UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LES CONCEPTUALISATIONS DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE : LAQUELLE PRÉDIT MIEUX L'AGRESSION?

ESSAI DE 3e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
VALÉRIE ANGERS

JANVIER 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Dominick Gamache, Ph. D. — directeur de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation :

Dominick Gamache, Ph. D. — directeur de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Marie-Pierre Gagnon-Girouard, Ph. D. — évaluatrice interne
Université du Québec à Trois-Rivières

Johanne Dubreuil, Ph. D. — évaluatrice externe
Université du Québec à Chicoutimi

Sommaire

Le trouble de la personnalité limite (TPL) est fréquent en milieu clinique et est associé à des comportements autodestructeurs, une espérance de vie réduite et un fonctionnement psychosocial altéré. Le TPL est souvent associé à l'agression, incluant des comportements verbaux et physiques, ainsi que de la colère et de l'hostilité. Ces manifestations d'agression représentent un défi clinique important et sont fréquentes chez cette population. Toutefois, plusieurs auteurs critiquent la manière dont le diagnostic de TPL est actuellement posé. Dans un premier objectif, nous tenterons d'établir si des corrélations sont présentes entre trois conceptualisations du TPL, soit le diagnostic catégoriel du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), le score dimensionnel du questionnaire autorapporté du *Borderline Symptom List-23* (BSL-23) ainsi que le diagnostic hybride proposé dans le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5 (MATP). Le deuxième objectif sera de documenter les corrélations entre les différentes conceptualisations du TPL et les dimensions de l'agression : l'agression physique, l'agression verbale, la colère, l'hostilité, et un score global combinant ces dimensions. Nous chercherons également à examiner si l'une des conceptualisations du TPL permet d'expliquer une plus grande part de la variance de l'agression et de ses dimensions. Cette étude a été menée auprès de 287 participants francophones canadiens (133 femmes, $M_{âge}$ = 33,73 ans, *ET* = 10,54) recrutés lors de leur admission à la clinique spécialisée du Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean (CIUSSS de la Capitale-Nationale, Québec). Le recrutement comprenait des questionnaires autorapportés et une entrevue clinique avec des psychologues

expérimentés, qui menaient à un diagnostic posé en équipe. Les questionnaires qui ont été administrés sont la version francophone du *Buss-Perry Aggression Questionnaire Short Form* (BPAQ-SF), le BSL-23, le *Self and Interpersonal Functioning Scale* (SIFS) ainsi que la version francophone du *Personality Inventory for DSM-5 Faceted Brief Form* (PID-5-FBF). Des analyses descriptives, corrélationnelles et de régression hiérarchique ont été menées pour comparer les associations entre les conceptualisations du TPL et les manifestations de l'agression. Les résultats montrent que le diagnostic catégoriel du TPL est peu ou pas associé aux approches hybride et dimensionnelle, ainsi qu'à l'agression, contrairement au diagnostic hybride du MATP et au score du BSL-23. Ces derniers présentent des liens plus forts avec les différentes formes d'agression, le MATP étant globalement le plus associé aux comportements d'agression. De plus, les analyses montrent que les trois conceptualisations du TPL permettent de prédire l'agression, mais à des degrés différents. L'approche dimensionnelle (BSL-23) prédit significativement toutes les dimensions de l'agression. Le modèle hybride du DSM-5 (MATP) explique une plus grande proportion de variance pour toutes les dimensions de l'agression, notamment la colère et l'hostilité. Les analyses de validité incrémentielle confirment que le modèle hybride du MATP apporte une valeur ajoutée significative par rapport aux deux autres. Les résultats suggèrent que les approches dimensionnelle et hybride, fondées sur des questionnaires autorapportés, pourraient capter davantage les dimensions intériorisées de l'agression, tandis que l'approche catégorielle explique moins bien l'agression de façon globale. L'étude souligne ainsi les limites du modèle catégoriel et appuie l'utilité clinique des approches dimensionnelle et hybride pour évaluer le TPL.

Table des matières

Sommaire iii

Liste des tableaux viii

Remerciements ix

Introduction 1

Contexte théorique 7

Trouble de la personnalité limite (TPL) 8

Origine du diagnostic du TPL 11

Kernberg et les organisations de la personnalité 14

Évolution du diagnostic du TPL dans le DSM 19

Le TPL dans le DSM-III 20

Le TPL dans le DSM-IV 23

Conceptualisations du TPL 24

Diagnostic catégoriel basé sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) 25

Présentation du diagnostic de TPL selon le DSM-5 28

Forces et limites du modèle 31

Approche purement dimensionnelle : le Borderline Symptom List (BSL) 37

Présentation de l'instrument : le BSL-23 39

Forces et limites du questionnaire 40

Diagnostic basé sur le MATP du DSM-5 43

Changements notables entre les diagnostics catégoriels du DSM-IV et le diagnostic du MATP du DSM-5 44

Diagnostic d'un TP selon le MATP 45

Critère A 46

Critère B 48

Présentation du diagnostic de TPL selon le MATP 49

Forces et limites du modèle 53

Convergences entre le diagnostic catégoriel du TPL (Section II du DSM-5) et le diagnostic hybride du TPL par le MATP 59

Conséquences comportementales du TPL : l'agression 64

Agression physique et verbale 66

Colère 68

Hostilité 70

Liens entre les conceptualisations du TPL et l'agression 71

Agression et DSM-5 72

Agression et BSL-23 72

Agression et MATP 74

Objectifs de recherche et hypothèses 76

Objectif 1 77

Hypothèses 77

Objectif 2 78

Hypothèses 78

Méthode 81

Participants et procédure 82

Instruments de mesure 83

Plan d'analyse 86

Extraction du diagnostic du TPL pour le MATP 86

Analyses réalisées 87

Résultats 90

Discussion 101

Retour sur le premier objectif 102

Retour sur le second objectif 106

Intégration des principaux résultats de l'étude 110

Retombées, limites et avenues futures 114

Conclusion 120

Références 123

Liste des tableaux

Tableau

1 Critères de Grinker et al. (1968) pour les syndromes limites [traduction libre], adapté par Perry et Klerman (1978) 18

2 Évaluation multiaxiale selon le DSM-III (APA, 1980) 22

3 Critères diagnostiques du TPL selon le DSM-III (APA, 1980) 23

4 Données descriptives pour les trois conceptualisations du TPL et les scores du BPAQ-SF 92

5 Corrélations de Spearman-Brown pour les trois conceptualisations du TPL et les scores du BPAQ-SF 93

6 Résultats des régressions linéaires entre les trois conceptualisations du TPL et les scores du BPAQ-SF 95

7 Validité incrémentielle des trois conceptualisations du TPL quant à la prédiction de l'agression dans ses principales formes 97

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier mon directeur de recherche, Dominick Gamache, qui a su dès le départ reconnaitre mon grand intérêt pour la clinique et m'orienter vers un sujet de recherche qui m'intéresse grandement et qui me tient autant à cœur. Je suis très reconnaissante pour ta grande disponibilité, ton professionnalisme et ta passion pour ton travail. Merci de ton implication auprès de tes étudiants, de la richesse des ressources mises à notre disposition ainsi que de ta considération et de ta grande compréhension face à nos défis du quotidien qui peuvent venir teinter notre parcours doctoral.

Je souhaite également remercier David Théberge pour son aide précieuse et son accompagnement dans certaines sections de mon essai, ce qui m'a permis d'aborder les parties les plus complexes avec davantage de clarté et de rigueur.

Plus personnellement, je souhaite tout d'abord remercier mon amoureux Félix Gagnon-Dumont qui a su m'encourager et me soutenir tout au long du parcours épineux, mais enrichissant qu'est le doctorat en psychologie. Ton sens de l'humour et de l'organisation, ainsi que ton écoute et tes conseils m'ont permis de franchir les étapes clés de ce cheminement avec résilience et détermination.

Je souhaite également remercier mes amis pour votre support et votre écoute. Je ne serais pas arrivée à la fin de ce parcours sans vous.

Finalement, je tiens à remercier ma famille pour le soutien inconditionnel quant à mon choix de carrière et de parcours scolaire.

Introduction

Les troubles de la personnalité (TPs) sont reconnus comme un grave problème de santé publique dans la psychiatrie moderne à l'échelle internationale (Tyrer et al., 2010). Deux méta-analyses récentes portant sur les TPs soulignent que ceux-ci sont présents dans la population mondiale avec une prévalence entre 4,9 et 7,8 % avec un taux entre 6,4 et 9,6 % dans des pays où les revenus sont plus élevés (Shadid et al., 2025; Winsper et al., 2020). Au Québec, un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2015) suggère que la prévalence annuelle des TPs représente 3,0 pour mille habitants chez les hommes et 4,3 pour mille habitants chez les femmes. Les TPs sont associés à un fonctionnement social altéré et auraient une comorbidité élevée avec d'autres troubles mentaux (Huang et al., 2009; Lunghi et al., 2025) comme la dépression (Grant, Hansin et al., 2005; Newton-Howes et al., 2021; Tyrer et al., 2010). En effet, les personnes qui présentent un trouble de la personnalité (TP) auraient deux fois moins de chance de se rétablir d'un épisode dépressif, comparativement aux personnes qui n'auraient pas de diagnostic de TP (Tyrer et al., 2010).

Certaines études soulignent le fardeau que représentent les TPs sur la santé publique, en illustrant le taux particulièrement élevé de mortalité précoce chez les personnes qui ont un diagnostic de TP (Fok et al., 2012; Skodol, 2015), qui serait quatre fois supérieur à la population générale chez les adultes et 10 fois supérieur chez les jeunes (Fok et al., 2012). Cette dernière étude suggère également que la présence d'un TP pourrait être associée à

un risque accru de diminution de l'espérance de vie, comparativement à la population générale. Les résultats montrent respectivement que les hommes et les femmes qui présentent un TP peuvent voir leur vie raccourcie jusqu'à 17,7 et 18,7 ans respectivement. Ces données illustrent donc la grande vulnérabilité vécue par les personnes qui ont un diagnostic de TP, tout en montrant le besoin de développer des stratégies pour diminuer le risque élevé de mortalité (Fok et al., 2012). Le rapport de l'INSPQ (2015) montre également que les TPs du groupe B représenteraient des conditions aussi graves que la schizophrénie. De plus, pour les TPs du groupe B, le suicide est également la première cause de décès (plus de 20 %) et est suivi par les mêmes causes de mortalité que pour les personnes n'étant pas diagnostiquées avec un TP, soit le cancer (19 %) et les maladies circulatoires (19 %; INSPQ, 2015).

Parmi les différents TPs, les personnalités dites du groupe B (incluant les personnalités antisociale, histrionique, limite et histrionique) sont connues pour représenter une prévalence élevée dans la population générale et faire appel couramment et de manière disproportionnellement élevée au système de soins de la santé (Grant et al., 2008; Torgersen et al., 2001). Au Québec, la prévalence pour les TPs du groupe B représenterait respectivement 2,5 % chez les hommes et 3 % chez les femmes. Cette prévalence est plus basse qu'à l'échelle internationale (Tyrer et al., 2010), probablement en bonne partie en raison de la source des données du rapport de l'INSPQ (2015) qui considérait seulement une base de données médico-administrative sur une courte période. Les données proviendraient donc de patients admis en psychiatrie et non de la population

générale. Les personnes qui ont un diagnostic de TP du groupe B auraient également fréquemment recours aux services hospitaliers (INSPQ, 2015). En effet,

> près de 50 % d'entre elles ont eu soit une hospitalisation ou une visite à l'urgence au cours de l'année de leur diagnostic, et en ajoutant la visite d'un psychiatre en externe, cette proportion grimpe à 70 % qui ont donc eu recours à un service spécialisé. (INSPQ, 2015, p. 14)

Un diagnostic de TP représente également un facteur de risque pour l'agression; comparativement à la population générale, les personnes qui présentent un TP montreraient trois fois plus de risque d'adopter des comportements agressifs (Yu et al., 2012). L'agression serait davantage associée aux TPs du groupe B (Genovese et al., 2017), puisque la recherche souligne que les personnes qui présentent un TP dans ce groupe sont dix fois plus susceptibles d'avoir des antécédents criminels et près de huit fois plus susceptibles d'être incarcérées que celles présentant un autre TP (Coid et al., 2006). Les personnes présentant un trouble de la personnalité antisociale ou un trouble de la personnalité limite (TPL) présentent un plus grand risque d'adopter des comportements d'agression (Mancke et al., 2018; Zanarini et al., 2017).

Le TPL est l'un des diagnostics de TP les plus fréquents parmi les TPs du groupe B (Beckwith et al., 2014; Zimmerman et al., 2005), en plus de représenter une catégorie ayant fait l'objet de nombreuses recherches pour les défis qui y sont associés (Videler et al., 2019). Il fait partie des dix TPs « officiels » tels que décrits dans la cinquième version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013). Plus précisément, la personne qui vit avec un TPL

peut vivre des difficultés à la fois sur le plan de son identité, ainsi que sur les plans de ses relations interpersonnelles, de l'impulsivité et de la régulation de ses émotions (APA, 2013). La prévalence de ce trouble se situerait entre 0,7 et 2,7 % (Eaton & Greene, 2018; Ellison et al., 2018). Les conséquences de cette pathologie sont nombreuses, tant pour la personne qui en souffre que sur les plans sociaux et économiques (Paris, 2019). Notamment, entre 23 et 76 % des personnes ayant un TPL font des tentatives de suicide (Grilo & Udo, 2021; Kuehn et al., 2020). De plus, le taux de mortalité par suicide est plus élevé chez les personnes ayant un TPL que chez les patients atteints d'autres TPs (5,9 % contre 1,4 %; Temes et al., 2019) La prévalence de comportements agressifs sur un an pour les personnes ayant un diagnostic de TPL en l'espace d'une année serait de 73 % (Newhill et al., 2009). Il est donc important de s'intéresser à ce trouble mental, dû notamment aux nombreuses conséquences comportementales qui en découlent.

Toutefois, plusieurs spécialistes du domaine critiquent la façon avec laquelle est posé actuellement ce diagnostic (voir Mulder & Tyrer, 2023). En pratique clinique, le modèle catégoriel du DSM-5 demeure le modèle classique et largement privilégié par les professionnels pour établir un diagnostic (APA, 2013), bien que cette approche comporte plusieurs limites empiriques pour le diagnostic de TP (Clark, 2007; Clark et al., 1997; Herpertz et al., 2017; Hopwood et al., 2018). Ces lacunes, largement reconnues et documentées, ont conduit les chercheurs à s'intéresser à des modèles alternatifs, notamment dimensionnels et hybrides, susceptibles d'améliorer la compréhension et le diagnostic des TPs (Herpertz et al., 2017; Trull & Durett, 2005). Le présent projet d'essai

doctoral s'inscrit ainsi dans la continuité des travaux visant à enrichir les connaissances cliniques sur le TPL. L'essai s'attardera donc aux opérationnalisations qui sont utilisées actuellement dans la pratique clinique pour évaluer le TPL chez les individus, et visera à approfondir les forces et les limites de ces approches du TPL. Les conceptualisations du TPL qui seront considérées sont les suivantes : (1) l'approche catégorielle, représentée par le diagnostic de la Section II du DSM-5; (2) l'approche dimensionnelle, opérationnalisée par le score d'un questionnaire autorapporté, le *Borderline Symptom List-23* (BSL-23); et (3) l'approche dite « hybride » du Modèle alternatif pour les TPs du DSM-5 (MATP; APA, 2013). Les retombées de cet essai permettront d'apporter un éclairage nouveau quant à l'association entre les différentes approches d'évaluation du TPL, de même qu'à la valeur prédictive de ces conceptualisations sur une conséquence comportementale du TPL, soit l'agression et ses différentes dimensions.

Dans les prochaines sections, le contexte théorique sera d'abord présenté afin de faire état des connaissances actuelles portant sur les différentes approches pour conceptualiser le TPL et de permettre de mieux comprendre l'évolution de ce trouble et de ses conceptualisations. Ces dernières seront également présentées, ainsi que les recherches portant sur l'agression et ses liens avec le TPL. La méthode employée pour atteindre les objectifs de cette recherche sera ensuite décrite, suivie de la présentation des résultats. Ensuite, ces résultats seront discutés, avant de conclure sur les forces et les limites de l'étude.

Contexte théorique

Premièrement, nous présenterons les difficultés vécues par une personne ayant un TPL. Ensuite, dans le but de comprendre l'évolution du terme « trouble de la personnalité limite » au fil des années, une section de cet essai abordera en détail ses différentes définitions et les apports théoriques à sa conceptualisation. Trois conceptualisations du TPL, ainsi que leurs forces et leurs limites, seront explorées. Une autre section définira les types d'agression qui seront abordés dans cet essai et qui sont associés au TPL. Enfin, les objectifs de cet essai et leur pertinence seront présentés.

