Magura, Foote, Rosenblum, & Kosanke, 2005). La version francophone du TAS-20 (Laos et al., 1995, cité dans Bouvard, 2006) auprès d'une population de consommateurs d'alcool présente une bonne consistance interne ( $r = 0.79$ ).

L'*Interpersonal Reactivity Index* (IRI ; Davis, 1980), en version française, a été utilisé dans la présente étude pour mesurer les capacités de mentalisation à propos des autres chez les participants. L'IRI est un instrument qui mesure différentes dimensions de l'empathie, composante de la mentalisation. Il comporte 28 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'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 dans quelle mesure le participant prend en considération le point de vue de l'autre, ses besoins et ses états psychologiques. Un score faible signifie que l'individu présente une plus grande difficulté à prendre en considération le point de vue de l'autre, c'est-à-dire de plus grands déficits dans ses capacités de mentalisation comparativement à un participant obtenant un score élevé. La version française de l'IRI présente de bonnes qualités psychométriques (fidélité test-retest) comme le démontre des coefficients alpha variant entre .70 et .81 pour les échelles d'*Adaptation contextuelle*, de *Souci empathique*, de *Fantaisie* et de *Détresse psychologique* (Gilet, Mella, Studer, Grünh, & Labouvie-Vief, 2012; Gilet, Mella, Studer, Grünh, & Labouvie-Vief, 2013). La méthode « traduction » et « traduction en retour » (« *back translation* ») ainsi qu'une relecture par deux francophones d'origine a été utilisée pour valider la version francophone de l'IRI.

**Gravité de la consommation d'alcool.** La version francophone du *Michigan Alcohol Screening Test* (MAST; Selzer, 1971) a été choisi dans cette étude afin d'évaluer la gravité des problèmes de consommation d'alcool. Le MAST est un questionnaire qui comporte 22 items. Les items sont codifiés à l'aide d'une échelle dichotomique (« oui » = 1 et « non » = 0), où un

score total est obtenu en additionnant les scores aux différents items. Un score total allant de 0 à 22 est obtenu pour chaque participant. Un score élevé signifie que le participant présente une consommation d'alcool plus problématique comparativement à un participant ayant obtenu un score plus faible. Les individus ayant des scores de 0 à 2 ne présentent aucun problème de consommation d'alcool, ceux ayant des scores allant de 3 à 5 présentent une consommation à risque et ceux ayant des scores de 6 et plus présentent un problème de consommation d'alcool. Bien qu'il n'y ait pas d'étude de validation officielle de la version francophone du MAST, plusieurs études ont utilisé cette version auprès de différentes populations (Gache et al., 2005; Lejoyeux et al., 2008; Trudel et al., 2008). Toutefois, la version originale de cet instrument fait état de bonnes qualités psychométriques telles que démontrées par des coefficients de corrélations mesurant la fidélité test-retest allant de .85 à .93 et des coefficients alpha mesurant la cohérence interne allant de .83 à .93 (Gibbs, 1983; Zung, 1982).

**Gravité de la consommation de drogues.** La version francophone du *Drug Abuse Screening Test* en 20 questions (DAST-20; Skinner, 1982) a été employée dans la présente étude afin d'évaluer la gravité des problèmes de consommation de drogues chez les participants. Les questions du DAST-20 sont codifiées à l'aide d'une échelle dichotomique (« oui » = 1 et « non » = 0), où un score total est obtenu en additionnant les scores aux différents items. Un score total variant entre 0 et 20 est obtenu pour chaque participant. Un score élevé signifie que le participant présente une consommation de drogues plus problématique comparativement à un participant ayant obtenu un score plus faible. Les individus obtenant un score entre 1 et 5 ont n'ont pas de problème de consommation, ceux ayant des scores entre 6 et 10 sont considérés comme ayant un problème consommation de drogues de gravité faible, ceux ayant des scores entre 11 et 15 de gravité moyenne et ceux ayant des scores de 16 à 20 de gravité élevée. Bien que la version

francophone de cet instrument existe (Alexandre, Labrie & Rouillard, 2005), il n'y a pas d'étude de validation de cette version. Toutefois, les qualités psychométriques de la version originale de cet instrument sont bonnes, tel que démontré par des coefficients alpha variant de .74 à .95 pour la cohérence interne et un coefficient de corrélation de .78 pour la fidélité test-retest (Gavin, Ross, & Skinner, 1989). De plus, cet outil est en mesure de discriminer les consommateurs de drogues de ceux qui ne le sont pas et de mesurer spécifiquement la gravité de la consommation de drogues, tel que démontré par des scores mesurant la validité discriminante allant de 89 % à 74 % et des scores évaluant la spécificité allant de 68 % à 83 % (Yudko, Lozhkina, & Fouts, 2007).

### **Procédures**

Tous les participants ont été rencontrés dans les 4 à 5 premières semaines de leur traitement de réadaptation par l'auteure de la présente étude. Nous avons distribué aux cliniciens du Centre sur l'Autre Rive un document à lire et à présenter aux participants dès leur arrivée. Ce document explique la recherche en cours et permet d'examiner le désir de la clientèle à participer à l'étude. Lorsque les participants acceptaient, un membre de l'équipe de recherche allait les rencontrer afin de leur soumettre les différents questionnaires. En début de rencontre, il y avait lecture et adoption du formulaire de consentement auprès de la clientèle. Par la suite, participant à une recherche de plus grande envergure, les participants ont rempli à une seule reprise plusieurs questionnaires francophones, dont ceux mesurant la diffusion de l'identité (BPI), les capacités de mentalisation (TAS et IRI) ainsi que la gravité des problèmes de consommation d'alcool (MAST) et de drogues (DAST-20). Le temps nécessaire requis à la passation de l'ensemble des questionnaires était environ d'une heure trente minutes par participant. Dans le cadre de ce projet de recherche, les critères d'inclusion constituent toutes les personnes âgées de

18 ans et plus et qui présentent une consommation problématique d'alcool et/ou de drogues.