Trouble de la personnalité limite (TPL)

Le TPL représenterait le TP le plus communément rencontré dans la population clinique, avec une prévalence de 10 à 12 % pour les patients qui ont recours aux soins en psychiatrie, et entre 15 et 25 % des patients ayant recours aux services hospitaliers (Ellison et al., 2018; Gunderson, 2009; Torgersen, 2005). Notamment, les comportements d'automutilation, qui sont réalisés sans nécessairement avoir l'intention de mourir, et les comportements autodestructeurs, incluant les tentatives de suicide, représenteraient les plus gros défis dans le traitement (Buronfosse et al., 2024). Entre 50 et 90 % des personnes qui ont un diagnostic de TPL commettraient un geste d'automutilation (Goodman et al., 2017; Oumaya et al., 2008), alors que 75 % d'entre elles auraient effectué au moins une tentative de suicide (Goodman et al., 2017). Les personnes qui sont diagnostiquées avec un TPL présentent un taux de mortalité accru et peuvent avoir une espérance de vie

significativement plus basse que la population générale (Temes et al., 2019). Ces auteurs rapportent aussi qu'entre 5,9 et 14 % des patients qui ont un diagnostic de TPL présentent davantage de problèmes ou des risques de santé physique (p. ex., complications cardiovasculaires ou reliées à la consommation, accidents, cancer), comparativement aux personnes qui présentent un autre TP.

Des conséquences pour les personnes qui présentent un TPL peuvent être notées sur le plan de leur fonctionnement psychosocial. Les résultats de l'étude de Gunderson et de ses collègues (2011), qui consistait à suivre des personnes ayant entre autres le diagnostic de TPL pendant 10 ans, montrent que leur fonctionnement psychosocial resterait altéré de façon relativement chronique. Cette évaluation reposait sur plusieurs facteurs tels que les relations amoureuses, les relations amicales, la relation avec les parents et la capacité à occuper un emploi ou à aller à l'école. L'étude de Kay et de ses collègues (2018) visait à relever les difficultés pour les proches des personnes qui étaient diagnostiquées avec un TPL; leurs proches ont ainsi rapporté des sentiments négatifs (p. ex., honte, regret, humiliation, culpabilité), des défis sur le plan financier et des conflits conjugaux, en lien avec certains comportements impulsifs par la personne avec un diagnostic de TPL. De plus, comme les personnes qui ont un TPL peuvent nécessiter beaucoup de soins, leurs proches peuvent percevoir leur expérience de personne aidante comme étant un fardeau, en plus de souffrir eux-mêmes, par exemple d'anxiété et de dépression (Bailey & Grenyer, 2013).

La revue de la littérature de Sansone et Sansone (2012a) révèle aussi que la moitié des patients qui ont un diagnostic de TPL seraient sans emploi lorsqu'ils commenceraient un suivi. Parmi ce nombre, seulement une partie des patients seraient autosuffisants sur le plan financier. Des difficultés sur le plan professionnel seraient présentes très tôt dans le développement des personnes avec un TPL (Chanen, 2015). Des traits de TPL élevés chez des adolescents de 14 ans pourraient prédire des résultats scolaires et professionnels inférieurs à la population générale, ainsi qu'une plus grande dépendance à l'aide sociale à l'âge adulte (Winograd et al., 2008).

Le TPL engendre donc des coûts sociaux importants. Notamment, les arrêts de travail et les soins nécessaires associés au TPL sont estimés annuellement entre 25 000 $ (van Asselt et al., 2007) et 50 000 $ canadien (Grant et al., 2008). « En termes médico-économiques, la forte prévalence et le coût annuel moyen soulignent l'impact majeur de cette condition sur nos systèmes de soins » (INSPQ, 2015, p. 1).

Le TPL engendre donc de nombreuses répercussions négatives pour la personne, que ce soit sur le plan de la détresse vécue, de la qualité de vie réduite, ainsi que de l'impact négatif sur les relations amicales, amoureuses et familiales. Ces conséquences faisant partie de l'expérience des personnes qui présentent un TPL, en plus des coûts socioéconomiques qui y sont associés, cela souligne donc l'importance de s'intéresser au TPL.

Origine du diagnostic du TPL

Tout d'abord, le terme « *borderline* » est apparu dans une période où le paradigme de l'approche psychanalytique dominait dans le domaine psychiatrique (Ellis et al., 2009; Gunderson, 2009). Il est important de noter que les théories en psychologie ont tendance à évoluer en fonction des contextes politiques et culturels, qui influencent les valeurs et les hypothèses sous-tendant les théories psychologiques (Chun & Nelson, 2020). Au 19e siècle, le centre de la culture en Europe était à Vienne en Autriche. C'est à cet endroit en particulier où a eu lieu l'avancement dans la technologie de l'époque et dans la pensée sociopolitique, qui soulignait particulièrement la valeur et l'expérience de l'individu. C'est donc à cette époque que Freud a développé à la fois la théorie et la pratique de la psychanalyse (Chun & Nelson, 2020). Son modèle psychanalytique décrivait deux fonctionnements psychologiques : le névrotique et le psychotique.

La névrose serait une « affection psychogène dans laquelle les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit, dont l'origine se situe dans l'histoire corporelle du sujet; ces symptômes constituent des compromis entre le désir et la défense » [traduction libre] (Laplanche & Pontalis, 1988, p. 266). D'un autre côté, la psychose était décrite comme une condition où il y a une perturbation de la relation à la réalité (Laplanche & Pontalis, 1988); le patient peut éprouver des symptômes comme des hallucinations et de la paranoïa (Ellis et al., 2009).

À l'époque, les thérapeutes (principalement d'orientation psychanalytique) considéraient si les patients pouvaient être analysés ou non et les classifiaient sous les deux catégories de fonctionnement psychologique (Gunderson, 2009) de la théorie freudienne. D'un côté, ceux présentant des symptômes de névrose étaient considérés comme « analysables », et étaient donc considérés comme pouvant être traités par la psychanalyse, alors que d'un autre côté, ceux qui présentaient des symptômes de psychose étaient présumés comme ne pouvant être traités (Chun & Nelson, 2020; Gunderson, 2009).

Toutefois, le psychiatre Adolph Stern a posé l'hypothèse de l'existence d'un troisième groupe, le désignant sous l'appellation *borderline* (Stern, 1938). Entre autres, Stern avait observé une difficulté à traiter de façon efficace les patients qu'il classait dans ce groupe, en notant que la plupart présentaient toujours des symptômes et étaient considérés comme « malades », même après un traitement analytique. Ce clinicien a donc relevé une liste de symptômes cliniques des patients qu'il classait dans le groupe borderline. Cet auteur mentionne d'ailleurs que ces symptômes sont soit particuliers au groupe borderline, soit plus difficiles à traiter que ceux des patients qui souffrent de psychonévroses. Parmi ceux-ci, nous pouvons noter entre autres l'hypersensibilité, la rigidité psychique et physique (« personnalité rigide »), les réactions thérapeutiques négatives, des sentiments d'infériorité ressentis par le patient, le recours aux mécanismes de défense de projection et les difficultés de mise à l'épreuve de la réalité, surtout à l'intérieur des relations interpersonnelles (Stern, 1938). Par exemple, les patients de ce groupe pourraient également avoir tendance à adopter des réactions fortes face aux interprétations du thérapeute qui pourraient permettre une

compréhension de leur vécu. Parmi ces réactions, Stern nomme la colère, le découragement, l'anxiété, et les réactions pourraient aller jusqu'à la dépression, aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide. Ainsi, chez ce groupe de patients, une posture d'exploration est peu fréquente, puisque ceux-ci ont généralement tendance à percevoir les interprétations comme un signe de désintérêt ou de manque d'affection de la part de leur analyste (Stern, 1938). Un autre exemple de symptôme est la difficulté des patients du groupe borderline face à l'épreuve de réalité. Stern (1938) spécifie qu'une des caractéristiques de ce groupe, qui apparait en premier au sein de la relation transférentielle, est la dépendance au thérapeute analyste. Le transfert peut être décrit comme un processus où les désirs inconscients s'actualisent dans la relation thérapeutique durant le traitement (Laplanche & Pontalis, 1988). Le transfert peut donc faire réémerger chez le patient des patrons ou des expériences infantiles dans l'immédiat, notamment avec son analyste. Dans le contexte des patients du groupe limite, ceux-ci peuvent donc voir et accepter l'analyste comme un « dieu ou un magicien personnel ou corporel » [traduction libre] (Stern, 1938, p. 343). La dépression, l'angoisse et la colère peuvent donc survenir lorsqu'ils perçoivent l'analyste, autrement vu comme objet d'amour, comme hostile (Stern, 1938). L'auteur décrit que ce changement peut créer une confusion chez le patient et que celui-ci tentera de reconstruire l'ancienne relation, en ayant besoin que l'analyste le rassure et aide à expliquer ce changement d'humeur (Stern, 1938). Ce serait donc dans cette phase du transfert que Stern mentionne que certains patients du groupe borderline peuvent se rapprocher d'un état psychotique, et donc, avoir un sens de la réalité parfois perturbé. Les symptômes des patients de ce groupe peuvent se retrouver à la fois dans le fonctionnement névrotique et psychotique. C'est

pourquoi Stern a décrit la symptomatologie des patients du groupe borderline comme une condition qui se situe à la frontière de la névrose et la psychose (Chun & Nelson, 2020; Stern, 1938). Par la suite, Stern, puis le psychanalyste Robert P. Knight (1953), ont également identifié les réactions régressives de ce groupe de patients face à des traitements non structurés. Knight recommande ainsi le recours à l'entretien diagnostique psychiatrique en face à face, plutôt qu'à l'entretien d'association libre sur le divan, afin d'offrir un cadre plus structuré. Ce cadre permettrait d'éviter que le patient ne se retrouve dans une situation trop peu contenante, livré à ses pensées et ses fantasmes, ce qui peut se révéler particulièrement déstabilisant chez ce groupe de patients.

Stern, puis Knight, ont donc donné le premier sens au terme « borderline » dans un contexte clinique (Gunderson, 2009). Le terme « borderline » serait donc resté une appellation couramment employée dans la communauté psychanalytique (Stone, 1980), étant utilisé rarement et de manière incohérente jusqu'au début des années 1970 (Gunderson, 2009).

Kernberg et les organisations de la personnalité

Une nouvelle avancée dans la compréhension des patients associés au terme « limite » a été réalisée en 1967 par l'approfondissement de ce concept par le psychanalyste Kernberg. S'intéressant aux limites de l'analysabilité, Kernberg (1967) a tenté de décrire la symptomatologie, la structure et des aspects génétiques et dynamiques des TPs associés au terme « borderline ». Il introduit donc le terme « organisation de la personnalité

limite » [traduction libre] (Kernberg, 1967, p. 641) pour désigner une organisation de la personnalité stable, qui se situerait entre la névrose et la psychose (Kernberg, 1968).

À l'époque, Kernberg (1967) a décrit une confusion dans les écrits de la littérature scientifique concernant les patients qui étaient associés au terme « borderline ». Les patients qui régressaient d'une symptomatologie névrotique à des symptômes psychotiques de façon transitoire, ainsi que ceux qui maintenaient un fonctionnement stable à un niveau entre la névrose et la psychose, étaient tous les deux considérés faisant partie du même groupe borderline. Contrairement à ce qui était écrit dans la littérature auparavant, Kernberg (1967) mentionne que l'organisation de la personnalité limite ne devrait pas être considérée comme un état qui fluctue entre ces deux autres organisations, mais que le terme devrait être utilisé pour désigner seulement les patients qui présentent une organisation de la personnalité stable, qui ne pourrait être caractérisée ni de névrose ni de psychose.

Les personnes dans ce groupe doivent présenter des symptômes, des défenses, une pathologie des relations d'objet et de la « génétique dynamique » [traduction libre], qui sont caractéristiques de l'organisation de personnalité limite (Kernberg, 1967). Il serait toutefois important de noter que les patients dans l'organisation limite peuvent démontrer de façon superficielle des symptômes qui s'apparenteraient à ceux dans l'organisation névrotique. Kernberg (1967) recommande donc une certaine prudence dans le diagnostic.

Kernberg (1967) élabore que la présence de minimalement deux ou trois symptômes permet d'émettre l'hypothèse qu'une personne se situe dans l'organisation limite. Parmi ces symptômes, Kernberg (1967) mentionne les suivants : (1) une anxiété chronique et diffuse; (2) des névroses dites polysymptomatiques, comme les phobies, les symptômes obsessionnels compulsifs, les symptômes de conversion multiples ou bizarres, les réactions dissociatives, l'hypocondrie, les symptômes névrotiques avec des tendances paranoïaques et hypocondriaques; (3) différentes tendances de perversions sexuelles; (4) les structures prépsychotiques classiques, comme les personnalités paranoïaque, schizoïde, hypomaniaque et « cyclothymique »; (5) des impulsions névrotiques et des dépendances; ainsi que (6) les pathologies de caractère de « bas niveau » (p. ex., personnalité narcissique), qui sont considérées comme étant plus graves, « chaotiques » et impulsives, et utilisent de façon marquée des mécanismes de défense primitifs, comme la projection.

Kernberg (1967) suggère toutefois que la décision quant à un diagnostic d'organisation de personnalité limite dépend de l'analyse structurale. Celle-ci serait définie en fonction de (1) la force du moi et ses mécanismes de défense; ainsi que (2) la pathologie des relations d'objet internalisées (Kernberg, 1967, 1968). Trois caractéristiques intrapsychiques seraient donc observables pour les patients se situant dans l'organisation de la personnalité limite : (1) la diffusion de l'identité; (2) les mécanismes de défense primitifs (p. ex., le clivage, le déni, et la projection); et (3) le principe de réalité en général intact, mais qui peut devenir vulnérable lors de moments de stress. Kernberg (1967) suggère donc que l'organisation de la personnalité limite représenterait un niveau intermédiaire entre la psychose, le niveau

d'organisation de la personnalité considéré comme le plus grave et le niveau névrotique, représentant l'organisation de la personnalité la moins grave[1]. Une autre importante contribution de Kernberg est la suggestion que les personnes qui se situent dans l'organisation limite peuvent bénéficier d'un traitement à l'aide d'une adaptation de la psychothérapie analytique (Gunderson et al., 2011; Kernberg, 1968).

Après donc plusieurs décennies à la suite de l'apparition du terme « limite », ainsi qu'un approfondissement de la compréhension des difficultés des patients associés à cette étiquette par Kernberg (1967), des changements significatifs sont survenus dans le domaine de la psychiatrie. Ceux-ci sont reliés à l'avènement de la psychiatrie descriptive et de la psychopharmacologie (Gunderson, 2009). Notamment, le neurologue et psychiatre Grinker, ainsi que ses collègues (1968), ont tenté de décrire les patients qui avaient l'étiquette « limite » sous forme de syndrome dans un livre appelé *The Borderline Syndrome*. Dans leur étude, ils ont donc recensé 93 variables observables chez approximativement 60 patients hospitalisés en utilisant une analyse de clusters (Grinker et al., 1968; Stone, 1980). Leur approche consistait à se concentrer sur les fonctions du moi, autrement appelées des points de fixation, chez des patients qui avaient un fonctionnement considéré comme perturbé. Ces patients pouvaient présenter différents troubles, notamment des caractéristiques de schizophrénie, de maniaco-dépression et des cas « limites » (Stone, 1980). L'analyse de cluster a révélé quatre groupes distincts, comme démontré dans le Tableau 1.

[1] Dans ses théorisations ultérieures, Kernberg (2004) a introduit la structure de la personnalité normale, qui représente désormais la structure de la personnalité la moins grave.

Tableau 1

Critères de Grinker et al. (1968) pour les syndromes limites [traduction libre], adapté par Perry et Klerman (1978)

1. Caractéristiques communes
   A. La colère est le seul ou le principal affect
   B. Déficience dans les relations affectives (interpersonnelles)
   C. Absence d'une identité cohérente
   D. La vie est caractérisée par la dépression

2. Caractéristiques des quatre sous-types
   A. Type I : la frontière psychotique
      1. Comportement inapproprié, non adapté
      2. Déficience de l'identité et du principe de réalité
      3. Comportement négatif et colère exprimée
      4. Dépression

   B. Type II : Le cœur du syndrome limite
      1. Implication vacillante avec les autres
      2. Colère sous forme d'agir
      3. Dépression
      4. Identité de soi non cohérente

   C. Type III : les personnes « comme si », adaptatives, sans affect, défensives
      1. Comportement adaptatif et approprié
      2. Relations complémentaires
      3. Peu d'affect : manque de spontanéité
      4. Défenses d'évitement et d'intellectualisation

   D. Type IV : la frontière avec les névroses
      1. Dépression anaclitique
      2. Anxiété
      3. Ressemblance au caractère névrosé et narcissique

Source : Stone (1980, p. 29).