Quant aux critères d'exclusions, ils concernent toutes les personnes qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans, qui ne consomment pas d'alcool et/ou de drogues, qui présentent un état psychotique ou qui sont incapables de répondre aux questions. Un seul participant n'a pas terminé de compléter la série de questionnaires en raison de difficultés d'ordre psychologique.

### Résultats

Le Tableau 2 présente les statistiques descriptives des variables à l'étude. Afin de vérifier les liens entre la gravité de la diffusion de l'identité, des déficits dans les capacités de mentalisation et de la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues, des corrélations de Pearson ont d'abord été effectuées (voir le Tableau 3). Comme cette recherche est de type exploratoire, un seuil de signification de  $p < .001$  a été choisi afin de contrôler l'erreur de type 1. Les postulats de base des régressions multiples ont été respectés. Un seul cas extrême univarié a subi une transformation afin de satisfaire aux critères des postulats de base (Tabachnick & Fidell, 2007). Afin d'obtenir une mesure précise des déficits dans les capacités de mentalisation, un score composite a été créé à l'aide des quatre variables mesurant les déficits dans les capacités de mentalisation (*Difficulté à identifier les affects*, *Difficulté à décrire les affects*, *Pensée orientée vers l'extérieur* et *Adaptation contextuelle*). De plus, afin de maximiser les chances d'obtenir des résultats significatifs en raison de la grandeur de l'échantillon, les consommateurs d'alcool seulement, de drogues seulement et d'alcool et de drogues à la fois ont été inclus dans les analyses. Selon les critères établis par Cohen (1992), nous observons une corrélation élevée (.56) entre la diffusion de l'identité et les déficits dans les capacités de mentalisation.

Afin d'évaluer dans quelle mesure la gravité de la diffusion de l'identité et des déficits dans les capacités de mentalisation prédisent la gravité de la consommation problématique

d'alcool et/ou de drogues, des régressions multiples ont été effectuées. Les résultats montrent que la diffusion de l'identité ( $\beta = .11, p = .48$ ) et les déficits dans les capacités de mentalisation ( $\beta = .16, p = .32$ ) ne prédisent pas la gravité de la consommation problématique d'alcool. Il en est de même pour la consommation problématique de drogues, c'est-à-dire que la diffusion de l'identité ( $\beta = .28, p = .08$ ) et les déficits dans les capacités de mentalisation ( $\beta = -.07, p = .66$ ) ne prédisent pas la gravité de cette variable. Finalement, la diffusion de l'identité ( $\beta = .30, p = .06$ ) et les déficits dans les capacités de mentalisation ( $\beta = .07, p = .66$ ) ne prédisent pas la consommation d'alcool et de drogue combinée. Selon les critères établis par Cohen (1988), la taille de l'effet entre ces variables est faible pour la gravité de la consommation problématique d'alcool ( $Ra^2 = .03, p = .18$ ), de drogues ( $Ra^2 = .03, p = .16$ ) ainsi que d'alcool et de drogues ( $Ra^2 = .09, p = .03$ ).

Afin d'évaluer dans quelle mesure la gravité de la diffusion de l'identité prédit la gravité des déficits dans les capacités de mentalisation, une régression multiple a été effectuée. Les résultats démontrent que la gravité de la diffusion de l'identité est en mesure de prédire les déficits dans les capacités de mentalisation ( $\beta = .57, p < .001$ ). Selon les critères établis par Cohen (1988), la taille de l'effet entre ces variables est modérée ( $Ra^2 = .32, p < .001$ ). L'examen du Tableau 3 nous permet de conclure que plus la diffusion de l'identité est grave, plus les déficits dans les capacités de mentalisation le sont également.

### Discussion

L'objectif de cette étude était d'évaluer les liens possibles entre la diffusion de l'identité, les capacités de mentalisation et les problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogues chez des hommes en traitement de réadaptation.

**Déficits dans les capacités de mentalisation, diffusion de l'identité et gravité de la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues**

Contrairement aux attentes, les résultats de la présente étude indiquent que les déficits dans les capacités de mentalisation et la diffusion de l'identité ne sont pas reliés à la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues. La première hypothèse se voit donc infirmée. Ces résultats sont en contradiction avec la théorie de Bateman et Fonagy (2008) qui stipule que les déficits dans les capacités de mentalisation sont associés à des comportements impulsifs, tels que la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues. C'est aussi contradictoire à la proposition théorique de Kernberg qui stipule que la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues est utilisée de façon défensive par les personnes ayant une diffusion de l'identité dans le but de diminuer les affects négatifs et d'augmenter les affects positifs (Kernberg, 1984). De plus, ces résultats sont contraires à ceux de plusieurs études montrant que plus il y a d'alexithymie et de difficulté d'empathie, deux concepts utilisés pour opérationnaliser les capacités de mentalisation, plus la consommation d'alcool et/ou de drogues est grave (Bruce, et al., 2012; Evren, et al., 2010; Gandolphe & Nandrino, 2012; Lindsay & Ciarrochi, 2009; Martinotti, et al., 2009; Thoma, et al., 2013; Thorberg, et al., 2009). Ils sont aussi contraires à plusieurs autres études (DeJong, Van den Brink, Harteveld, & Van der Wielen, 1993; Rush & Koegl, 2008; Stinson, et al., 2005; Verheul, et al., 2000; Zanarini et al., 2011) qui démontrent un taux de comorbidité allant jusqu'à 91 % entre les troubles de la personnalité, dont la diffusion de l'identité est la principale caractéristique (Kernberg & Caligor, 2005), et les problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool et/ou aux drogues. Finalement, notons que ces résultats sont en contradiction à ceux de Rose et Bond (2008) ainsi que de White et ses collègues (2003) montrant un lien entre une identité faiblement intégrée, donc une diffusion de l'identité, et le risque d'abus de substances.

En comparant les données sociodémographiques de notre étude à celles des recherches citées précédemment (Bruce, et al., 2012; DeJong, et al., 1993; Evren, et al., 2010; Gandolphe & Nandrino, 2012; Lindsay & Ciarrochi, 2009; Martinotti, et al., 2009; Rush & Koegl, 2008; Stinson, et al., 2005; Thoma, et al., 2013; Thorberg, et al., 2009; Verheul, et al., 2000; Zanarini et al., 2011), il s'avère qu'une grande variabilité existe en ce qui concerne la population. Le manque de variabilité au sein de notre échantillon pourrait expliquer l'écart entre nos résultats et ceux des études citées précédemment. En effet, les participants de la présente étude sont uniquement des hommes alors que toutes les études citées ci-haut se sont concentrées sur des populations mixtes. Le pourcentage d'hommes au sein des différentes études varie grandement, soit de 23 % à 73 % (Bruce, et al., 2012; DeJong, et al., 1993; Gandolphe & Nandrino, 2012; Lindsay & Ciarrochi, 2009; Martinotti, et al., 2009; Rush & Koegl, 2008; Stinson, et al., 2005; Thoma, et al., 2013; Verheul, et al., 2000; Zanarini et al., 2011). L'homogénéité quant au genre au sein de notre échantillon pourrait influencer la présence de déficits dans les capacités de mentalisation et de diffusion de l'identité, caractéristique des gens ayant un trouble de la personnalité, en créant moins de variabilité au sein de l'échantillon. En effet, il existe des différences notables entre les hommes et les femmes concernant la consommation problématique d'alcool et de drogues (Green, 2015), l'alexithymie (Levant et al., 2009), l'empathie (Ferrari, et al., 2014; Lengua & Stormshak, 2000; Uzefovsky et al., 2014) ainsi qu'au sein de personnes présentant un trouble de la personnalité (dont la diffusion de l'identité est une des caractéristiques) en comorbidité avec une consommation problématique de substances (Trull, Jahng, Tomko, Wood, & Sher, 2010). Selon ces études, les hommes auraient tendance à consommer davantage d'alcool et de drogues, plus fréquemment, et à rechercher généralement moins de services de santé pour leur problème de consommation (Green, 2015). De plus, on note

que les hommes seraient plus alexithymiques que les femmes (Levant et al., 2009), ceux ayant moins de 50 ans seraient moins empathiques que les femmes (Ferrari, et al., 2014; Lengua & Stormshak, 2000; Uzefovsky et al., 2014) et les hommes qui consomment des substances auraient généralement plus souvent un trouble de la personnalité, plus précisément les troubles de la personnalité schizoïde, antisocial et narcissique que les femmes, qui elles, auraient plus souvent les diagnostics de trouble de la personnalité limite, évitant, dépendant, histrionique et obsessionnel-compulsif (Trull et al., 2010). Ces différences liées au genre pourraient permettre aux études citées précédemment d'obtenir une plus grande étendue en termes de variabilité concernant les déficits dans les capacités de mentalisation (niveau d'alexithymie et d'empathie) et la diffusion de l'identité (présence de différents troubles de la personnalité et de variation dans la gravité de la diffusion de l'identité) avec une population mixte. Ainsi, comme l'échantillon de cette étude est uniquement masculin, il se pourrait que ces différences liées au genre puissent influencer les liens entre les variables à l'étude en générant moins de variabilité et que cela puisse expliquer pourquoi nos résultats diffèrent des études citées précédemment.

Les résultats non-significatifs entre la diffusion de l'identité, les déficits dans les capacités de mentalisation et la gravité de la consommation problématique d'alcool et de drogues peuvent s'expliquer par le manque de variabilité dans les données à l'étude. En effet, les données sociodémographiques présentées au Tableau 1 suggèrent que 80% des participants à cette étude présente une consommation problématique d'alcool, que 90% une consommation problématique de drogues, que 54% présentent à la fois une consommation problématique d'alcool et de drogues alors que 100% de l'échantillon présente une consommation problématique d'alcool et/ou de drogues. Ainsi, comme tous les participants de cette étude présentent une consommation problématique d'alcool et/ou de drogues, cela crée peu de différence entre eux concernant ces

variables. De plus, 98 % des participants présentent des déficits dans leurs capacités de mentalisation et 100% de l'échantillon est masculin. Selon Kazdin (1980), lorsqu'il y a une certaine homogénéité au sein des participants, cela crée moins de variabilité et peut interférer avec les résultats en diminuant les chances d'obtenir des résultats significatifs. De cette façon, il est possible que le manque de variabilité en ce qui concerne les variables à l'étude explique que les résultats de la présente étude divergent des résultats attendus.

### **Diffusion de l'identité et capacités de mentalisation**

Les résultats de cette étude indiquent que la gravité de la diffusion de l'identité est reliée à la gravité des déficits dans les capacités de mentalisation, ce qui confirme la seconde hypothèse de la présente étude. Ils sont cohérents avec les résultats obtenus par Levy et ses collègues (2006a; 2006b) qui démontrent que les personnes souffrant de troubles de la personnalité limite, donc qui présentent une diffusion de l'identité, présentent également des déficits dans leurs capacités de mentalisation. Nos résultats offrent un soutien empirique à la proposition théorique de Kernberg qui suggère qu'un individu fonctionnant selon une diffusion de l'identité présente des déficits dans ses capacités de mentalisation.

En effet, il apparaît que les représentations et les affects à propos de soi et des autres polarisés, caractéristiques des personnes souffrant d'une diffusion de l'identité, occasionnent des difficultés qui s'apparentent à ce que Fonagy et ses collègues (Fonagy et al., 2002) conçoivent comme étant des déficits dans les capacités de mentalisation; difficultés (1) à reconnaître ses pensées et ses affects; (2) à les identifier; (3) à les décrire; et (4) à être empathique envers les autres. Il semble également que la diffusion de l'identité laisse les individus qui en souffrent aux prises avec une prépondérance d'affects négatifs, tels qu'une faible estime de soi et des sentiments de vide intérieur et d'agressivité.