L'apport de Grinker et de ses collègues (1968) sur le syndrome « limite » a pu être repris dans un contexte plus large par Gunderson et Singer (1975), qui ont publié une

revue de ce syndrome et évalué sa place dans la littérature (Gunderson, 2009). Gunderson et Singer ont donc identifié « des descripteurs potentiels dans les domaines des affects dysphoriques, des actions impulsives, des relations interpersonnelles, des cognitions de type psychotique et de l'inadaptation sociale » [traduction libre] du syndrome limite (Skodol et al., 2002, p. 937). De cette revue de la littérature, une analyse discriminante d'un échantillon de patients « limites » a été effectuée (Gunderson & Kolb, 1978) afin de trouver sept critères qui pouvaient distinguer les patients du groupe limite de ceux des groupes de comparaison. Par la suite, Spitzer (Spitzer et al., 1979) a réalisé une enquête auprès de psychiatres qui a mené à l'identification de huit critères jugés utiles afin de définir le TPL comme un syndrome clinique. Ces critères ont donc été utilisés pour élaborer le diagnostic psychologique du TPL dans le DSM-III (Skodol et al., 2002).

En résumé, depuis Kernberg (1967, 1968), les apports de plusieurs auteurs au terme « limite » ont donc permis à celui-ci d'être élaboré sous forme de critères dans le DSM afin qu'il soit reconnu comme un diagnostic psychologique. L'évolution du TPL dans les différentes versions du DSM sera abordée plus en profondeur dans la prochaine section.

Évolution du diagnostic du TPL dans le DSM

La première version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* a été publiée en 1952 et était influencée par l'approche psychanalytique (DSM-I; APA, 1952). Les troubles mentaux, à cette période, étaient conçus comme des réactions conscientes ou inconscientes face à des facteurs psychologiques, sociaux et biologiques (Chun &

Nelson, 2020). Une deuxième version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* a ensuite été publiée en 1968 (DSM-II; APA), dans laquelle le terme « réaction » a été retiré dans la catégorisation des troubles mentaux (APA, 1994). La deuxième version du DSM s'est moins basée sur les théories et s'est appuyée davantage sur les recherches empiriques (Weinberg, 2020).

À l'époque des publications des DSM-I et DSM-II, le TPL représentait toujours un terme familier dans la communauté psychanalytique, ainsi qu'une condition instable qui ne pouvait être traitée (Gunderson, 2009). L'identification des sept critères de Gunderson et Kolb (1978), ainsi que le concept de diffusion de l'identité (Grinker et al., 1968; Kernberg, 1967), auraient été pris en compte dans l'élaboration sous forme de critères pour le diagnostic psychologique du TPL (Skodol et al., 2002), qui a fait sa première apparition dans le DSM-III (APA, 1980).

Le TPL dans le DSM-III. Publié en 1980, le DSM-III s'est montré innovateur, comparativement aux éditions précédentes du DSM, en énumérant des critères descriptifs précis pour les diagnostics des troubles mentaux (Krueger & Hobbs, 2020). Ces auteurs suggèrent également que le système multiaxial a été perçu comme une innovation à l'époque, qui mettait en valeur les diagnostics catégoriels de TPs pour favoriser la description des cas cliniques. Le système multiaxial était donc recommandé par le DSM-III pour s'assurer que toutes les informations soient prises en compte pour la planification du traitement, en divisant l'évaluation en cinq domaines d'informations

(APA, 1980). L'utilisation de cette classification permettait d'assurer au clinicien de porter son attention sur plusieurs types de troubles qui n'auraient pas été explorés en focalisant sur l'évaluation d'un seul problème. Les TPs et les troubles développementaux spécifiques y sont séparés des autres troubles mentaux et placés sur l'Axe II. Ce système avait été instauré dans le but de reconnaitre la coexistence des TPs et leur possible influence sur les autres troubles mentaux (Frances, 1980). L'Axe I et l'Axe II incluent donc, dans cette classification, l'ensemble des troubles mentaux (APA, 1980). L'évaluation des individus était donc réalisée en fonction en tenant compte de chacun des axes, comme montré dans le Tableau 2.

Le diagnostic du TPL faisait donc partie des TPs qui étaient évalués dans l'Axe II selon le DSM-III, et était posé en fonction de huit critères énumérés, qui doivent être « des caractéristiques du fonctionnement actuel et à long terme de l'individu, ne se limitant pas à des épisodes de maladie et qui entrainent soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel, soit une détresse subjective » [traduction libre] (APA, 1980, p. 322-323). Si la personne est âgée de moins de 18 ans, elle ne doit pas répondre aux critères du trouble de l'identité, un diagnostic dont la principale caractéristique était la détresse de la personne concernant de l'incertitude face à la cohésion des différents aspects de son identité (p. ex., les choix à long terme, le choix de carrière, orientation et comportement sexuel; APA, 1980). Les huit critères diagnostiques du TPL peuvent être retrouvés dans le Tableau 3.

Tableau 2

Évaluation multiaxiale selon le DSM-III (APA, 1980)

Axe I
– Syndromes cliniques
– Conditions qui ne sont pas attribuables à un trouble mental, qui peuvent être le focus d'une attention particulière ou d'un traitement
– Codes additionnels
Axe II
– Troubles de la personnalité
– Troubles développementaux spécifiques
Axe III
– Conditions ou troubles physiques
Axe IV
– Sévérité des stresseurs psychosociaux
Axe V
– Niveau le plus élevé de fonctionnement adaptatif au cours de l'année écoulée

En 1987, une version révisée du DSM (DSM-III-R) a été publiée, en raison de plusieurs inconsistances relevées dans le système et un manque de clarté dans certains critères diagnostiques du DSM (APA, n.d.) en publiant la version révisée du DSM-III (DSM-III-R; APA, 1987). Certains critères du TPL ont donc pu être mieux élaborés afin de le distinguer d'autres troubles connexes, comme les troubles affectifs et le trouble de la personnalité narcissique (voir Skodol et al., 2002, pour l'évolution détaillée des changements).

Tableau 3

Critères diagnostiques du TPL selon le DSM-III (APA, 1980)

No.	Symptômes
(1)	Impulsivité ou imprévisibilité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement préjudiciables à soi-même, p. ex., les dépenses, la sexualité, les jeux d'argent, la consommation de substances, le vol à l'étalage, la suralimentation, les comportements autodestructeurs
(2)	Un patron de relations interpersonnelles instables et intenses, p. ex., des changements d'attitude marqués, l'idéalisation, la dévalorisation, la manipulation (utilisation systématique des autres à ses propres fins)
(3)	Colère inappropriée, intense ou manque de contrôle de la colère, p. ex., manifestations fréquentes de colère, colère constante
(4)	Perturbation de l'identité, qui est manifestée par plusieurs questions liées à l'identité telles que l'image de soi, l'identité sexuelle, les objectifs à long terme ou le choix de carrière, les modèles d'amitié, les valeurs et les loyautés, p. ex., « Qui suis-je », « Je me sens comme ma sœur quand je suis bien. »
(5)	Instabilité affective : changements marqués de l'humeur normale à la dépression, irritabilité ou anxiété, qui durent généralement quelques heures et rarement plus de quelques jours, avec un retour à l'humeur normale
(6)	Intolérance à la solitude, p. ex., efforts frénétiques pour éviter d'être seul, dépression en cas de solitude
(7)	Actes d'autodestruction physique, p. ex., gestes suicidaires, automutilation, accidents récurrents ou bagarres physiques
(8)	Sentiments chroniques de vide ou d'ennui

Le TPL dans le DSM-IV. En 1994, la quatrième version du DSM a été publiée, en conservant le système multiaxial proposé par le DSM-III pour l'évaluation des troubles mentaux. Toutefois, seuls les TPs ainsi que le retard mental représentaient l'Axe II dans le DSM-IV. Les changements dans le diagnostic du TPL restent modestes (Gunderson, 2009). Un ajout au diagnostic du TPL dans le DSM-IV est le neuvième critère, qui est caractérisé par l'idéation paranoïaque transitoire liée au stress ou la présence de symptômes dissociatifs graves. Ces symptômes seraient d'ailleurs les plus communs

parmi les symptômes cognitifs ou perceptuels chez le TPL, puisqu'entre 67 et 80 % des personnes avec le diagnostic vivraient des symptômes dissociatifs (Korzekwa et al., 2009; Krause-Utz et al., 2018). Ces symptômes dissociatifs pourraient augmenter la spécificité du diagnostic du TPL, en se présentant plus rarement dans d'autres groupes diagnostiques (Skodol et al., 2002).

Les critères du DSM-IV pour le TPL ne seront pas énumérés dans cette section, puisqu'aucun changement n'a été apporté dans les critères diagnostiques du TPL dans le DSM-5 (voir *Présentation du diagnostic de TPL selon le DSM-5).* Le système multiaxial a également été aboli pour l'évaluation des troubles mentaux pour le DSM-5, puisqu'il a été jugé comme n'étant pas nécessaire pour poser un diagnostic de trouble mental (APA, 2013). La version révisée du DSM-5 (DSM-5-TR; *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*) a été publiée en 2022, sans changement au diagnostic du TPL.

Conceptualisations du TPL

Dans la prochaine section, nous présenterons respectivement les différentes conceptualisations du TPL qui seront à l'étude dans cet essai. Nous commencerons par l'approche catégorielle, représentée par le diagnostic catégoriel du DSM-5 (APA, 2013), suivie de l'approche dimensionnelle, représentée par le score d'un questionnaire autorapporté, le BSL-23 (Bohus et al., 2007). Nous terminerons cette section avec l'approche dite « hybride » du MATP du DSM-5 (APA, 2013).

Diagnostic catégoriel basé sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)

Le DSM-5 a été lancé en 2013 dans un contexte de controverse sur la façon de définir les TPs, alors qu'un débat faisait rage dans la communauté scientifique à savoir s'ils étaient mieux conceptualisés en tant qu'entités catégorielles ou en tant que combinaison de dimensions extrêmes de la personnalité (Sharp & Fonagy, 2015). Malgré le manque de consensus dans la littérature et les nombreuses critiques sur cette façon de conceptualiser les TPs, le système catégoriel est encore largement utilisé par les cliniciens dans leur pratique pour formuler un diagnostic (APA, 2013). Ce manuel permet de distinguer les troubles mentaux en différentes catégories afin de pouvoir servir de référence et de guide pour les professionnels dans le domaine de la santé mentale. Chaque trouble peut être catégorisé en fonction de critères, ce qui permet d'aider le clinicien à l'élaboration de diagnostics. Bien que les critères diagnostiques puissent servir de guides pour poser des diagnostics psychologiques, le clinicien doit également se fier à son jugement clinique pour l'usage de ceux-ci.

Le diagnostic de trouble mental doit avoir une utilité clinique, c'est-à-dire qu'il doit permettre au clinicien de se prononcer sur un pronostic, sur des stratégies de traitement et sur les résultats découlant du traitement (APA, 2013). Toutefois, il est essentiel de souligner que l'évaluation du traitement nécessaire, relevant d'une décision clinique, demeure complexe. Les cliniciens doivent prendre en compte la sévérité et la saillance des symptômes (p. ex., si le patient présente des idées suicidaires), la souffrance vécue en lien avec les symptômes, les avantages et les risques en fonction des traitements considérés. Il y

a également la possibilité qu'un clinicien rencontre un individu qui ne remplisse pas tous les critères diagnostiques pour un trouble mental en particulier. Le DSM-5 mentionne toutefois que ce fait ne doit pas être utilisé pour refuser une prise en charge en santé mentale.

Le diagnostic des TPs « officiel » selon le DSM-5 est actuellement formulé sous forme catégorielle (APA, 2013). Selon cette approche, le clinicien doit déterminer s'il y a présence d'un nombre suffisant de critères diagnostiques énumérés afin de poser le diagnostic psychologique d'un TP. Afin de garantir que chaque critère diagnostique soit évalué, le clinicien peut également faire appel à des entrevues semi-structurées mises au point par les chercheurs (Widiger et al., 2024) comme la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders Personality Questionnaire* (SCID-II-PQ; First et al., 1997) ou la *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders* (SCID-5-PD; First et al., 2015). La perspective catégorielle propose que chaque TP représente un syndrome clinique distinct, avec un nombre de critères minimum à répondre pour chacun de ceux-ci. Un syndrome clinique, par définition, est un « ensemble de signes et de symptômes reposant sur la fréquence de leur survenue conjointe, ce qui fait évoquer une pathogénie, une évolution, des aspects familiaux ou des choix thérapeutiques sous-jacents communs » (APA, 2013, p. 1074). Les syndromes peuvent être reconnus ou non comme faisant partie d'une pathologie chez les gens d'une culture en particulier. Toutefois, les groupes de caractéristiques pathologiques peuvent être identifiés par un observateur extérieur.

Le TPL fait partie des dix TPs tels que retrouvés dans la Section II du DSM-5 (APA, 2013). Ceux-ci peuvent être définis de façon générale comme des modalités durables d'entrée en relation, de l'expérience vécue et des conduites. Elles peuvent être considérées comme déviantes par rapport à ce qui est attendu dans la culture. De surcroit, ces modalités doivent se retrouver dans au moins deux de ces domaines qui sont constitués des cognitions, de l'affectivité, du fonctionnement des relations interpersonnelles ou du contrôle des impulsions (Critère A). Les modalités sont considérées comme étant rigides et vont se manifester dans une variété de situations de l'expérience personnelle et sociale de l'individu (Critère B). Elles peuvent engendrer une souffrance significative ou une altération de son fonctionnement dans plusieurs sphères de sa vie, comme dans son travail ou ses relations sociales (Critère C). Le mode de fonctionnement est stable et prolongé, et ses manifestations peuvent être décelées au plus tard dans l'adolescence, ou au début de l'âge adulte (Critère D). Il n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental (Critère E) et n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale (Critère F).

Le DSM-5 présente les TPs en les classant en fonction de similitudes selon trois groupes. Dans le groupe A se retrouvent les personnalités paranoïaque, schizoïde et schizotypique. Selon l'APA (2013), les individus qui présentent ces types de personnalité peuvent paraitre bizarres ou excentriques. Ensuite, le groupe B comprend les personnalités antisociale, limite, histrionique et narcissique. Les personnes qui ont un diagnostic de TPs dans ce groupe peuvent se montrer théâtrales et émotives. Le groupe C inclut les

personnalités évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive, pour lesquelles les individus peuvent sembler plus anxieux ou craintifs. Le DSM-5 mentionne toutefois que ces regroupements peuvent montrer certaines limites et qu'ils n'ont pas été validés de façon systématique.

Présentation du diagnostic de TPL selon le DSM-5

La Section II du DSM-5 définit le TPL comme un mode d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, accompagné d'une impulsivité marquée. Ce mode d'instabilité commence vers le début de l'âge adulte et est présent dans plusieurs situations. Pour poser le diagnostic, le clinicien doit retrouver cinq des neuf critères suivants chez l'individu.

Le premier critère selon le DSM-5 (APA, 2013) est caractérisé par des efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (1). En effet, les individus répondant à ce critère sont sensibles à l'environnement autour d'eux et peuvent ressentir une grande peur d'être abandonnés, ainsi qu'une colère provoquée par cet abandon. Il peut donc y avoir une modification de l'image personnelle, des émotions, des cognitions, ainsi que des comportements lorsque la personne perçoit une séparation, un rejet, ou le sentiment de perdre une structure externe, et ce, même si la séparation peut être compréhensible (p. ex., un retard ou une modification dans l'horaire, la fin d'une rencontre). Cette peur d'être abandonné est liée à l'intolérance à être seul, et peut même engendrer des comportements

suicidaires, qui ne doivent toutefois pas être inclus dans ce critère, puisqu'ils sont énumérés dans le cinquième.

Le deuxième critère est un mode de relations instables et intenses (2), en montrant une perception des autres qui alterne les positions extrêmes d'idéalisation ou de dévalorisation. En effet, les personnes répondant à ce critère peuvent rapidement idéaliser un partenaire, par exemple quelqu'un qui s'occupe d'elles, et passer rapidement à la dévalorisation si cette personne ne leur donne pas assez d'attention ou de soins, par exemple. Leurs opinions des autres peuvent donc changer brusquement d'un extrême (p. ex., un partenaire « soutenant ») à l'autre (p. ex., un partenaire « méchant »).

Le troisième critère est caractérisé par de l'instabilité quant à l'identité ou la perception de soi (3). Il peut donc y avoir des changements soudains concernant l'image de soi de l'individu, par exemple de ses valeurs, de sa carrière ou du type de personnes qu'il fréquente. Sa perception de soi peut être fondée également sur des positions extrêmes, soit sur la notion d'être soit bon ou mauvais, bien que les personnes répondant à ce critère puissent avoir le sentiment de ne pas exister. Ce dernier peut émerger quand il y a perte de soutien, par exemple, provenant d'une relation significative.

Le quatrième critère est caractérisé par de l'impulsivité dans au moins deux domaines qui peuvent porter un préjudice potentiellement dangereux à l'individu (4). Par exemple,

les individus répondant à ce critère peuvent souffrir de boulimie, conduire ou s'engager dans des pratiques sexuelles à risque, consommer des drogues ou dépenser énormément.