### **Implications cliniques des résultats**

Les résultats de cette étude permettent de mettre en lumière que la diffusion de l'identité est reliée aux déficits dans les capacités de mentalisation. Ainsi, sur le plan clinique, ces résultats pourraient permettre le développement d'interventions qui auraient pour but d'augmenter le développement de l'identité et des capacités de mentalisation. Ainsi, les interventions pourraient aborder tant les aspects cognitifs qu'affectifs et être en relation avec soi et autrui. Pour atteindre cet objectif, plusieurs techniques de différentes approches théoriques peuvent être utilisées. Notons, la Thérapie Centrée sur l'Émotion (*Emotional Focused Therapy* (EFT); Greenberg 2010) s'inscrivant dans les approches centrées sur la personne (Rogers, 1947), qui préconise l'utilisation de techniques tels le « *focusing* » et la confrontation en imagination (ou la chaise vide) (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2007). Le « *Focusing* » est une technique utilisée afin d'assister les clients à se connecter à leur expérience interne dans le but d'obtenir un sens corporel de ce qui est vécu (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2007). La technique de la confrontation en imagination quant à elle permet de modifier les représentations de soi et d'autrui au moment présent afin de transformer les émotions (Greenberg, Warwar & Malcolm, 2007). Ainsi, ces techniques peuvent être utilisées dans le but d'aider les individus à se connecter à leurs expériences internes, à prendre conscience de leurs représentations de soi et d'autrui tout en ciblant l'identification des affects et des pensées.

Notons aussi des techniques empruntées à la Psychothérapie Basée sur la Mentalisation (Bateman & Fonagy, 2008a) et à la Psychothérapie Focalisée sur le Transfert (PFT; Clarkin et al., 2006), deux traitements reconnus efficaces pour augmenter les capacités de mentalisation (Bateman & Fonagy, 2008b; Levy et al., 2006b). Bateman et Fonagy (2003; 2008a) suggèrent d'utiliser des interventions de soutien empathique, de clarification et d'élaboration des états

mentaux. En effectuant le soutien empathique, le thérapeute offre un soutien au client ce qui permettrait à l'individu de se sentir soutenu, non jugé et encouragé à identifier, reconnaître, nommer et élaborer ses affects et ses pensées. La clarification permettrait au thérapeute d'aider le client à questionner et à identifier et de reconnaître ses états mentaux et ceux d'autrui. Selon Bateman et Fonagy (2003), il n'est pas suffisant de soutenir et de clarifier, quoiqu'elles soient des étapes importantes dans l'identification des états mentaux, dont les affects. L'élaboration est une intervention aussi importante, car elle permettrait au thérapeute d'élaborer les affects et les pensées, c'est-à-dire d'élaborer et de mettre en lumière ce qui précipite l'affect et les pensées au moment présent ainsi que le contexte relationnel dans lequel ces états mentaux surviennent.

La Psychothérapie Focalisée sur le Transfert (PFT) quant à elle, préconise la clarification, la confrontation et l'interprétation (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006) dans le traitement des gens ayant une diffusion de l'identité, et donc des déficits dans les capacités de mentalisation. La clarification, comme pour Bateman et Fonagy (2008a), permettrait au thérapeute d'aider le client à explorer et à identifier, reconnaître, nommer et élaborer ses états mentaux. La confrontation aiderait le client à identifier les affects et pensées contradictoires dont il n'est pas conscient. Finalement, l'interprétation permettrait au client d'élaborer ses états mentaux et ceux d'autrui encore plus profonds et inconscients permettant une compréhension plus approfondie de ce que l'individu vit. L'objectif premier serait donc d'aider le client à mieux identifier, reconnaître, nommer et élaborer ses propres états mentaux et ceux d'autrui, car selon nos résultats, c'est ce qui semble être déficitaire chez ceux qui consomment de façon problématique de l'alcool et des drogues. Cela aurait pour conséquence de diminuer l'anxiété liée aux affects et pensées négatifs non reconnus et indirectement de diminuer la consommation d'alcool et de drogues. Ainsi, le thérapeute aidera le client à reconnaître les états mentaux négatifs et positifs qu'il vit, à les

nommer, à comprendre leur origine et leur impact sur ses comportements. De ce fait, les personnes participant à de tels traitements de réadaptation pourraient davantage mentaliser leurs expériences affectives, ce qui diminuerait leur détresse affective et par conséquent, leur consommation d'alcool et/ou de drogues.

### **Conclusion**

Les résultats de cette étude font état d'associations entre la diffusion de l'identité et les déficits dans les capacités de mentalisation. En fait, la gravité de la diffusion de l'identité est reliée à la gravité des déficits dans les capacités de mentalisation.

Cette étude est très intéressante, car elle permet de valider empiriquement une proposition de Kernberg (Kernberg & Caligor, 2005) faisant état d'un lien entre la diffusion de l'identité et les déficits dans les capacités de mentalisation. Cette étude permet ainsi de mieux saisir l'impact de la diffusion de l'identité sur les déficits dans les capacités de mentalisation en sachant que la gravité de ces deux variables varie dans la même direction.

Bien que nos résultats soient à notre avis intéressants, notre étude présente certaines limites. Tout d'abord, un plus grand échantillon permettrait d'augmenter la puissance statistique de notre étude. Ainsi, cela aurait permis d'avoir un meilleur contrôle sur la puissance statistique, de mieux contrôler l'erreur de type 1 et ainsi risquer l'obtention de résultats significatifs avec un seuil de signification plus bas. En second, une autre limite de notre étude concerne l'homogénéité quant au genre de notre échantillon. En effet, notre échantillon ne comporte que des hommes. En ayant un échantillon mixte, cela augmenterait la valeur écologique de nos résultats, c'est-à-dire que nous aurions obtenu un meilleur estimé de la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues chez la population de consommateurs en réadaptation. Ensuite, une autre limite présente au sein de cette étude concerne l'absence de groupe de

comparaison provenant de la population générale. Ainsi, en comparant nos résultats à ceux de la population générale, nous pourrions augmenter la généralisation et la variabilité des résultats.

Cela augmenterait les chances d'obtenir des résultats significatifs.

Plusieurs recherches à venir pourraient compléter et bonifier les résultats de notre étude. En effet, bien que nos résultats démontrent des relations significatives entre la gravité de la diffusion de l'identité et des déficits dans les capacités de mentalisation, ils n'expliquent qu'une partie de la variance entre elles. Cela implique donc que d'autres variables que celles que nous avons examinées peuvent expliquer les associations que nous avons observées entre la diffusion de l'identité et les déficits dans les capacités de mentalisation et qui pourraient être observées avec la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues.

De futures recherches pourraient donc avoir comme objet d'étude d'autres variables telles que la régulation affective, qui pourrait être une variable modératrice entre la diffusion de l'identité et la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues. Kernberg (Kernberg & Caligor, 2005; Kernberg, et al., 2008) accorde une place importante à la régulation affective au sein de son modèle théorique, car cette dernière se développe à travers les concepts de soi et des autres qui sont liées à des expériences affectives précoces. De plus, certaines études démontrent que les individus aux prises avec une dépendance à l'alcool présentent des déficits dans leurs capacités de régulation affective (Berking et al., 2011; Stasiewicz et al., 2012). Bien que des dispositions biologiques, telles que le tempérament, puissent influencer la régulation affective, Kernberg et ses collègues (2005) rapportent que le clivage et les autres mécanismes de défense primitifs jouent un rôle majeur dans les déficits de régulation affective. Plusieurs mécanismes de défense primitifs basés sur le clivage tels que le déni, l'identification projective, l'idéalisation primitive, la dévalorisation, l'omnipotence et le contrôle omnipotent sont d'ailleurs utilisés par

les personnes ayant une diffusion de l'identité (Kernberg & Caligor, 2005). Ainsi, il serait intéressant de vérifier le lien entre ces mécanismes de défense primitifs et les déficits dans les capacités de mentalisation sachant que la diffusion de l'identité prédit les déficits dans les capacités de mentalisation. De plus, il serait intéressant d'étudier les liens entre les mécanismes de défense primitifs et la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues, sachant que l'utilisation de défenses primitives amène une polarisation des affects et que la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues est associée à l'augmentation des affects positifs et à la diminution des affects négatifs. Aussi, il pourrait être bien de vérifier les liens entre les mécanismes de défense primitifs, la diffusion de l'identité, la régulation affective et les problèmes de consommation d'alcool et de drogues. Sachant que les individus fonctionnant selon une diffusion de l'identité présentent une prépondérance d'affects négatifs et que certaines études démontrent un lien entre la régulation affective et la consommation d'alcool, il serait intéressant de vérifier l'impact de la régulation de ces affects négatifs sur le lien qui unit la diffusion de l'identité aux problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogues.

De plus, la présence d'affects négatifs, tels que le niveau d'agressivité, semble jouer un rôle déterminant pour Kernberg et ses collègues (2005), au sein de la diffusion de l'identité. Certaines études d'ailleurs démontrent que l'agressivité est un facteur de risque pour une consommation problématique d'alcool et/ou de drogues (Hofvander et al., 2011; Maloney, Degenhardt, Darke, & Nelson, 2009). De futures recherches pourraient ainsi mesurer l'impact du niveau d'agressivité comme variable médiatrice entre la diffusion de l'identité et la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues.

Également, une autre variable qui serait intéressante d'inclure aux futures recherches concerne le niveau de détresse affective. Étant donné que les individus fonctionnant selon une

diffusion de l'identité font l'expérience d'affects négatifs intenses, bruts et peu modulés par les affects positifs, cela suggère qu'ils ont un niveau de détresse affective élevé. En effet, comme le démontre l'étude de Sollberger et de ses collègues (2012), la diffusion de l'identité est associée à des affects négatifs (anxiété, dépression, colère) qui occasionnent une détresse affective. Cette variable pourrait donc être incluse afin de vérifier son impact sur les liens entre la diffusion de l'identité et la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues. Une telle étude permettrait de vérifier si le degré de diffusion de l'identité influence le niveau de détresse affective chez des individus ayant des problèmes de consommation d'alcool et/ou de drogues, ou encore, si le niveau de détresse affective influence la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues chez des individus ayant une diffusion de l'identité.

Finalement, vérifier l'impact ou la présence des troubles de la personnalité au sein des gens qui présentent une consommation problématique d'alcool et/ou de drogues pourrait être considéré, car plusieurs études démontrent un lien entre le trouble de la personnalité limite, la diffusion de l'identité et les déficits dans les capacités de mentalisation (Fonagy et al., 2011; Lenzenweger, et al., 2012; Levy et al., 2006b; Levy et al., 2012) et avec la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues (De Rick & Vanheule, 2007a, 2007b). Sachant que le trouble de la personnalité limite est associé à la diffusion de l'identité et aux déficits dans les capacités de mentalisation, il serait intéressant de comprendre dans quelle mesure les autres troubles de la personnalité sont associés à la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues. De telles recherches pourraient élargir les connaissances dans le domaine de la consommation d'alcool et/ou de drogues et contribuer au développement de nouvelles interventions auprès d'une clientèle qui consomme de l'alcool et/ou des drogues de façon problématique.

Somme toute, en étudiant ces variables de façon simultanée, c'est-à-dire la régulation affective, les défenses primitives, l'agressivité, la détresse affective et le trouble de la personnalité limite en plus de la diffusion de l'identité, des capacités de mentalisation et de la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues, il serait possible d'obtenir un modèle multidimensionnel de prédiction de la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues. Un portrait plus global et complet pourrait alors être obtenu afin de mieux saisir toutes les facettes de la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues.