Le cinquième critère aborde la répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou des comportements d'automutilation (5). Ces comportements sont très fréquents et peuvent entrainer la mort sous la forme de suicide. Ils peuvent être provoqués à la suite de demandes de soins ou de menaces de séparation. L'automutilation peut se présenter dans le but de rassurer la personne sur le fait qu'elle peut encore ressentir quelque chose, ou lors d'expériences de dissociation que la personne peut vivre.

Le sixième critère témoigne d'une instabilité affective (6) causée par une réactivité de l'humeur, dont le niveau de base est souvent dysphorique (c.-à-d., une tendance à l'irritabilité ou à l'anxiété). Cette humeur dysphorique, qui peut être présente de quelques heures à (rarement) quelques jours, peut être entrecoupée de sentiments de colère, de panique ou de désespoir, ainsi que de périodes de satisfaction. L'instabilité affective chez les individus répondant à ce critère peut refléter la sensibilité de ceux-ci au stress éprouvé dans les relations interpersonnelles.

Le septième critère du TPL est représenté par des sentiments chroniques de vide que les individus peuvent ressentir (7). Les sentiments de vide sont notamment caractérisés par de l'ennui, ce qui pourrait faire en sorte que les individus peuvent avoir tendance à rechercher continuellement des distractions.

Le huitième critère est caractérisé par une difficulté à contrôler sa colère, ce qui est révélé sous forme de rages intenses et inappropriées (8). Cette colère peut être manifestée sous forme de mauvaise humeur, d'un sentiment de colère persistant ou de bagarres. La colère émerge le plus souvent lorsque les individus peuvent avoir l'impression que leur partenaire ou la personne qui fournit des soins les négligent ou risquent de les quitter. Les personnes, lorsque ces sentiments de colère intenses sont passés, peuvent ressentir de la culpabilité ou de la honte, renforçant par le fait même le sentiment qu'elles sont mauvaises.

Le neuvième et dernier critère est défini par une idéation persécutrice ou des symptômes dissociatifs passagers (9). Ces symptômes ont tendance à être provoqués lors des périodes où l'individu ressent beaucoup de stress tout en n'étant pas assez marqués ou d'une assez longue durée pour correspondre à un autre diagnostic, par exemple, un trouble dissociatif ou un trouble du spectre de la schizophrénie. Dans le cas des personnes avec le diagnostic du TPL, les symptômes dissociatifs ont tendance à être brefs et à durer de quelques minutes à quelques heures. Le retour de la figure de soins peut également jouer un rôle dans la disparition des symptômes, alors que l'abandon réel ou perçu de cette figure pourrait les provoquer.

Forces et limites du modèle

Quelques avantages pragmatiques du diagnostic catégoriel du DSM-5 sont rapportés dans la littérature scientifique. Premièrement, le modèle catégoriel permettrait au clinicien

de guider le choix du traitement à privilégier (Skodol et al., 2002; Trull & Durett, 2005). Le diagnostic catégoriel rassemble également un système de construits relativement facile et familier à utiliser pour la communication entre les professionnels et la conceptualisation des troubles mentaux (Skodol et al., 2002; Trull & Durett, 2005). Un diagnostic révèlerait donc plusieurs informations telles que les caractéristiques du trouble ainsi que les conditions associées et les possibles avenues de traitement (Hines et al., 2024; Skodol et al., 2002; Trull & Durett, 2005). De plus, les catégories du DSM présentent l'avantage d'offrir des descriptions détaillées et relativement exhaustives des tableaux cliniques (Weinberg, 2020). Ces dernières, qui se rapprocheraient des expériences subjectives des patients, peuvent donc créer un langage commun, qui permet de nommer de façon empathique ce que vit le patient.

Toutefois, les recherches relèvent de nombreuses lacunes empiriques pour le modèle catégoriel de TP (p. ex., Clark, 2007; Clark et al., 1997; Herpertz et al., 2017; Hopwood et al., 2018). D'abord, les chercheurs dans le domaine mentionnent que le seuil du nombre de critères du diagnostic catégoriel est arbitraire (Widiger et al., 2002). Il n'y aurait en effet aucune preuve empirique appuyant que les TPs soient catégoriels (Clark, 2007; Trull & Durett, 2005). Des recherches suggèrent effectivement qu'il y aurait une continuité entre les personnalités normales et pathologiques (Pukrop et al., 1998; Widiger et al., 2005). Plus particulièrement pour le TPL, les caractéristiques et les symptômes de ce trouble ne permettent pas de définir un taxon ou une catégorie particulière (Trull et al., 2011). Ceci pourrait suggérer qu'une vision strictement catégorielle du TPL serait inadéquate.

Ensuite, plusieurs chercheurs dénoncent l'utilisation des approches catégorielles pour les TPs en raison de la grande comorbidité des diagnostics (Widiger & Samuel, 2005; Widiger & Trull, 2007), avec des taux typiques de comorbidité de 50 % ou plus (Clark, 2007). En effet, il arrive fréquemment que des individus répondent aux critères de plusieurs diagnostics de TP (Grant, Stinson et al., 2005; Herpertz et al., 2017; Trull & Durett, 2005; Zimmerman et al., 2005). Ce problème de comorbidité entre les TPs pourrait remettre en question l'hypothèse selon laquelle il existerait un faible nombre de types de personnalité qui seraient différents les uns des autres (Morey et al., 2022). Il semblerait d'ailleurs que plusieurs des TPs partageraient des traits de personnalité (p. ex., un haut niveau de névrosisme et un bas niveau de conscienciosité et d'agréabilité; Morey et al., 2011). Cette comorbidité entre les diagnostics de TP peut également compliquer le développement d'une compréhension complète de la problématique du patient et l'identification du traitement approprié pour celui-ci. De plus, les chercheurs remarquent une grande prévalence de gens qui ont le diagnostic du trouble de la personnalité non spécifié (Herpertz et al., 2017; Skodol, 2012; Verheul et al., 2007), qui procure peu d'information à propos de la psychopathologie du patient. La symptomatologie du TPL chevauche aussi plusieurs caractéristiques d'autres troubles retrouvés dans le DSM-5, par exemple le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH; Weiner et al., 2019) ou le trouble dépressif caractérisé (Rao & Broadbear, 2019).

Une autre limite peut être relevée quant au critère de stabilité temporelle (Critère D) dans le diagnostic catégoriel des TPs (Porter & Risler, 2014). En effet, ce critère rappelle

que « le mode de fonctionnement est stable et prolongé, et ses manifestations sont décelables à l'adolescence, ou au début de l'âge adulte » (APA, 2013, p. 843). Ce critère ne serait pas appuyé par les études empiriques, puisqu'il serait davantage démontré que les symptômes de TPs ont tendance à fluctuer dans le temps (Porter & Risler, 2014; Trull & Widiger, 2013), surtout chez les personnes qui ont accès à un traitement pour un TP (Porter & Risler, 2014; Widiger, 2005).

Une autre critique du diagnostic catégoriel est la grande hétérogénéité à l'intérieur d'une même catégorie de TP. Par exemple, en procédant à toutes les permutations des cinq critères ou plus requises parmi les neuf critères possibles, il y a 256 façons de répondre aux critères pour un diagnostic TPL (APA, 2000; Biskin & Paris, 2012; Skodol, 2012; Trull et al., 2011). Wright et ses collègues (2013) ont notamment identifié six groupes distincts de patients qui répondaient aux critères d'un TPL, et pouvaient les distinguer quant à leurs manifestations cliniques importantes, bien que différentes, comme le comportement antisocial, l'automutilation et les tentatives de suicide. Krueger et ses collègues (2014) mentionnent d'ailleurs que les différences peuvent être importantes entre les patients qui répondent aux critères de la même catégorie de TP du DSM.

Plusieurs recherches relèvent aussi que l'étiquette du diagnostic du TPL génèrerait des stigmas et des attitudes négatives chez les professionnels qui interviennent avec les personnes qui présentent un TPL (Bodner et al., 2015; Mulder & Tyrer, 2023; Sansone & Sansone, 2013; Shanks et al., 2011). Entre autres, Mulder et Tyrer (2023) mentionnent

que les patients avec un diagnostic de TPL qui montreraient des comportements de demandes de soins dans des contextes d'urgence médicale, de psychiatrie ou de médecine familiale pourraient engendrer des réactions et des comportements inappropriés de la part des professionnels de la santé. La revue de littérature de Sansone et Sansone (2013) suggère que des professionnels en santé mentale (infirmières, psychiatres, psychothérapeutes) pourraient entretenir des sentiments d'inconfort, d'anxiété, d'apathie, de frustration, ainsi qu'avoir l'impression d'être manipulés ou défiés. Les comportements rapportés de façon générale par les professionnels pourraient inclure une distance, des réactions défensives et de colère, ainsi qu'un manque d'expression d'empathie envers les patients qui ont un TPL. Un diagnostic de TPL peut également stigmatiser les patients en les étiquetant comme étant difficiles à gérer (Newton-Howes et al., 2008) et camouflerait l'existence d'autres symptômes importants tels que l'anxiété ou la dépression (Mulder & Tyrer, 2023). Ces auteurs mentionnent donc la possibilité que l'étiquette du TPL puisse amener les professionnels à minimiser la présence d'autres symptômes, qui seraient considérés comme exagérés ou déformés lorsqu'ils sont exprimés par une personne qui a cette étiquette. Cette réalité renvoie au concept d'injustice épistémique, qui décrit un type particulier de préjudice où la capacité d'une personne à être reconnue comme source de connaissance est niée ou sous-estimée (Nicolle & Gauld, 2022).

Pour tenter de pallier les problématiques de comorbidité qui touchent les TPs, l'étude de Sharp et de ses collègues (2015) suggère un modèle différent de structure des TPs que celui présenté dans la Section II du DSM-5. Cette recherche présente les TPs en prenant

l'analogie du facteur général dans le construit de l'intelligence. La structure de l'intelligence est effectivement comprise comme ayant des facteurs généraux (c.-à-d., « g ») et des facteurs spécifiques (c.-à-d., « s »). Le but de l'étude de Sharp et de ses collègues était donc de comprendre si la structure des TPs pouvait être mieux comprise comme un modèle bifactoriel qui comporterait aussi un facteur général « g » et des facteurs spécifiques « s ». Les résultats de cette étude montraient :

> [qu'] un modèle bifactoriel a fourni la meilleure adéquation aux données, suggérant que la pathologie de la personnalité est composée d'un facteur général qui capte la variance commune dans les diverses expressions des pathologies de la personnalité et de six facteurs spécifiques qui captent une variance unique. [traduction libre] (Sharp et al., 2015, p. 394)

Plus typiquement pour le TPL, il n'y aurait pas de facteur spécifique y correspondant si on enlève le facteur commun. Autrement dit, les manifestations spécifiques du TPL seraient donc comprises seulement dans le facteur commun, et représenteraient donc les symptômes les plus graves au cœur de l'ensemble des TPs. Les auteurs rapportent en effet que les neuf critères utilisés pour diagnostiquer le TPL peuvent représenter des niveaux élevés de comportements préoccupants (p. ex., l'automutilation), comparativement avec des critères typiques d'autres TPs du DSM-5. Par conséquent, les résultats de ces analyses ne permettent pas d'établir l'existence d'un « trouble » limite spécifique et nous amènent plutôt à considérer ses symptômes typiques (p. ex., identité diffuse, dérégulation affective, comportements autodestructeurs et hétérodestructeurs) comme des indicateurs d'une pathologie générale de la personnalité. Cette perspective se rapproche ainsi de la notion d'organisation limite de la personnalité au sens où l'entend par exemple Kernberg (1967, 1984).

Conséquemment, plusieurs arguments soutiennent l'idée que les diagnostics catégoriels reposent sur un appui empirique limité et comportent d'importantes limites dans la conceptualisation des construits diagnostiques. Ces problématiques connues et longuement documentées ont donc poussé les chercheurs à explorer des modèles alternatifs qui pourraient permettre de mieux comprendre et de mieux diagnostiquer les TPs, en se basant davantage sur une approche dimensionnelle. Nous aborderons dans cet essai plus spécifiquement le BSL-23, une opérationnalisation dimensionnelle du TPL.

Approche purement dimensionnelle : le Borderline Symptom List (BSL)

Le BSL a été développé dans une période où plusieurs instruments et entrevues structurées ont été créés pour évaluer des symptômes du TPL, considérant le besoin criant de ressources en santé mentale pour traiter ce trouble (Bohus et al., 2007). Toutefois, comme plusieurs de ces instruments ont été développés pour poser un diagnostic catégoriel du TPL, peu d'instruments dimensionnels pouvaient évaluer la sévérité ou le changement des symptômes du TPL. Certains instruments présentant de bonnes propriétés psychométriques, comme le *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder* (ZAN-BPD; Zanarini et al., 2003a), ont été développés afin de pouvoir davantage évaluer ces éléments chez les patients qui présentent un TPL. Ce dernier devait être toutefois administré et interprété par un clinicien, limitant sa flexibilité d'utilisation (Bohus et al., 2007). Bohus et ses collègues (2007) ont donc créé le *Borderline Symptom List* (BSL) afin d'avoir un questionnaire pouvant être administré au patient et susceptible d'évaluer de

façon quantitative ses difficultés subjectives, ainsi que de mesurer les effets thérapeutiques des traitements psychologiques.

La version complète du BSL est un questionnaire autorapporté de 95 items (maintenant appelé le BSL-95), qui inclut des symptômes et des difficultés rapportées par les personnes présentant un TPL. Celui-ci représente le premier instrument autorapporté pour évaluer des plaintes spécifiques associées à des difficultés intériorisées que les personnes avec un TPL peuvent éprouver (Bohus et al., 2007).

La liste d'items du BSL-95 a été créée en fonction des critères du TPL du DSM-IV, de la version révisée du *Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorder* (DBP-R; Rüsch et al., 2007; Zanarini et al., 1990), ainsi que de l'opinion d'experts cliniciens et de témoignages de patients présentant un TPL (Bohus et al., 2007). Les items ont été classés en sept sous-échelles, qui mesurent différents aspects de plaintes que peuvent rapporter les personnes qui présentent un TPL (perception de soi, difficulté de régulation de l'affect, autodestruction, dysphorie, solitude, intrusion, hostilité).

Cet instrument montre de bonnes propriétés psychométriques quant à sa fiabilité et à sa validité (Bohus et al., 2007). Le BSL-95 permet d'ailleurs une bonne discrimination entre les personnes ayant un TPL, celles qui présentent un autre trouble mental ou celles n'ayant pas de diagnostic. De plus, les données préliminaires permettent de montrer une bonne sensibilité aux changements thérapeutiques à la suite d'un traitement du TPL de

12 semaines. Effectivement, des améliorations majeures ont pu être montrées avec les mesures du BSL, concernant cinq des sept échelles de symptômes, ainsi que sur le score total, qui représente l'étendue de l'altération du fonctionnement rapportée par le patient. La deuxième approche abordée dans cet essai est l'approche dimensionnelle, opérationnalisée par le BSL-23 (Bohus et al., 2009), une version abrégée du questionnaire autorapporté original de 95 items.

Présentation de l'instrument : le BSL-23

Le BSL-23 est un instrument qui a été développé dans le but d'être plus pratique dans les contextes cliniques, où les symptômes du TPL sont souvent des variables qui intéressent les chercheurs, ainsi que pour pallier la limite pratique associée à la longueur du BSL-95 (Bohus et al., 2009). Le BSL-23 permet donc de réduire le temps d'administration, ce qui pourrait encourager plus de chercheurs et de cliniciens à l'utiliser. Il a également été validé en version française (Nicastro et al., 2016).

Les 23 des 95 items de l'instrument original qui ont été choisis sont ceux qui montraient le plus de sensibilité à la suite d'interventions thérapeutiques, ainsi que la meilleure capacité à distinguer les personnes qui présentent un TPL des autres personnes présentant un trouble mental (Bohus et al., 2009). À la suite de l'étude de validation, les patients qui présentaient un TPL montraient des scores au BSL-23 plus élevés que ceux présentant d'autres troubles psychiatriques, par exemple les personnes souffrant de

troubles anxieux, de schizophrénie et de dépression majeure, tous diagnostiqués en fonction des critères du DSM-IV.

Le BSL-23 fait donc partie des échelles ayant été développées pour prendre en considération l'autoévaluation des patients et de leur vision subjective de leur trouble (Nicastro et al., 2016). Le BSL-23 permet donc de couvrir des expériences affectives et personnelles typiques de personnes qui présentent un TPL, qui ont été établies comme pertinentes sur le plan clinique, comme la honte (Rüsch et al., 2007), le dégoût de soi et la solitude (Kleindienst et al., 2020). Ces symptômes sont bien représentés par les items suivants du BSL-23 : « j'étais seul(e) (8) », « j'ai éprouvé de la honte (13) », « je me suis senti(e) dégoûté(e) de moi-même (21) ». Des symptômes identifiés dans le cadre de recherches empiriques, comme la critique de soi, les problèmes de confiance, la vulnérabilité émotionnelle et la tendance à se sentir désespéré sont aussi représentés dans le BSL-23 (Kleindienst et al., 2020).