Références

- Akbayrak, Burcu. (2000). A Comparison of Two Data Collecting Methods: Interviews and Questionnaires. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18, 1-10. Récupéré de <http://www.efdergi.hacettepe.edu.tr/200018BURCU%20AKBAYRAK.pdf>
- Alexandre, L., Labrie, R., & Rouillard, P. (2005). *Ma vie, mes choix : guide à l'intention des intervenants : pour aider les personnes atteintes de psychose à réduire ou cesser leur consommation d'alcool ou de drogues*. Québec, Canada : Louiselle Alexandre, Rosanne Labrie.
- Allen, J. G. (2003). Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(2), 91-112. doi: 10.1521/bumc.67.2.91.23440
- Allen, J.G., Bleiberg, E., & Haslam-Hopwood, T. (2003). *Understanding Mentalizing. Mentalizing as a Compass for Treatment*. Retrieve in December 2013 on: <http://www.menningerclinic.com/education/clinical-resources/mentalizing>
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & 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
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40. doi: 10.1016/0022-3999(94)90006-x
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 76, 187-211.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008a). 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. (2008b). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *American Journal of Psychiatry, 165*, 631-638. Doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07040636
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., & 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
- Bouvard, M. (2009). *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité (3<sup>e</sup> ed)*. Paris : Masson.
- Bride, B.E. (2001). Single-gender treatment of substance abuse: Effect on treatment retention and completion. *Social Work Research, 25*(4), 223-232. doi: 10.1093/swr/25.4.223
- Bruce, G., Curren, C., & Williams, L. (2012). Alexithymia and alcohol consumption: The mediating effects of drinking motives. *Addictive Behaviors, 37*(3), 350-352. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.11.024
- Caligor, E., Kernberg, O. F., & Clarkin, J. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- 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

- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081360
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality. Focusing on Object Relations*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy of borderline personality*. New York: Wiley.
- 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
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2<sup>nd</sup> Ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. Routledge Academic
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- Cox, W.M., Blount, J.P., & Rozak, A. M. (1998). Alexithymia and induced moods in alcohol-dependent males. *Personality and Individual Difference*, 24(1), 81-88. doi:10.1016/S0191-8869(97)00147-5
- Critchfield, K.L., Clarkin, J.F., Levy, K. N., & Kernberg, O.F. (2008). Organization of co-occurring Axis II features in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 185-200. Doi:10.1348/014466507x240731

- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85. Récupéré de [http://www.eckerd.edu/academics/psychology/files/Davis\\_1980.pdf](http://www.eckerd.edu/academics/psychology/files/Davis_1980.pdf)
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71-100. doi: 10.1177/1534582304267187
- DeJong, C. A., Van den Brink, W., Harteveld, F. M., & Van der Wielen, E. G. (1993). Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 34(2), 87-94. Doi: 10.1016/0010-440x(93)90052-6
- De Rick, A., & Vanheule, S. (2007a). Alexithymia and DSM-IV personality disorder traits in alcoholic inpatients: A study of the relation between both constructs. [doi: DOI: 10.1016/j.paid.2006.11.013]. *Personality and Individual Differences*, 43(1), 119-129.
- De Rick, A., & Vanheule, S. (2007b). Attachment styles in alcoholic inpatients. *European Addiction Research*, 13(2), 101-108. doi: 10.1159/000097940
- El Rasheed, A. H. (2001). Alexithymia in Egyptian substance abusers. *Substance Abuse*, 22(1), 11-21. doi: 10.1023/A:1026467708445
- Evren, C., Evren, B., & Dalbudak, E. (2009). Alexithymia and personality dimensions in relation to depression and anxiety in male alcohol-dependent inpatients. *Informa Healthcare*, 13(1), 3-10. doi:10.1080/13651500801932660
- Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Ozcelik, B., & Oncu, F. (2009). Childhood abuse and neglect as a risk factor for alexithymia in adult male substance dependent inpatients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(1), 85-92. doi: 10.1080/02791072.2009.10400677

- 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
- Ferrari, V., Smeraldi, E., Bottero, G., & Politi, E. (2014). Addiction and empathy: A preliminary analysis. *Neurological Sciences*, 35(6), 855-859. doi: 10.1007/s10072-013-1611-6
- Fischer-Kern, M., Buchheim, A., Hörz, S., Schuster, P., Doering, S., Kapusta, N. D., . . . Fonagy, P. (2010). The relationship between personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 27(4), 395-409. doi: 10.1037/a0020862
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press LLC.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 47-69. doi: 10.1002/imhj.20283
- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoul, S., Wenger, O., & Daeppen, J.-B. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(11), 2001-2007. doi: 10.1097/01.alc.0000187034.58955.64
- Gandolphe, M. C., & Nandrino, J. L. (2012). Dérèglements émotionnels chez les consommateurs de substances psychoactives: Une revue de la littérature. [Emotional deficits in substances consumers: A review of the literature.]. *Psychologie Française*, 57(4), 251-275. doi: 10.1016/j.psfr.2012.09.002

- Gavin, D. R., Ross, H. E., & Skinner, H. A. (1989). Diagnostic validity of the Drug Abuse Screening Test in the assessment of DSM-III drug disorders. *British Journal of Addiction*, 84(3), 301-307. doi: 10.1111/j.1360-0443.1989.tb03463.x
- 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
- Gilet, A.-L., Mella, N., Studer, J., Grünh, D., & Labouvie-Vief, G. (2012). 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*, No Pagination Specified. doi: 10.1037/a0030425
- Gilet, A.-L., Mella, N., Studer, J., Grünh, 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
- Gottdiener, W. H., Murawski, P., & Kucharski, L.T. (2008). Using the Delay Discounting Task to test for failures in ego control in substance abusers: A meta-analysis. *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 533-549. doi: 10.1037/0736-9735.25.3.533
- Green, A., C. (2015). *Gender and Use of Substance Abuse Treatment Services*. Récupéré de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh291/55-62.htm>
- Greenberg, L. J., Warwar, S. H., & Malcolm, W. M. (2008). Differential effects of emotion-focused therapy and psychoeducation in facilitating forgiveness and letting go of emotional injuries. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 185-196. doi: 10.1037/0022-0167.55.2.185

Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. *FOCUS*, 8(1), 32-42.

doi: doi:10.1176/foc.8.1.foc32

Grillo, C. M., Martino, S., Walket, M. L., Becker, D. F., Edell, W. S., & McGlashan, T. H.