Forces et limites du questionnaire

D'un côté, le BSL-23 présente plusieurs forces. Tout comme le questionnaire original (BSL-95), le BSL-23 montre une bonne sensibilité aux changements thérapeutiques (Bohus et al., 2009). Cet instrument est capable de discriminer entre les patients qui présentent des symptômes similaires, par exemple, les patients qui sont diagnostiqués avec un TPL et les patients qui sont diagnostiqués avec un trouble de stress post-traumatique. Un autre avantage du BSL-23 est qu'il permet de cibler des symptômes internalisés qui peuvent être

rapportés par le patient qui a un diagnostic de TPL, plutôt que nécessiter des observations venant d'une évaluation externe d'un clinicien. Le BSL-23 montre également une bonne sensibilité au changement thérapeutique pour un traitement spécifique au TPL (Bohus et al., 2009). Une étude récente a été aussi effectuée dans le but de classifier les scores du BSL-23 par niveau de sévérité du TPL (Kleindienst et al., 2020). Les niveaux de sévérité déterminés dans l'étude de Kleindienst et de ses collègues (2020) permettraient de bien distinguer les participants contrôles sans psychopathologie des patients qui présentent un TPL. Il est important également de souligner que le BSL-23 fait partie des rares instruments francophones disponibles pour évaluer la sévérité de la psychopathologie du TPL ou le changement à la suite d'interventions thérapeutiques pour les personnes qui présentent un TPL (Nicastro et al., 2016). La version française du BSL-23 montre aussi de bons indices de validité et de fidélité (Nicastro et al., 2016; voir section Méthode, Instruments de mesure).

D'un autre côté, le BSL-23 comporte un certain nombre de limites. D'abord, l'instrument évalue plutôt des symptômes internalisés que peuvent ressentir les personnes présentant un TPL (p. ex., pensées autodestructrices et suicidaires), ce qui ne permet donc pas de déceler la présence de comportements plus externalisés (p. ex., une agression physique). De plus, les six classes de sévérité déterminées dans l'étude de Kleindienst et de ses collègues (2020) ne sauraient représenter toute la complexité et la nuance des symptômes retrouvés dans le TPL. De surcroit, comme le BSL-23 est un questionnaire autorapporté, les réponses dépendent donc de la capacité d'introspection du patient (Nicastro et al., 2016). Il est également important d'ajouter que le BSL-23 ne permettrait

pas de poser un diagnostic de TPL (Kleindienst et al., 2020). Enfin, une dernière limite est soulevée par Glenn et ses collègues (2009), qui ont examiné la convergence entre le BSL et les critères du DSM-IV. Les auteurs indiquent que le premier critère du TPL, à savoir les « efforts frénétiques pour éviter l'abandon », n'est pas adéquatement représenté par le BSL, qui ne comprendrait pas assez d'items pour évaluer ce symptôme (Glenn et al., 2009).

Jusqu'à présent, nous avons donc exploré deux approches : le diagnostic catégoriel du DSM-5, ainsi que le BSL-23, une mesure strictement dimensionnelle. L'APA (2013) a proposé une méthode alternative « hybride » pour évaluer les troubles mentaux. Cette méthode consiste à prendre en compte les :

> variations de caractéristiques chez un individu (p. ex., sévérité variable des symptômes individuels – appartenant ou non aux critères diagnostiques d'un trouble – mesurés par l'intensité, la durée ou le nombre de symptômes, ainsi que d'autres caractéristiques, telles que le type et la sévérité des incapacités) plutôt que de se fier à une simple réponse oui/non. (p. 951)

Le Conseil d'administration de l'Association américaine de psychiatrie (*APA Board of Trustees*) a donc inclus le Modèle alternatif des troubles de la personnalité (MATP) dans la Section III du DSM-5 pour introduire une nouvelle approche, considérée « hybride », pour pallier les nombreuses limites du modèle catégoriel et traditionnel des TPs. Cette approche sera abordée dans la prochaine section de cet essai.

Diagnostic basé sur le MATP du DSM-5

Afin de prendre en considération les limites relevées pour le diagnostic catégoriel de la Section II du DSM-5, le Groupe de travail sur les troubles de la personnalité, formé pour le DSM-5, a élaboré une façon novatrice de conceptualiser ou de mesurer les TPs, en proposant le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité (MATP; Skodol et al., 2011). Il est situé dans la Section III du DSM-5, consacrée aux mesures et modèles émergents (APA, 2013). Dans le MATP, le fonctionnement de la personnalité est présenté comme suit :

> Un sujet qui fonctionne de façon optimale dispose d'un monde psychologique complexe, entièrement élaboré et bien intégré, qui comprend un concept de soi largement positif, dirigé vers un but (volitionnel) et adapté, une vie émotionnelle riche, suffisamment diversifiée et régulée de façon adéquate, une capacité enfin à se considérer comme un membre productif de la société, avec une réciprocité dans des relations interpersonnelles épanouies. À l'extrême opposé du continuum, un individu qui a une pathologie grave de la personnalité ne dispose que d'un monde psychologique appauvri, désorganisé et/ou conflictuel qui comprend un concept de soi fragile, flou et mal adapté, une propension à avoir des émotions négatives mal régulées et une capacité déficiente de disposer d'un fonctionnement interpersonnel et d'un comportement social adaptés. (APA, 2013, p. 997)

Le modèle hybride du MATP repose donc sur l'hypothèse que la façon optimale de représenter la pathologie de la personnalité ne serait pas par la présence ou l'absence de critères, mais plutôt par l'expression plus ou moins pathologique de certains éléments du fonctionnement de la personnalité et de traits distribués le long d'un continuum (APA, 2013). Plusieurs changements ont donc été proposés et intégrés dans le développement du MATP afin de résoudre les problèmes conceptuels et pratiques du modèle catégoriel des TPs.

Changements notables entre les diagnostics catégoriels du DSM-IV et le diagnostic du MATP du DSM-5

D'abord, le concept de modèle hybride a été suggéré par l'APA (2013), en ajoutant des éléments dimensionnels à considérer dans le diagnostic des TPs. Dans cette perspective, le MATP est conceptualisé comme un modèle hybride, puisqu'il incorpore les approches catégorielles et dimensionnelles pour le diagnostic des TPs (Krueger et al., 2014; Skodol et al., 2011). La conceptualisation dimensionnelle est donc ajoutée dans le MATP, et ce modèle considère notamment les variations des caractéristiques de la personnalité des individus sur un continuum, plutôt que de déterminer la présence de TPs de manière dichotomique (APA, 2013). Ce volet dimensionnel comprend également l'évaluation d'un certain nombre de traits pathologiques de l'individu, qui découlent de plusieurs décennies de recherches empiriques.

La partie catégorielle du MATP est représentée par six diagnostics distincts de TPs, qui ont été retenus par le Groupe de travail sur les TPs (Biskin & Paris, 2012; Porter & Risler, 2014), et qui peuvent être posés à l'aide de critères définis dans le MATP (APA, 2013). L'objectif du MATP était donc de montrer comment les diagnostics dans la Section II du DSM-5 (modèle catégoriel) pouvaient être conceptualisés sous la forme de combinaisons d'altération du fonctionnement de la personnalité et de traits pathologiques spécifiques, comparativement à une liste catégorielle de symptômes à observer chez la personne (Krueger & Hobbs, 2020). Les six diagnostics de TPs qui ont été retenus sont donc la personnalité antisociale, évitante, limite, narcissique, obsessionnelle-compulsive et schizotypique.

Les quatre catégories restantes de TPs du DSM-IV (paranoïaque, schizoïde, histrionique et dépendante) ont donc été retirées, puisque relativement peu d'études empiriques ont porté sur ces catégories, et la composition des traits pathologiques de la personnalité les composant était considérée comme trop simpliste (Porter & Risler, 2014; Skodol, 2012).

Diagnostic d'un TP selon le MATP

Les critères généraux pour poser un diagnostic de TP, tels que définis dans le MATP, sont constitués de sept critères individuels. D'abord, l'évaluation des altérations du fonctionnement (Critère A) et des traits de personnalité pathologiques (Critère B) est requise. L'altération de la personnalité doit être au minimum d'intensité moyenne (Critère A) et au moins un trait pathologique de personnalité doit être présent (Critère B). L'évaluation de ces derniers sera décrite en détail dans la prochaine section. Ensuite, les altérations du fonctionnement de la personnalité retrouvées au Critère A, ainsi que les traits pathologiques mentionnés au Critère B, doivent se présenter de façon envahissante et rigide chez la personne, ainsi que dans plusieurs sphères de sa vie personnelle et sociale (Critère C). Le Critère D du MATP mentionne que les « altérations de la personnalité et l'expression des traits de personnalité sont relativement stables dans le temps, ayant débuté au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte » (APA, 2013, p. 985). De plus, il est important pour le clinicien de vérifier si à la fois l'altération de la personnalité et les traits de personnalité pathologiques ne sont pas une manifestation d'un autre trouble mental (Critère E), et qu'ils ne soient pas attribués aux effets physiologiques d'une

substance quelconque, ou à une autre affection médicale, comme un traumatisme crânien grave par exemple (Critère F). Finalement, « les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité ne sont pas mieux comprises comme faisant partie d'un stade normal du développement ou d'un environnement socioculturel normal » (Critère G; APA, 2013, p. 986).

Critère A. Ce critère permet d'évaluer l'altération du fonctionnement de la personnalité; il permettrait donc de décrire des symptômes de fonctionnement de personnalité altérée sur les plans personnel et interpersonnel (APA, 2013). Les altérations sont évaluées par le clinicien en fonction de l'*Échelle du niveau de fonctionnement de la personnalité* (ENFP; APA, 2013) : peu ou pas d'altération (0), un certain niveau d'altération (1), altération moyenne (2), altération grave (3) et altération extrême (4). Pour qu'il y ait un diagnostic de TP, il faut que l'altération soit au minimum moyenne. Cette échelle peut être évaluée à l'aide de questionnaires autorapportés validés, comme la *Level of Personality Functioning Scale – Self Report* (LPFS-SR) de Morey (2017), et la *Self and Interpersonal Functioning Scale* (SIFS), validée par Gamache et ses collègues (2019). Le Critère A présente quatre éléments du fonctionnement de la personnalité à évaluer sur l'ENFP. Ces quatre éléments sont divisés dans deux catégories de fonctionnement : le fonctionnement de soi et le fonctionnement interpersonnel. Ils ont été retenus, notamment, sur la base d'une recension d'écrits (Bender et al., 2011) dont la conclusion était que le noyau de la psychopathologie de la personnalité peut être retrouvé dans des dysfonctionnements dans la sphère du soi et celle des relations interpersonnelles, en

fonction d'un certain continuum de sévérité. Bender et ses collègues (2011) ont notamment souligné que la théorie des relations d'objet de Kernberg (1970, 1987), l'une des premières à proposer un modèle de types de personnalité selon un continuum de gravité, repose sur la qualité des représentations mentales qu'un individu entretient de lui-même et des autres.

Premièrement, le fonctionnement de soi comprend l'identité et l'autodétermination. L'identité est définie, selon le MATP, comme l'unicité de l'expérience de soi-même, en étant capable de délimiter des frontières entre soi et les autres. Cet élément conçoit également la façon dont la personne s'apprécie elle-même et porte un regard sur soi, si ce regard peut être stable dans le temps, ainsi que la capacité d'effectuer la régulation de ses différentes émotions. Le deuxième élément du fonctionnement de soi est l'autodétermination, qui considère plutôt la capacité de l'individu d'avoir des objectifs, à la fois sur une période à court et à long terme, qui donnent un sens à la vie de la personne. Le MATP mentionne également que l'individu doit trouver ces objectifs cohérents. L'autodétermination peut également être définie par la capacité de la personne à réfléchir sur des aspects de soi, et ce, de façon constructive, ainsi que la capacité d'utiliser des standards internes de comportements prosociaux.

Deuxièmement, le fonctionnement interpersonnel comprend les deux autres éléments du Critère A : l'empathie et l'intimité. Selon le MATP, l'empathie peut être définie par la capacité de la personne à pouvoir comprendre et apprécier les expériences et les

motivations des autres, tout en tolérant la possibilité que ceux-ci puissent avoir des façons de voir différentes. Cet élément comprend aussi la capacité de comprendre les conséquences de ses propres comportements sur les autres personnes. L'intimité, qui est le deuxième élément du fonctionnement interpersonnel, est définie comme la capacité de la personne à créer des liens d'une certaine profondeur et d'une certaine durée avec les autres, tout en montrant des comportements interpersonnels qui vont témoigner d'une considération mutuelle. L'intimité comprend aussi le désir et la capacité de la personne d'entretenir des relations de proximité avec les autres.

Critère B. Pour ce critère, le clinicien doit évaluer si l'individu présente des traits pathologiques de la personnalité. Le Critère B permettrait de distinguer les différences individuelles du patient (Krueger et al., 2014). Le MATP définit 25 facettes pathologiques de la personnalité, qui sont divisées dans cinq domaines : l'affectivité négative, le détachement, l'antagonisme, la désinhibition et le psychoticisme. Ces domaines ressemblent aux domaines connus et validés empiriquement du modèle *Harkness' Personality Psychopathology-Five* (PSY-5; Harkness & McNulty, 1994), qui correspondent au versant pathologique (Costa & Widiger, 2012) du modèle des cinq facteurs, soit le *Five Factor Model* (FFM) de McCrae et John (1992). Les facettes pathologiques de la personnalité proviennent donc de méta-analyses (Samuel & Widiger, 2008; Saulsman & Page, 2004) et de données empiriques portant sur les relations entre les traits de personnalité et les diagnostics de TP tels que décrits dans le DSM-IV

(APA, 2013). L'évaluation de ce critère se fait notamment à l'aide d'un questionnaire validé de 220 items, le *Personality Inventory for DSM-5* (PID-5; Krueger et al., 2012).

Selon le MATP, un trait de personnalité est défini comme « une tendance à ressentir, percevoir, se comporter et penser de façon relativement constante dans le temps et selon les situations dans lesquelles le trait peut se manifester » (APA, 2013, p. 1005). Comme le Critère A, le principe de la dimensionnalité s'applique également pour les traits de personnalité du Critère B. Chaque individu présenterait ainsi un certain degré de traits de personnalité, ceux-ci étant conçus comme s'inscrivant sur un continuum plutôt qu'en termes de présence ou d'absence, et pouvant se manifester de manière plus ou moins problématique.

Un dernier changement apporté par l'introduction du MATP dans le DSM-5 est le diagnostic de TP spécifié par les traits, qui peut être aussi porté si les caractéristiques générales d'un TP sont présentes (Critères A à G), mais ne correspondent pas à l'un des six TPs spécifiques présentés. Ce changement permettrait au clinicien de décrire le fonctionnement de personnalité de son patient, ainsi que de noter les traits pathologiques que ce dernier présente (Krueger & Hobbs, 2020).

Présentation du diagnostic de TPL selon le MATP

L'un des six TPs spécifiques définis par le MATP est le TPL, qui peut être représenté par une instabilité des modes de fonctionnement, soit de l'image personnelle, des

objectifs, des relations interpersonnelles et des affects (APA, 2013). Cette instabilité peut être liée à de l'impulsivité, à une prise de risque et à de l'hostilité.

Pour poser un diagnostic de TPL selon le MATP, il doit d'abord y avoir une altération moyenne du fonctionnement de la personnalité, qui doit être présente dans au moins deux des quatre éléments du Critère A. Plus précisément, des difficultés sur le plan de l'identité peuvent être représentées par une image de soi qui est considérée peu développée ou instable. Cette image de soi appauvrie pourrait être associée à une autocritique excessive chez les patients qui présentent un TPL, à des sentiments chroniques de vide éprouvés et à des états dissociatifs que la personne peut vivre quand elle ressent du stress. Pour l'autodétermination, le clinicien pourrait observer une instabilité des objectifs de l'individu, de ses valeurs ou de ses projets de carrière. Pour l'empathie, les difficultés peuvent se refléter par une inaptitude à reconnaitre les sentiments ou les besoins des autres, qui peut être en lien avec une propension à se sentir facilement blessée ou insultée (hypersensibilité personnelle). Les personnes peuvent également présenter une perception des autres qui est plutôt dirigée vers leurs caractéristiques négatives, leurs fragilités ou leurs points faibles. Enfin, pour l'intimité, le clinicien peut également observer des difficultés dans les relations avec les proches, qui peuvent être considérées comme intenses, instables et conflictuelles. Un manque de confiance dans ces relations peut être aussi présent, avec des besoins affectifs excessifs et des préoccupations anxieuses chez la personne à l'idée que ses proches l'abandonnent (de façon réelle ou imaginée). Il peut y avoir également une alternance entre une implication relationnelle excessive de la part de

l'individu et le retrait. De surcroit, la relation peut être alternativement idéalisée et dévalorisée.

Ensuite, le clinicien doit vérifier si le patient présente au moins quatre des sept traits pathologiques, soit la labilité émotionnelle, la tendance anxieuse, l'insécurité liée à la séparation, la dépressivité, l'impulsivité, la prise de risque ou l'hostilité (Critère B). Parmi ces critères, il doit y avoir minimalement l'un des critères suivants : l'impulsivité, la prise de risque ou l'hostilité.

Les quatre premiers traits pathologiques se situent dans le grand domaine de l'affectivité négative. Le premier qui est décrit dans le MATP est la labilité émotionnelle (1). Ce trait représente une gamme d'expériences émotionnelles instables, ou de changements d'humeur fréquents. Les émotions chez la personne peuvent donc se montrer rapidement intenses, ainsi qu'hors de proportion avec les évènements et les circonstances. Le deuxième trait pathologique faisant partie du diagnostic du TPL est la tendance anxieuse (2), qui peut se représenter par des sentiments de nervosité, de tension ou de panique. Cette tendance se manifeste fréquemment en réaction à des stress interpersonnels, par des préoccupations face au futur ou en lien avec des expériences négatives du passé. La personne peut donc avoir tendance à se montrer craintive, inquiète ou menacée par l'incertitude, et peut craindre de s'effondrer ou de perdre le contrôle. Le troisième trait pathologique est l'insécurité liée à la séparation (3). Elle est définie par la peur d'être rejetée par des gens qui comptent pour la personne ou d'être séparée d'eux.

Cette crainte peut être associée à des peurs d'une dépendance excessive ou d'une perte d'autonomie. Le quatrième trait pathologique est la dépressivité (4). Celle-ci est caractérisée par des sentiments d'être misérable, sans espoir. La personne peut également avoir de la difficulté à se remettre de ces états. De plus, l'individu qui montre ce trait peut ressentir du pessimisme à propos d'éventualités futures. Ce trait pathologique peut également comprendre des sentiments d'infériorité ou de honte de façon fréquente, ainsi que le fait d'adopter des idées ou des conduites suicidaires.

Les deux traits pathologiques suivants font partie du domaine de la désinhibition. D'abord, l'impulsivité (5) représente le fait d'agir sans considérer les conséquences aux actions prises de façon spontanée. Ces actions sont souvent en lien avec des coups de tête de la personne en réaction à des stimuli immédiats. L'impulsivité peut être caractérisée par la difficulté à suivre des plans, ainsi que par des comportements d'autoagression quand la personne éprouve de la douleur émotionnelle. Ensuite, la prise de risque (6) est définie comme l'engagement de la personne dans des activités qui peuvent être considérées comme dangereuses ou risquées sans considération pour les conséquences. Elles peuvent être également potentiellement dommageables pour l'individu, qui ne se soucie pas de ses propres limites et nie la présence d'un danger pour lui. L'hostilité (7) est le dernier trait pathologique et fait partie du domaine de l'antagonisme. Il se caractérise par des sentiments de colère, de façon persistante ou fréquente. La colère ou l'irritabilité vécue par la personne peut se produire en réaction à des insultes ou à des affronts qui pourraient objectivement être considérés comme mineurs.

Forces et limites du modèle

D'abord, le modèle des traits et celui du fonctionnement multidimensionnel du MATP comportent plusieurs avantages pour leur utilité clinique (APA, 2013) :

> Les altérations du fonctionnement de la personnalité selon le DSM-5 et les traits de personnalité contribuent, chacun de façon indépendante, aux décisions cliniques à propos de l'importance de l'incapacité, des risques d'autoagression, de violence et de criminalité, du type et de l'importance du traitement recommandé et du pronostic (APA, 2013, p. 1007)

L'évaluation par le MATP permet aussi de connaitre le niveau de fonctionnement de la personnalité et le profil pathologique du patient, ce qui donne au clinicien des informations riches et valables pour la planification du traitement, ainsi que de l'information importante quant à la prédiction et à l'évolution des troubles mentaux, peu importe si l'individu présente un TP franc ou non (APA, 2013). Cette modification est avantageuse sur le plan de la compréhension clinique (Krueger & Hobbs, 2020) et permettrait de pallier l'une des limites nommées précédemment par rapport au modèle catégoriel, soit le peu d'informations données à propos de la psychopathologie du patient quand celui-ci reçoit un diagnostic de TP non spécifié.

De plus, le développement des Critères A et B du MATP découle de plusieurs recherches scientifiques. D'abord, la conceptualisation du Critère A permet de pallier la problématique d'un individu qui rencontre plusieurs catégories de TP (Grant, Stinson et al., 2005; Zimmerman et al., 2005). La synthèse des études de Morey et de ses collègues (2022) montre également des appuis empiriques quant à l'utilité clinique, la validité et la fidélité du Critère A. À ce sujet, la conceptualisation des TPs sur un continuum est

soutenue par de nombreuses recherches (p. ex., Hopwood et al., 2011; Morey, 2005; Morey et al., 2022). Le Critère A illustre aussi efficacement l'intégration innovante du MATP à travers différentes théories, en établissant plusieurs liens entre les approches, les éléments structurels, les processus de développement et les dynamiques de la personnalité concernant les TPs (Bender et al., 2011; Gamache et al., 2019; Waugh et al., 2017). Ces différents paradigmes d'évaluation de la personnalité sont aussi fondés sur des données probantes (Waugh et al., 2017; Wiggins, 2003). L'intégration panthéorique faciliterait la formation professionnelle, la compréhension et l'acceptation du MATP, vu la familiarité des concepts et des mesures pour le clinicien de toute approche confondue (Pincus & Roche, 2019; Waugh et al., 2017).

Le développement du Critère B est également basé sur un processus de recherches empiriques (Krueger et al., 2014). Les membres du Groupe de travail sur les troubles de la personnalité ont examiné la littérature et partagé des idées au sujet des caractéristiques de patients qui présentent un TP, tout en s'assurant que celles-ci couvrent aussi les critères diagnostiques des TPs du DSM (Krueger et al., 2012). Les facettes décrites au Critère B découlent entre autres d'une revue de la littérature sur des modèles de personnalité existants, et de nombreuses recherches avec une population de patients qui utilisaient des ressources en santé mentale (APA, 2013; Krueger et al., 2012; Krueger, Eaton, Clark et al., 2011; Krueger, Eaton, Derringer et al., 2011). Comme mentionné dans la section du Critère B du MATP, des méta-analyses ont permis de développer les sous-ensembles de traits pour chaque TP spécifique dans le MATP (Samuel & Widiger 2008; Saulsman &

Page 2004). Des recherches empiriques portant sur les relations entre les traits de personnalité et les diagnostics de TP du DSM-IV ont pu permettre également l'élaboration des traits pathologiques dans le Critère B (APA, 2013). L'élaboration du Critère B permet donc de pallier la problématique de la stabilité temporelle des TPs (Porter & Risler, 2014). Selon le DSM-IV-TR (APA, 2000), les TPs sont considérés comme étant stables dans le temps, mais cette affirmation n'était pas accompagnée de justifications scientifiques (Porter & Risler, 2014). Les recherches sur les modèles de traits montrent donc que ces derniers peuvent expliquer la stabilité temporelle des TPs (p. ex., voir McGlashan et al., 2005; Zanarini et al., 2005). Le modèle basé sur les traits permet également d'expliquer la variance commune entre les TPs, peu importe si ceux-ci sont évalués par des questionnaires autorapportés (p. ex., Hopwood et al., 2012) ou par des entrevues (p. ex., Few et al., 2013).

De surcroit, il est important de noter que les instruments de mesure, soit le *Level of Personality Functioning Scale* (LPFS) pour le Critère A et le PID-5 pour le Critère B ont fait preuve d'une fiabilité acceptable dans des études qui portaient sur des populations diverses (APA, 2013; Waugh et al., 2017).

Le MATP permet également au clinicien d'ajouter des spécifications au diagnostic, même si elles ne sont pas requises pour celui-ci. Ces spécifications peuvent consister en des traits pathologiques qui se présentent chez l'individu et qui sont associés à d'autres diagnostics de TP du MATP que celui qui est identifié chez le patient. Le niveau de sévérité d'altération de la personnalité peut aussi être mentionné.

En résumé, le diagnostic hybride du MATP démontre plusieurs forces qui servent à expliquer et pallier les limites du diagnostic du DSM-5 (APA, 2013) : la comorbidité entre les TPs, l'hétérogénéité des symptômes dans une même catégorie de TP et le seuil arbitraire du nombre de critères du diagnostic catégoriel du DSM-5.

Plusieurs limites du modèle sont également soulignées. D'abord, bien que certains auteurs soulignent la facilité à utiliser le MATP, d'autres mentionnent que les concepts du modèle hybride du DSM-5 présentent une certaine complexité pour les cliniciens, ce qui réduit leur utilité clinique (Porter & Risler, 2014). Certains algorithmes du MATP ont aussi été critiqués comme n'étant pas optimaux, diminuant leur utilité clinique, alors que des approches basées sur les cinq facteurs (FFM) pourraient davantage améliorer l'évaluation clinique des traits (Crego & Widiger, 2016). Une autre limite réside dans le nombre restreint d'études empiriques portant sur les diagnostics spécifiques du MATP (Zimmermann et al., 2019). Ce dernier point est toutefois en contradiction avec l'opinion des professionnels de la santé travaillant avec les TPs, puisque ceux-ci sont généralement d'avis que la conceptualisation clinique du MATP est optimale pour représenter les TPs contrairement à l'approche catégorielle (Morey & Hopwood, 2020).

Sleep et Lynam (2022) ont pour leur part identifié plusieurs limites du Critère A : le manque de distinction entre les TPs et les autres formes de psychopathologie, son chevauchement avec les traits de personnalité (pathologiques ou non), le manque de validité incrémentielle de ce critère par rapport aux traits (pathologiques ou non) et des

problèmes relevés quant à sa structure factorielle. D'abord, plusieurs études rapportent que l'échelle ENFP n'est pas en mesure de distinguer les TPs des autres formes de troubles mentaux (Few et al., 2013; Sleep et al., 2019a, 2020). Par exemple, Sleep et ses collègues (2019a) ont observé que la corrélation reliant le score total de l'échelle ENFP et les symptômes reliés à d'autres troubles mentaux était similaire à la corrélation reliant le score total du ENFP au score des symptômes des TPs. Ces données ont été recueillies dans une étude rassemblant un échantillon de personnes de la communauté qui demandaient des services en santé mentale. Certains auteurs avancent aussi que le chevauchement de la variance entre les Critères A et B représente un problème quant à la structure du Critère A (Sleep & Lynam, 2022). En effet, plusieurs études démontrent que les traits pathologiques de la personnalité décrits dans le Critère B expliquent la variance dans l'échelle ENFP, qui évalue les altérations de la personnalité (Krueger & Hobbs, 2020; Roche & Jaweed, 2023; Sleep et al., 2019a, 2020). Ce chevauchement pourrait expliquer la validité incrémentielle limitée du Critère A (c.-à-d., elle n'aurait pas d'apport supplémentaire pour mesurer les TPs et leurs corrélats par rapport aux traits pathologiques et non pathologiques; Sleep & Lynam, 2022). Finalement, certains débats quant à la structure du Critère A sont relevés dans la littérature (Sleep et al., 2019a, 2020). Par exemple, certains auteurs avanceraient qu'aucune analyse factorielle confirmatoire ni exploratoire ne peut démontrer que l'échelle ENFP a une structure d'un seul facteur (Sleep et al., 2019a, 2020). L'étude d'Anderson et Sellbom (2018) ne permet pas de conclure que les mesures d'altération de la personnalité peuvent se diviser en deux facteurs de fonctionnement de

la personnalité (soi/interpersonnel) ni en aucun des quatre éléments (identité, autodétermination, empathie et intimité).

Concernant le Critère B, la revue de Clark et Watson (2022) propose 11 changements pour le MATP, ainsi que pour la structure et la liste de traits du PID-5. En effet, plusieurs études rapportent que de nombreuses facettes du Critère B semblent (1) interstitielles (pouvant être retrouvées sur deux facteurs ou plus); (2) appartenir au « mauvais » domaine (c.-à-d., que le MATP considère certaines des facettes dans un domaine différent de celui auquel elles sont généralement associées dans la littérature); ou (3) les deux. À ce sujet, en réponse à Clark et Watson, Hopwood (2022) propose qu'un changement plus radical soit effectué dans le MATP en lien avec le Critère B, suggérant que celui-ci soit davantage utilisé pour mesurer les traits de la personnalité « normaux » (p. ex., ceux du *Big Five*), plutôt que de mesurer uniquement les traits de la personnalité pathologique chez les personnes qui présentent un TP. En effet, Hopwood suggère qu'un modèle à cinq facteurs puisse être utilisé dans le but de décrire cliniquement tous les patients.

Finalement, une autre lacune du MATP est évoquée par Vanwoerden et Stepp (2022) au sujet du nombre de recherches limitées sur les deux critères du MATP. En effet, ils mentionnent que plusieurs études porteraient seulement sur un critère, plutôt que de les considérer dans un ensemble, notamment pour la conceptualisation du TPL.

Convergences entre le diagnostic catégoriel du TPL (Section II du DSM-5) et le diagnostic hybride du TPL par le MATP

Vanwoerden et Stepp (2022) ont réalisé une revue de la littérature pour évaluer notamment les convergences entre les deux conceptualisations des diagnostics du TPL du DSM-5 (c.-à-d., Section II et Section III). Les chercheurs ont retenu un total de neuf études qui considéraient les Critères A et B du MATP, 14 utilisaient seulement le Critère A du MATP et 21 utilisaient seulement le Critère B du MATP. Des régressions ont été effectuées dans le but d'évaluer l'influence prédictive des Critères A et B, combinés dans un score composite, ainsi que les scores de façon séparée du Critère A et du Critère B. Un autre score composite a été créé en calculant le nombre de critères dans le diagnostic catégoriel de la Section II du TPL. Les résultats montrent que les corrélations bivariées entre les scores composites des deux opérationnalisations du TPL « étaient élevées (entre 0,76 et 0,80) sur la base d'évaluations de cliniciens (Morey & Skodol, 2013) et des autoévaluations (McCabe & Widiger, 2020) et l'accord diagnostique pour les deux troubles était de 78,6 % (Morey, 2019) » (Vanwoerden & Stepp, 2022, p. 403). Les régressions évaluant l'influence mutuelle des Critères A et B dans la prédiction du TPL selon le DSM-5 de la Section II ont montré que le Critère B expliquait généralement une plus grande partie de la variance incrémentielle. D'un autre côté, le Critère A permettrait également de prédire une portion unique de variance (de l'ordre de 0 à 1 %) du TPL de la Section II du DSM-5 (Vanwoerden & Stepp, 2022).

Les auteurs concluent donc qu'il y a bien un chevauchement, entre la conceptualisation du TPL, entre les sections II et III du DSM-5, en confirmant l'étude

précédente de Bender et Skodol (2007) quant aux dysfonctions apparentes et centrales au TPL. Vanwoerden et Stepp (2022) rappellent aussi que le Critère B est aussi largement basé sur les traits du *Big Five*, rassemblant la plupart des traits de personnalité psychologiques (Bainbridge et al., 2022). Ainsi, ils suggèrent que la conception du TPL dans le MATP peut être perçue comme une réorganisation dite « efficace » du profil créé par les symptômes que l'on peut retrouver dans les critères diagnostiques du DSM-5, et ce, en éliminant les comportements les plus dysfonctionnels (p. ex., l'automutilation et les comportements suicidaires).

Plusieurs chercheurs se sont également penchés sur la convergence entre le diagnostic catégoriel du TPL et celui généré par le MATP. À cet égard, l'étude de Sellbom et ses collègues (2014) visait à examiner la convergence entre les modalités d'opérationnalisation des sections II et III en vue de la publication du DSM-5. L'un des objectifs centraux de cette recherche consistait à évaluer le degré de continuité diagnostique entre le modèle catégoriel de la Section II et l'approche plus dimensionnelle du MATP. Les auteurs ont utilisé plusieurs outils basés sur la Section II du DSM-5, soit le *Personality Diagnostic Questionnaire-4* (PDQ-4; Hyler, 1994), le SCID-II-PQ (First et al., 1997), ainsi que le *McLean Screening Inventory for Borderline Personality Disorder* (MSI-BPD; Zanarini et al., 2003b). L'évaluation du TPL selon le MATP s'est appuyée sur sept facettes spécifiques, mesurées à l'aide d'une version abrégée du PID-5 (Krueger et al., 2012), composée de 124 items couvrant toutes les facettes dont les traits associés aux TPL. Les résultats montrent que ces facettes sont significativement corrélées aux scores obtenus aux

instruments DBP-4, MSI-BPD et SCID-II-PQ, ce qui témoigne d'une convergence empirique solide entre les différentes approches d'évaluation du TPL. Plus précisément, les analyses révèlent que les représentations latentes des constructions issues des sections II et III partagent approximativement 74 % de variance commune, soulignant un chevauchement conceptuel substantiel entre les deux modèles.