(1997). Psychiatric comorbidity differences in male and female adult psychiatric inpatients with substance use disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 38(3), 155-159. doi:

[http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90068-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90068-7)

Guilbaud, O., Laos, G., Corcos, M., Speranza, M., Stephan, Ph., Perez-Diaz, F., ... Jeammet, P.

(2002). L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain: valeur en population française et francophone. *Annales Médico-psychologiques, revue*

*psychiatrique*, 160(1), 77-85. Doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S0003-4487\(01\)00134-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0003-4487(01)00134-2)

Hofvander, B., Ståhlberg, O., Nydén, A., Wentz, E., degl'Innocenti, A., Billstedt, E., . . .

Anckarsäter, H. (2011). Life History of Aggression scores are predicted by childhood hyperactivity, conduct disorder, adult substance abuse, and low cooperativeness in adult psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 185(1-2), 280-285. doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.05.008>

Kazdin, A.E. (1980). *Research design in clinical psychology*. New York: Macmillan.

Kernberg, O.F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc.

Kernberg, O. F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven/London: Yale University Press.

Kernberg, O. F. & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders in Lenzenweger, M., Clarkin J.F. (2<sup>nd</sup> Edition), *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.
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005).  
Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National  
Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-  
602. Doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K. R., Walters, E.E. (2005). Prevalence,  
severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National  
Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-  
627. Doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617c
- 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
- Lejoyeux, M., Huet, F., Claudon, M., Fichelle, A., Casalino, E., & Lequen, V. (2008).  
Characteristics of suicide attempts preceded by alcohol consumption. *Archives of Suicide  
Research*, 12(1), 30-38. doi: 10.1080/13811110701800699
- Lengua, L., & Stormshak, E. (2000). Gender, Gender Roles, and Personality: Gender Differences  
in the Prediction of Coping and Psychological Symptoms. *Sex Roles*, 43(11-12), 787-820.  
doi: 10.1023/A:1011096604861

- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2012). Predicting domains and rates of change in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(2), 185-195. doi: 10.1037/a0025872
- Levant, R. F., Hall, R. J., Williams, C. M., & Hasan, N. T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity*, 10(3), 190-203. doi: 10.1037/a0015652
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., & Kernberg, O. F. (2006a). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 481-501. DOI: 10.1002/jclp.20239
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006b). 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
- Levy, K. N., Meehan, K. B., & Yeomans, F. E. (2012). An update and overview of the empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychotherapies for borderline personality disorder. In R. A. Levy, J. S. Ablon, H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 139-167). New York, NY: Springer.
- Lindsay, J., & Ciarrochi, J. (2009). Substance abusers report being more alexithymic than others but do not show emotional processing deficits on a performance measure of alexithymia. *Addiction Research & Theory*, 17(3), 315-321. doi: 10.1080/16066350802472056

- 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, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Maloney, E., Degenhardt, L., Darke, S., & Nelson, E. C. (2009). Impulsivity and borderline personality as risk factors for suicide attempts among opioid-dependent individuals. *Psychiatry Research*, *169*(1), 16-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.026>
- Martinotti, G., Di Nicola, M., Tedeschi, D., Cundari, S., & Janiri, L. (2009). Empathy ability is impaired in alcohol-dependent patients. *The American Journal on Addictions*, *18*(2), 157-161. doi: 10.1080/10550490802544391
- Picci, R.L., Vigna-Taglianti, F., Oliva, F., Mathis, F., Salmaso, S., Ostacoli, L., ... Furlan, P. M. (2012). Personality disorders among patients accessing alcohol detoxification treatment : prevalence and gender differences. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(4), 355-363. Doi: 10.1016/j.comppsy.2011.05.011
- Preller, K. H., Hulka, L. M., Vonmoos, M., Jenni, D., Baumgartner, M. R., Seifritz, E., ... Quednow, B. B. (2014). Impaired emotional empathy and related social network deficits in cocaine users. *Addiction Biology*, *19*(3), 452-466. doi: 10.1111/adb.12070
- Richman, W.L., Kiesler, S., Weisband, S., & Drasgow, F. (1999). A meta-analytic study of social desirability distortion in computer-administered questionnaires, traditional questionnaires, and interviews. *Journal of Applied Psychology*, *84*(5), 754-775. Doi: 10.1037/0021-9010.84.5.754
- Rogers, C.R. (1947). Some observations on the organization of personality. *American Psychologist*, *2*(9), 358-368. doi: 10.1037/h0060883

Rose, D. N., & Bond, M. J. (2008). Identity, stress and substance abuse among young adults.

*Journal of Substance Use*, 13(4), 268-282. doi: 10.1080/14659890801912006

Rush, B., & Koegl, C. J. (2008). Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system. *The Canadian*

*Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 53(12), 810-821. Récupéré de <http://publications.cpa-apc.org/media.php?mid=719>

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

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

10.1016/0306-4603(82)90005-3

Sollberger, D., Gremaud-Heitz, D., Riemenschneider, A., Küchenhoff, J., Dammann, G., &

Walter, M. (2012). Associations between identity diffusion, Axis II disorder, and psychopathology in inpatients with borderline personality disorder. *Psychopathology*,

45(1), 15-21. doi: 10.1159/000325104

Stasiewicz, P. R., Bradizza, C.M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Bailey, S. T.,

... Gullier, S. B. (2012). The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive Behaviors*, 37(4), 469-476. Doi:

10.1016/j.addbeh.2011.12.011

Stinson, F. S., Grant, B. F., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Huang, B., & Saha, T. (2005).

Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United

States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related

- Conditions. [doi: DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2005.03.009]. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), 105-116.
- Suchman, N., DeCoste, C., Castiglioni, N., Legow, N., & Mayes, L. (2008). The Mothers and Toddlers Program: Preliminary findings from an attachment-based parenting intervention for substance-abusing mothers. *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 499-517. doi: 10.1037/0736-9735.25.3.499
- Suchman, N. E., DeCoste, C., Leigh, D., & Borelli, J. (2010). Reflective functioning in mothers with drug use disorders: Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attachment & Human Development*, 12(6), 567-585. doi: 10.1080/14616734.2010.501988
- Swickert, R., Robertson, S., & Baird, D. (2015). Age moderates the mediational role of empathy in the association between gender and forgiveness. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, No Pagination Specified. doi: 10.1007/s12144-014-9300-z
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. 5e ed. Boston: Pearson.
- Thoma, P., Friedmann, C., & Suchan, B. (2013). Empathy and social problem solving in alcohol dependence, mood disorders and selected personality disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(3), 448-470. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.01.024
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. [doi: DOI: 10.1016/j.addbeh.2008.10.016]. *Addictive Behaviors*, 34(3), 237-245.
- Trudel, G., Boyer, R., Villeneuve, V., Anderson, A., Pilon, G., & Bounader, J. (2008). The Marital Life and Aging Well Program: Effects of a group preventive intervention on the

- marital and sexual functioning of retired couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(1), 5-23. doi: 10.1080/14681990701635061
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R.L., Wood, P.K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorders diagnoses: Gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24(4), 412-426. doi: 10.1521/pepi.2010.24.4.412
- Uzefovsky, F., Shalev, I., Israel, S., Edelman, S., Raz, Y., Perach-Barzilay, N., . . . Ebstein, R. P. (2014). The Dopamine D4 receptor gene shows a gender-sensitive association with cognitive empathy: Evidence from two independent samples. *Emotion*, 14(4), 712-721. doi: 10.1037/a0036555
- Uzun, Ö. (2003). Alexithymia in male alcoholics: Study in a Turkish sample. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 349-352. doi: 10.1016/S0010-440X(03)00009-9
- Verheul, R., Kranzler, H. R., Poling, J., Tennen, H., Ball, S., & Rounsaville, B. J. (2000). Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in substance abusers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(2), 110-118. Doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.90050.x
- White, J. M., Montgomery, M. J., Wampler, R. S., & Fischer, J. L. (2003). Recovery From Alcohol or Drug Abuse: The Relationship Between Identity Styles and Recovery Behaviors. *Identity*, 3(4), 325-345. doi: 10.1207/s1532706xid0304\_02
- Yudko, E., Lozhkina, O., & Fouts, A. (2007). A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(2), 189-198. doi: 10.1016/j.jsat.2006.08.002
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Weingeroff, J. L., Reich, D. B., Fitzmaurice, G. M., & Weiss, R. D. (2011). The course of substance use disorders in patients with borderline

personality disorder and Axis II comparison subjects: A 10-year follow-up study.

*Addiction*, 106(2), 342-348. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03176.x

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

Tableau 1

*Données sociodémographiques et cliniques des participants à l'étude (n=59).*

Caractéristiques	N	%
Âge des participants (années)		
20-29	16	27
30-39	13	22
40-49	18	30
50-59	11	19
60 et plus	1	2
Revenu (\$ canadien)		
10 000 et moins	20	34
10 000 à 20 000	9	16
20 000 à 30 000	9	15
30 000 à 40 000	6	10
40 000 à 50 000	6	10
50 000 et plus	9	15
Niveau de scolarité		
Primaire	10	17
Secondaire	39	66
Collégial	5	9
Universitaire (1 <sup>er</sup> cycle)	2	3
Universitaire (2 <sup>e</sup> cycle)	3	5
Statut conjugal		
En relation	16	27
N'est pas en relation	43	73
Statut occupationnel		
Actif	24	41
Passif	35	59
Gravité des problèmes de consommation d'alcool		
Aucun problème	12	20
Consommation à risque	9	16
Problème de consommation	38	64
Gravité des problèmes de consommation de drogues		
Aucun problème	6	10
Gravité faible	15	26
Gravité moyenne	22	37
Gravité élevée	16	27
Consommation problématique		
D'alcool seulement	6	10
De drogues seulement	21	36
D'alcool et de drogues	32	54

Tableau 1 (suite)

*Données sociodémographiques et cliniques des participants à l'étude (n=59).*

Caractéristiques	<i>n</i>	%
Capacités de mentalisation		
Aucun déficit	1	2
Déficits probables	15	25
Déficits confirmés	43	73

Tableau 2

*Statistiques descriptives des variables à l'étude (n=59).*

Variables	<i>M (É-T)</i>
1. Diffusion de l'identité	3.15 (1.09)
2. Difficulté à identifier les affects	2.94 (0.81)
3. Difficulté à décrire les affects	3.47 (0.74)
4. Pensée orientée vers l'extérieur	3.37 (0.56)
5. Adaptation contextuelle	2.13 (0.69)
6. Gravité des problèmes de consommation d'alcool	9.95 (6.82)
7. Gravité des problèmes de consommation de drogues	11.90 (4.95)
8. Déficits dans les capacités de mentalisation	0 (2.77)

Tableau 3

*Degré d'association entre les différentes variables à l'étude mesuré à l'aide des corrélations de Pearson (n=59).*

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Diffusion de l'identité	—							
2. Difficulté à identifier les affects	0.57 <sup>***</sup>	—						
3. Difficulté à décrire les affects	0.36 <sup>**</sup>	0.58 <sup>***</sup>	—					
4. Pensée orientée vers l'extérieur	0.43 <sup>***</sup>	0.58 <sup>**</sup>	0.35 <sup>**</sup>	—				
5. Adaptation contextuelle	-0.24	-0.02	-0.09	-0.22	—			
6. Gravité des problèmes de consommation d'alcool	0.21	0.27 <sup>*</sup>	0.24	0.07	-0.04	—		
7. Gravité des problèmes de consommation de drogues	0.24	0.12	0.09	0.03	-0.02	-0.11	—	
8. Déficits dans les capacités de mentalisation	0.56 <sup>***</sup>	0.79 <sup>***</sup>	0.73 <sup>***</sup>	0.77 <sup>***</sup>	-0.48 <sup>***</sup>	0.23	0.09	—

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$