Ensuite, l'étude de Gamache, Savard et leurs collègues (2022) a évalué la validité du diagnostic du TPL généré par le MATP en la comparant avec le diagnostic catégoriel du DSM-5. Leurs résultats montrent que le diagnostic du TPL par le MATP a une correspondance modérée avec le diagnostic du DSM-5 tel que déterminé par les cliniciens.

De surcroit, Hines et ses collègues (2024) se sont penchés sur la correspondance entre les critères diagnostiques du TPL selon la Section II du DSM-5 et ceux du modèle hybride proposé par le MATP. Ils soulignent qu'il demeure incertain si une personne répondant aux critères du diagnostic catégoriel du DSM-5 recevrait également un diagnostic de TPL selon le MATP. Leurs résultats indiquent que 66,2 % des participants répondaient à la fois aux critères pour un diagnostic catégoriel selon la Section II du DSM-5 et aux critères du diagnostic du TPL par le MATP, ce qui montre un chevauchement modéré entre les deux définitions diagnostiques. Tous les participants affichaient des élévations au Critère A du MATP. De plus, à l'exception de sept d'entre eux, tous présentaient les élévations requises aux facettes du domaine de l'affectivité négative. Les résultats démontrent que la principale raison pour laquelle certains participants ne répondaient pas aux critères du

TPL du MATP serait l'absence d'élévation aux facettes du domaine de l'antagonisme (c-à-d., l'hostilité) ou du domaine de la désinhibition (c-à-d., l'impulsivité ou la prise de risque) de la définition du TPL dans le MATP. Le domaine de l'antagonisme correspond à des « comportements qui mettent l'individu en désaccord avec autrui, avec un sens exagéré de sa propre importance et une attente concomitante d'un traitement spécial, de même qu'une dureté avec antipathie vis-à-vis des autres », alors que le domaine de désinhibition est caractérisé par la « recherche de satisfactions immédiates, conduisant à un comportement impulsif déterminé par des pensées, des sentiments et des stimuli externes du moment, sans tenir compte des leçons du passé ou sans considération pour les conséquences futures » (APA, 2013, p. 1003). Ces résultats pourraient indiquer que les critères du diagnostic catégoriel du TPL semblent mieux saisir le dysfonctionnement du soi et des relations interpersonnelles du Critère A du MATP ainsi que l'affectivité négative dans le Critère B (Hines et al., 2024). De façon comparable, les critères du diagnostic catégoriel du TPL qui étaient corrélés au diagnostic du TPL selon le MATP sont la peur de l'abandon et la colère inappropriée, qui représentent les critères diagnostiques de la Section II du DSM-5 les plus étroitement associés au domaine de l'antagonisme.

Morey (2019), de même que Maffly-Kipp et Morey (2024), ont également examiné la fiabilité diagnostique des TPs en comparant les critères du diagnostic catégoriel du DSM-5 à ceux du diagnostic hybride proposé dans le MATP. Dans les deux cas, une série de vignettes cliniques a été présentée à un échantillon national de professionnels de la santé mentale afin de leur demander de formuler divers jugements diagnostiques et

pronostiques. Les résultats des deux études indiquent que les jugements diagnostiques émis par les cliniciens à partir du MATP présentent une fiabilité globalement comparable, voire supérieure, à celle observée avec les critères de la Section II du DSM. Dans l'étude de Morey (2019), les résultats montrent que les concepts théoriques sous-jacents au MATP, comme le niveau de fonctionnement de la personnalité et les traits pathologiques, apparaissent comme davantage cohérents sur le plan diagnostique. Les auteurs soulignent que les cliniciens ont été capables de s'entendre aussi bien en utilisant l'approche diagnostique « nouvelle » du MATP qu'en utilisant l'approche catégorielle du DSM-5. Quant à elle, l'étude de Maffly-Kipp et de ses collègues (2024) a démontré que les dimensions du MATP se sont révélées être des prédicteurs cliniques statistiquement significatifs des jugements des cliniciens (c.-à-d., le pronostic, le fonctionnement adaptatif, les facteurs de risque et le niveau de soins recommandé) dans la quasi-totalité des cas (98,3 %), tandis que les diagnostics de la Section II se sont montrés significatifs dans une moindre proportion des cas (70 %). Une des limites soulignées par les auteurs de ces études est que la méthodologie reposait exclusivement sur des vignettes cliniques, ce qui pourrait restreindre la généralisation des conclusions des jugements cliniques dans des situations courantes de la pratique clinique.

Il est important de noter une différence importante entre les symptômes du TPL décrits dans la Section II et ceux présentés dans la Section III, bien que le Groupe de travail sur les troubles de la personnalité ait tenté de couvrir les symptômes des TPs du DSM-5 dans le MATP (Krueger et al., 2012; Krueger & Hobbs, 2020). Comme le

soulignent Gamache, Savard et leurs collègues (2022), le dernier critère (9) du diagnostic catégoriel du TPL n'est pas présent dans le diagnostic du TPL du MATP.

Jusqu'à présent, nous avons donc vu trois façons de conceptualiser le concept du TPL : (1) le diagnostic catégoriel du DSM-5; (2) le score dimensionnel du BSL-23; et (3) le diagnostic hybride MATP du DSM-5. Différentes forces et les limites de chacune des conceptualisations ont été répertoriées, ce qui génère des différences dans la façon de comprendre les difficultés reliées au TPL. Bien que plusieurs symptômes soient importants à considérer dans la compréhension du TPL, l'agression est une caractéristique clé du TPL et un précipitant commun à l'hospitalisation (Goodman & New, 2000). Il est donc essentiel de pouvoir mieux la comprendre.

Conséquences comportementales du TPL : l'agression

L'agression représente l'une des particularités importantes chez les patients ayant un diagnostic de TPL (Siever et al., 2002; Skodol et al., 2002). Selon Anderson et Bushman (2002), l'agression peut être définie comme un comportement dirigé vers un autre individu dans le but de lui faire du mal. En d'autres mots, le concept d'agression serait compris par l'action de blesser ou de faire du tort à un individu, ou du moins tenter de le faire (Buss, 1988). Kernberg (1967) définit également l'agression comme une pulsion humaine fondamentale. Dans l'organisation de la personnalité limite, l'agression dite « excessive » viendrait soit de pulsions agressives déterminées génétiquement, soit de frustrations qui surviendraient durant l'enfance (Kernberg, 1967). Dans les deux cas, l'agression va

alterner entre une expression dite inappropriée et blessante de la colère envers les autres, et une suppression défensive primitive dans laquelle l'agression est dirigée vers soi (Gunderson et al., 2018).

L'agression chez les personnes qui présentent un TPL peut être dirigée contre soi-même (p. ex., tentatives de suicide, comportements d'automutilation) ou dirigée vers les autres (p. ex., envers des partenaires amoureux, des connaissances; Látalová & Prasko, 2010). Ces comportements d'agression sont reconnus comme un précipitant à l'hospitalisation psychiatrique (Goodman & New, 2000). Ils peuvent également mener à une perturbation du fonctionnement chez les personnes présentant un TPL, en se manifestant dans leurs emplois ou dans leurs relations familiales, qui risquent ainsi d'être compromis.

L'agression a été plus communément classée sous deux formes : réactive et instrumentale (Berkowitz, 1993). Alors que l'agression instrumentale est définie comme un comportement planifié et dirigé vers un but, l'agression réactive ou impulsive est un comportement qui serait déclenché par des menaces, de la frustration et de la provocation, sans avoir un but identifiable à cette action (Blair, 2010). Les études mettent en relief que la forme d'agression la plus typique chez les personnes qui présentent un TPL est la forme réactive (Blair, 2004; Gardner et al., 2012; Lobbestael et al., 2015; Ross & Babcock, 2009). L'étude de Neukel et de ses collègues (2022) permet également de souligner une association entre les traits du TPL et l'agression de type réactive. Dans cette

perspective, l'agression chez les personnes présentant un TPL se manifesterait donc par des comportements impulsifs en réponse à des offenses, des menaces ou des provocations perçues (Leucci et al., 2024). Les études soulignent que les évènements interpersonnels négatifs (Herr et al., 2013) et les difficultés relationnelles (Stepp et al., 2012) prédiraient un comportement agressif réactif chez les personnes présentant des symptômes de TPL élevés.

Buss (1988) conceptualise l'agression en quatre dimensions différentes, comprises dans trois aspects distincts : moteur, affectif et cognitif. Un questionnaire a été élaboré et validé afin d'opérationnaliser le modèle proposé par Buss, soit l'*Aggression Questionnaire* (AQ; Buss & Perry, 1992). Les quatre dimensions de l'agression couvertes par ce questionnaire sont l'agression physique, l'agression verbale, la colère et l'hostilité.

Agression physique et verbale

Les agressions physique et verbale sont définies dans l'AQ comme l'action de blesser ou de faire du mal à autrui (Buss & Perry, 1992). Elles représentent donc la composante instrumentale ou motrice du comportement d'agression. L'étude de Zanarini et de ses collègues (2017) indique que ces formes d'agression sont rapportées plus fréquemment par les patients atteints de TPL que par ceux présentant un autre TP. Une étude aurait également mis en évidence que les traits du TPL médiaient la relation entre la sensibilité au rejet et l'agression verbale et physique, de même qu'entre l'autocompassion et l'agression verbale et physique (Sommerfeld & Shechory Bitton, 2020). Autrement dit, les individus particulièrement sensibles au rejet interpersonnel et présentant une faible

compassion envers eux-mêmes ont davantage tendance à manifester de l'agression dans leurs interactions sociales.

Sansone et Sansone (2012b) rapportent, sur la base de diverses recherches, que les individus avec un diagnostic de TPL peuvent faire preuve de violence physique envers leurs partenaires. Chez les hommes, Tong (2004) rapporte notamment des associations entre le score de personnes qui présentent un TPL et des hommes se présentant en cour pour de la violence conjugale. Chez les femmes, des associations entre le TPL et les comportements d'agression physique ont aussi été trouvées (Hughes et al., 2007). Sansone et Sansone (2012b, 2015) mentionnent aussi que les individus avec un diagnostic de TPL peuvent faire preuve de violence envers des connaissances avec qui ils ne seraient pas intimes, bien que les recherches dans le domaine soient plus rares. D'ailleurs, 58 % de cette population clinique a été impliquée de façon occasionnelle ou fréquente dans des bagarres, alors que 25 % ont utilisé une arme contre les autres à un moment dans leur vie (Soloff, Meltzer et al., 2003). Les personnes qui présentent un TPL montrent ainsi, dans une proportion non négligeable, des comportements violents externalisés considérés comme criminels (Goodman & New, 2000; Sansone et al., 2012).

L'agression verbale serait la plus rapportée par les personnes ayant un TPL (South et al., 2008; Zanarini et al., 2017). En effet, ce type de comportement serait rapporté par 57 % des patients (Zanarini et al., 2017). La présence d'agression verbale chez les personnes serait reliée aux difficultés interpersonnelles vécues par les personnes

présentant un TPL (Herr et al., 2013; Stepp et al., 2012). Stepp et ses collègues (2012) ont démontré plus précisément que les problèmes interpersonnels jouent un rôle médiateur dans la relation entre les symptômes du TPL et les comportements agressifs ultérieurs. Les résultats de leur étude soulignent plus spécifiquement que les symptômes du TPL prédisent la sensibilité interpersonnelle, l'agression interpersonnelle, le besoin d'approbation sociale et le manque de sociabilité; ces quatre éléments prédisent ensuite le comportement agressif. L'étude de Sansone et de ses collègues (2011) montrerait aussi que les personnes présentant des traits du TPL pourraient avoir tendance à commettre des comportements agressifs en milieu médical (p. ex., des cris envers le personnel).

Colère

La colère est définie comme l'excitation physiologique et la préparation au comportement d'agression (Genoud & Zimmermann, 2009), représentant donc la composante émotionnelle du comportement. Selon Buss (1988), la colère est une émotion fondamentale qui s'exprime de façon biologique et est présente dans toutes les cultures. Elle comporte deux éléments principaux, qui sont l'expression corporelle (p. ex., les manifestations sur le visage et dans le corps) et des changements physiologiques préparant le corps au combat (p. ex., l'augmentation de la circulation sanguine dans les muscles et l'accélération du rythme cardiaque, de la pression artérielle et de la respiration). La colère est également décrite comme un affect négatif qui survient en réponse à des situations perçues comme provocantes, injustes ou frustrantes (Spielberger et al., 1995); elle peut se

manifester de façon passagère (colère d'état) ou s'inscrire de manière plus stable dans la personnalité (colère de trait).

L'un des mécanismes importants qui augmente le risque d'agression est la dérégulation émotionnelle (Mancke et al., 2015, 2017; Newhill et al., 2012), en particulier l'intensité et l'instabilité de la colère (Neukel et al., 2022). Neukel et ses collègues (2022) ont d'ailleurs évalué la colère et l'agression chez les patients présentant un TPL comparativement à une population contrôle dans leur étude ayant utilisé l'*Ecological Momentary Assessment* (EMA)[1]. Leurs résultats suggèrent notamment que les comportements d'agression surviennent plus fréquemment lorsque les personnes ayant un TPL rapportent ressentir une colère plus intense et instable. L'instabilité et l'intensité de la colère sont donc associées avec l'émergence des comportements d'agression chez les personnes avec un TPL (Neukel et al., 2022). Quelques études transversales et longitudinales suggèrent plus précisément que la dérégulation émotionnelle aurait un effet médiateur dans l'agression chez les personnes ayant un diagnostic de TPL (Mancke et al., 2017). Les patients qui ont reçu ce diagnostic ont également des réponses reliées à la colère qui dureraient plus longtemps après des tâches qui induisent la colère (Jacob et al., 2008) et présentent une augmentation plus forte de leur colère après avoir exécuté une tâche frustrante (Bertsch et al., 2021).

[1] L'EMA dans l'étude de Neukel et ses collègues (2022) invitait les participants à répondre à une série de questions sur leur état émotionnel plusieurs fois par jour. Cette tâche était effectuée à l'aide d'appareils portables ou de téléphones intelligents.

Hostilité

Enfin, l'hostilité est définie par des sentiments de mauvaise volonté et d'injustice (Genoud & Zimmermann, 2009) et représente la composante cognitive du comportement d'agression. Buss (1988) distingue la colère de l'hostilité en précisant que cette dernière ne comprendrait pas d'aspect anatomique ou biologique (c.-à-d., de changements corporels ou d'expressions faciales).

Plusieurs études établissent un lien entre l'hostilité et les personnes ayant des traits limites ou un TPL. D'abord, le modèle de Mancke et de ses collègues (2015) portant sur l'agression chez les personnes avec un TPL met l'accent sur certaines dimensions pour expliquer l'agression telles que la dérégulation émotionnelle, l'impulsivité et l'hypersensibilité au rejet social. En effet, Lobbestael et McNally (2016) ont démontré que dans des situations sociales ambigües, les personnes ayant un TPL ont tendance à percevoir l'évènement comme une menace, ce qui accentue les émotions négatives fortes, les comportements impulsifs et la sensibilité au rejet. Les études sur l'hypervigilance attentionnelle aux indices sociaux menaçants chez les personnes présentant un TPL (Hidalgo et al., 2016) pourraient donc favoriser l'augmentation de sentiments d'hostilité (Mancke et al., 2015). De surcroit, le lien entre l'hostilité et le TPL a pu être démontré dans l'étude de Trull et de ses collègues (2008), puisque leurs résultats montraient que les patients présentant un TPL éprouvaient plus fréquemment des pics extrêmes d'hostilité comparativement à un groupe contrôle clinique composé de patients dépressifs.

Il est également reconnu que les processus cognitifs pourraient affecter le traitement de l'information, qui peut à son tour influencer les réponses émotionnelles face à une situation (Ortony et al., 1988). Quelques études montrent une association forte entre les comportements agressifs et un type de biais cognitif appelé le biais d'attribution d'intention hostile (Coccaro et al., 2009; Dodge et al., 2015; Gagnon & Rochat, 2017; Yeager et al., 2013). Des chercheurs se sont donc penchés à voir si une association pourrait être présente entre ce biais cognitif et les comportements agressifs, particulièrement chez une population présentant des traits de la personnalité limite, sans qu'il y ait nécessairement un diagnostic du TPL (de Repentigny et al., 2022). Les résultats de cette étude ont permis de confirmer la relation entre le biais d'attribution d'intention hostile et les comportements agressifs. En effet, pour une personne qui a des traits de la personnalité limite dans un contexte qui serait considéré comme hostile, et qui serait par la suite suivi d'un comportement de provocation ambigüe, l'attribution d'intention hostile se ferait de façon spontanée (de Repentigny et al., 2022).

Liens entre les conceptualisations du TPL et l'agression

Dans la prochaine section, nous présenterons respectivement les liens existants dans la littérature entre l'agression et nos conceptualisations du TPL, représentés par le modèle du DSM-5 (APA, 2013), par le score du BSL-23 (Bohus et al., 2007) et le MATP du DSM-5 (APA, 2013).

Agression et DSM-5

Plusieurs études rapportent que l'agression se présente de façon accrue chez les personnes qui ont un diagnostic catégoriel du TPL établi à partir du DSM-IV comparativement à des personnes sans le diagnostic (p. ex., McCloskey et al., 2009; Soloff, Meltzer et al., 2003). Plus précisément, le critère 8 (c.-à-d., colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère [p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées]; APA, 2013) représente la manifestation de l'agression. Deux dimensions de l'agression peuvent être représentées par ce critère : la colère et l'agression physique.

Agression et BSL-23

Comme mentionné dans la section couvrant le BSL-23, ce questionnaire autorapporté aborde plutôt les expériences internes dans le TPL. Une étude portant sur la version française du BSL-23 (Nicastro et al., 2016) a montré des corrélations significatives entre le score total du BSL-23 et l'expression de la colère, mesurée par le *State-Trait Anger Expression Inventory* (STAXI; Spielberger, 1988). Des corrélations positives entre le score total du BSL-23 et des mesures d'hostilité ont également été mises à jour pour sa version espagnole (Soler et al., 2013). Dans le BSL-23, deux items peuvent respectivement couvrir les expériences internes de colère et d'hostilité : « Mon humeur changeait rapidement passant de l'anxiété, à la colère et à la tristesse (14) » et « Je n'avais pas confiance aux autres (7) ».

Quelques études ont souligné que les personnes qui présentent un TPL montrent aussi des niveaux plus élevés d'agression comparativement aux sujets considérés sains en fonction de mesures autorapportées (Soloff, Kelly et al., 2003; Whisman & Schonbrun, 2009). Plus particulièrement, l'étude de Mancke et de ses collègues (2017) a mis en lumière que la dysrégulation émotionnelle et la colère-trait jouent un rôle de médiateur dans la relation entre les symptômes du TPL et l'agression. La sous-échelle « colère-trait » dans la validation française (Borteyrou et al., 2008) évalue la tendance générale d'un individu à ressentir et à exprimer de la colère dans différentes situations (Mancke et al., 2017). L'étude de Mancke et de ses collègues (2017) a utilisé des mesures dimensionnelles validées pour évaluer ces variables, dont le BSL-23 (Bohus et al., 2009) et le ZAN-BPD (Zanarini et al., 2003a). L'agression a été mesurée avec le questionnaire de l'AQ (Buss & Perry, 1992), comportant les dimensions de l'agression verbale et physique, et l'hostilité. Dans cette étude, un score composite a été calculé en soustrayant la sous-échelle de la colère du score total de l'AQ (Mancke et al., 2017). Les auteurs soutiennent que cette soustraction est nécessaire pour éviter un éventuel chevauchement avec la mesure de la colère-trait, mesurée à l'aide du *State-Trait Anger Expression Inventory* (Spielberger, 1991). Les résultats ont été confirmés après un contrôle de variables confondantes connues pour être associées à l'agression (p. ex., les symptômes du trouble de la personnalité antisociale [TPA] ou du TDAH, le quotient intellectuel, le sexe ou l'âge). Par ailleurs, les résultats se sont montrés cohérents à travers les différentes dimensions de l'agression (dont le score composite, ainsi que l'agression physique et verbale) et par la similarité des résultats obtenus avec plusieurs outils de mesure du TPL, dont le BSL-23 et le ZAN-BPD.

La dysrégulation des émotions pourrait donc représenter un facteur de vulnérabilité sous-jacent, contribuant à d'autres manifestations du TPL telles qu'une mauvaise gestion de la colère, menant à son tour à des comportements agressifs (Mancke et al., 2018).

Agression et MATP

Concernant le modèle hybride du MATP, certaines études se sont concentrées sur les liens entre les traits de personnalité pathologiques du Critère B (opérationnalisé par le PID-5; Krueger et al., 2012) et l'agression (Dunne et al., 2018; Sleep et al., 2018; Somma et al., 2020). Leclerc et ses collègues (2022) se sont intéressés notamment à la réplication des associations entre le PID-5 et les mesures d'agression autorapportées, pour ainsi les valider avec les mesures d'agression cotées par des cliniciens expérimentés sur la base de dossiers psychologiques. Les résultats montrent que les traits pathologiques de l'hostilité et de la prise de risque étaient des prédicteurs significatifs de l'agression autorapportée, répliquant les résultats de l'étude de Dunne et de ses collègues (2018). Le trait pathologique de la dureté a aussi été identifié comme un prédicteur significatif (Leclerc et al., 2022), de façon conforme aux résultats de l'étude de Somma et de ses collègues (2020). Leclerc et ses collègues (2022) ont également suggéré le trait de la soumission comme prédicteur négatif. De plus, les analyses basées sur la cotation des mesures d'agression de dossiers psychologiques ont pu relever les mêmes quatre facettes de la personnalité comme prédicteurs statistiques de l'agression (c.-à-d., hostilité, prise de risque, dureté et soumission; Leclerc et al., 2022).

L'étude de Mancke et de ses collègues (2015) a souligné les liens possibles entre les dimensions biologiques et comportementales de l'agression (c.-à-d., la dysrégulation affective, l'impulsivité, l'hypersensibilité aux menaces, et le fonctionnement empathique) et les altérations du fonctionnement de la personnalité du Critère A (c.-à-d., au déficit de l'empathie et à la perturbation de l'identité), ainsi qu'avec des traits pathologiques de la personnalité (Critère B) tels que la labilité émotionnelle, l'impulsivité et l'hostilité. Leur démarche consistait à synthétiser les données portant sur ces dimensions biocomportementales en recensant dans la littérature des études utilisant diverses méthodes scientifiques telles que les questionnaires autorapportés, les tâches comportementales, la neuro-imagerie, la neurochimie et la psychophysiologie. Plus précisément, Mancke et ses collègues (2015) avancent que la dimension de la dysrégulation affective dans leur modèle, qui prédisposerait l'individu à des expériences de colère ou d'hostilité (Trull et al., 2008), serait un concept similaire au trait de la labilité émotionnelle. Le concept d'hypersensibilité à la menace pourrait contribuer à l'hypersensibilité interpersonnelle caractéristique du TPL (Mancke et al., 2015) telle que définie dans l'élément empathie du diagnostic du TPL du MATP comme une tendance « à se sentir blessé ou insulté » (APA, 2013; p. 991). L'hypersensibilité à la menace a été associée à l'agression dans le TPL, notamment à travers des données indiquant que la critique ou le blâme prédisaient des comportements agressifs chez les femmes présentant un nombre élevé de traits du TPL (Herr et al., 2013). Par ailleurs, le modèle de Mancke et ses collègues (2015) met en évidence le rôle de l'impulsivité dans l'agression réactive, fréquemment observée chez les personnes présentant un TPL (Blair, 2004; Gardner et

al., 2012; Lobbestael et al., 2015; Ross & Babcock, 2009). Cette forme d'agression découle directement de l'impulsivité (Coccaro et al., 2011; Gollan et al., 2005; Goodman & New, 2000). Les auteurs soulignent ainsi le lien explicite entre l'agression et la facette impulsive intégrée au diagnostic du TPL selon le MATP (Mancke et al., 2015).

De surcroit, Leucci et ses collègues (2024) se sont également intéressés aux liens entre les traits du TPL et les quatre composantes de l'agression mesurées par l'AQ (Buss & Perry, 1992). Parmi leurs résultats notables, ils indiquent que les dimensions de l'agression verbale et physique seraient associées au domaine de l'antagonisme du PID-5, ainsi qu'à la facette de l'hostilité. La facette dureté serait également un prédicteur de l'agression physique. L'agression verbale serait corrélée de façon significative aux facettes d'impulsivité et d'hostilité. Contrairement à leurs hypothèses, ni le domaine de la désinhibition ni la facette de la prise de risque ne se sont révélés associés à l'agression physique.

Objectifs de recherche et hypothèses

L'étude présentée dans cet essai se veut d'abord exploratoire, dans un contexte où des débats ont encore lieu dans la littérature quant à la conceptualisation optimale du TPL (p. ex., voir Gunderson et al., 2018; Sharp et al., 2015). Deux objectifs seront donc visés dans le cadre de cet essai doctoral.

Objectif 1

Dans un premier objectif, considérant la controverse et les débats actuels quant à la conceptualisation optimale des TPs, nous tenterons d'établir si des corrélations sont présentes entre trois des principales conceptualisations du TPL, soit : (1) le diagnostic catégoriel (absence/présence) du DSM-5, tel qu'il est posé par des psychologues en milieu clinique « naturel »; (2) le score dimensionnel fourni par le questionnaire autorapporté du BSL-23; et (3) le diagnostic hybride proposé dans le MATP du DSM-5, qui sera généré par deux questionnaires autorapportés.

Hypothèses

D'abord, le diagnostic hybride du TPL, tel que conceptualisé par le MATP, s'inscrit dans une continuité avec le diagnostic catégoriel du TPL du DSM-5 (Bender & Skodol, 2007; Krueger & Hobbs, 2020; Vanwoerden & Stepp, 2022). Par ailleurs, compte tenu de la correspondance modérée observée entre le diagnostic du TPL selon le MATP et celui du DSM-5 (Gamache, Savard et al., 2022; Hines et al., 2024; Sellbom et al., 2014), une corrélation significative modérée ($0{,}3 \leq r \leq 0{,}5$) est ainsi attendue entre les deux diagnostics du TPL. Ensuite, une corrélation significative modérée ($0{,}3 \leq r \leq 0{,}5$) entre le diagnostic catégoriel du TPL du DSM-5 et le score dimensionnel du BSL-23 est prévisible. Cette hypothèse est basée sur le fait que la liste d'items du BSL-95 a été créée en fonction des critères du TPL du DSM-IV (qui n'ont pas changé dans le DSM-5), de la version révisée du DBP-R (Rüsch et al., 2007; Zanarini et al., 1990), ainsi que de l'opinion d'experts cliniciens et de témoignages de patients présentant un TPL (Bohus et al., 2007),

tout en considérant que le BSL-23 considère l'expérience subjective des symptômes des personnes ayant un TPL en comparaison avec le diagnostic catégoriel du TPL. Finalement, puisque le diagnostic hybride du TPL par le MATP et le score du BSL-23 sont conceptualisés sur une base dimensionnelle, une corrélation significative modérée ($r \geq 0{,}5$) est également attendue, en adéquation avec l'étude de Gamache, Savard et leurs collègues (2022).

Objectif 2

Le deuxième objectif sera de documenter les corrélations entre les différentes opérationnalisations du TPL et l'agression, qui sera divisée en plusieurs dimensions : (1) l'agression physique; (2) l'agression verbale; (3) la colère; et (4) l'hostilité. Un score global d'agression combinant ces dimensions sera également utilisé. Nous tenterons également d'explorer si l'une des conceptualisations du TPL expliquera sur un plan statistique davantage de variance de l'agression et de ses différentes dimensions que les autres.

Hypothèses

À la lumière des travaux sur les trois différentes conceptualisations du TPL et sur l'agression, nous posons l'hypothèse que le diagnostic catégoriel du DSM-5 devrait prédire significativement les dimensions de la colère et de l'agression physique. Bien que le diagnostic se traduira en score dichotomique, comme il a été effectué par les cliniciens à partir des critères du DSM-5, il est attendu que ces derniers aient tenu compte des critères

du TPL, notamment le critère 8 concernant la survenue de colères intenses et disproportionnées (APA, 2013). Le diagnostic catégoriel devrait aussi prédire le score global d'agression (McCloskey et al., 2009; Soloff, Meltzer et al., 2003).

Nous posons ensuite que le diagnostic hybride du MATP prédira davantage le score global d'agression que ne le feront les autres conceptualisations (c.-à-d., catégorielle et dimensionnelle), en raison de sa couverture plus large que celle fournie par le score catégoriel dichotomique du DSM et le score du BSL. Plusieurs études ont souligné des liens entre les traits de personnalité pathologiques du Critère B et l'agression (Dunne et al., 2018; Leclerc et al., 2022; Leucci et al., 2024; Sleep et al., 2018; Somma et al., 2020), dont les traits pathologiques présents dans le diagnostic hybride du TPL comme l'hostilité et la prise de risque. Plus spécifiquement, la facette de l'hostilité serait un prédicteur significatif de l'agression verbale et physique, alors que l'impulsivité serait un prédicteur significatif de l'agression verbale (Leucci et al., 2024). Comme le diagnostic hybride est le seul à couvrir de façon détaillée des symptômes plus externalisés du TPL, et considérant sa couverture des difficultés relationnelles par le Critère A (plus précisément selon les éléments de l'empathie et de l'intimité), nous posons également l'hypothèse qu'il expliquera davantage de variance que les deux autres conceptualisations du TPL pour l'agression verbale et l'agression physique. Le diagnostic hybride du MATP devrait également prédire de façon significative l'hostilité et la colère. En effet, l'hostilité constitue un trait pathologique dans le diagnostic hybride du MATP, et des études antérieures l'ont identifié comme un trait prédictif de l'agression (Leclerc et al., 2022;

Leucci et al., 2024). Les sentiments de colère, pour leur part, sont compris dans la définition du trait d'hostilité du MATP (APA, 2013). Nous considérons également le modèle de l'agression de Mancke et de ses collègues (2015) qui avance que la dimension de la dysrégulation affective, prédisposant l'individu à des expériences de colère, serait un concept similaire au trait pathologique de la labilité émotionnelle, inclus dans l'algorithme du TPL proposé dans le MATP. De surcroit, les auteurs établissent un lien entre la facette d'impulsivité selon le MATP et les travaux sur l'agression de type réactive (Blair, 2004; Gardner et al., 2012; Lobbestael et al., 2015; Ross & Babcock, 2009).

En ce qui concerne le BSL-23, il est attendu qu'il prédise plus fortement l'hostilité et la colère sur le plan statistique que les deux autres conceptualisations du TPL, puisqu'il évalue principalement les expériences internalisées liées au TPL telles que la colère, la rage et le ressentiment. Nous formulons l'hypothèse selon laquelle le score au BSL-23 permettrait de prédire les niveaux d'agression physique et verbale, dans la mesure où la dysrégulation émotionnelle et le trait de colère agissent comme médiateurs dans la relation entre les symptômes du TPL et ces formes d'agression (Mancke et al., 2017). Par ailleurs, il est également attendu que le BSL-23 prédise de manière significative le score global d'agression (Gamache, Savard et al., 2022).

Méthode

Cette section présentera les éléments suivants, soit une description des participants et la procédure de l'étude, les instruments de mesure utilisés et le plan de l'analyse pour l'obtention des résultats.

Participants et procédure

Dans le cadre de cet essai, les participants sont issus d'une population canadienne française et ont été sélectionnés et recrutés durant la procédure d'admission dans une clinique spécialisée pour le traitement des TPs dans la ville de Québec au Centre de traitement le Faubourg Saint-Jean du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale. Ils étaient référés au centre de traitement par un psychiatre ou un médecin pour une évaluation initiale de l'admissibilité de la prise en charge dans le programme de traitement.

Le processus de sélection des participants s'est déroulé en deux étapes. D'abord, ils devaient compléter une batterie de questionnaires autorapportés, pour ensuite prendre part à une entrevue clinique individuelle d'une durée d'environ deux heures avec un psychologue de l'équipe d'évaluation de la clinique. Le psychologue qui effectuait l'évaluation produisait ensuite un rapport d'évaluation détaillé. Ensuite, un diagnostic consensuel, à l'aide des critères pour le TPL du DSM-5 et du jugement clinique, était posé par l'ensemble des psychologues de l'équipe d'évaluation du centre lors d'une réunion

hebdomadaire de discussion de cas. Un score catégoriel dichotomique (présence ou absence du diagnostic) a ainsi pu être obtenu et sera utilisé dans la présente étude.

Un total de 287 participants a été inclus (133 femmes, $M_{âge}$ = 33,73 ans, *ET* = 10,54). Parmi les participants, 63,1 % détenaient un diplôme postsecondaire, alors que 19,8 % avaient obtenu un diplôme universitaire. Une proportion de 50,2 % des participants n'occupait pas d'emploi, alors que 35,2 % occupaient un emploi, 12,5 % étaient des étudiants et 2,1 % étaient à la retraite.

La présente étude s'inscrit à l'intérieur du projet « Recherche évaluative visant à caractériser la clientèle qui reçoit des services pour des difficultés sur le plan de la personnalité dans les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, et à évaluer l'efficacité des services offerts », qui a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche sectoriel en neurosciences et santé mentale du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du Comité d'éthique – Psychologie et Psychoéducation (CÉRPPÉ) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (certificat # CERPPE-25-39-08.06). Tous les participants inclus dans la présente étude ont consenti de manière libre et éclairée à l'utilisation de leurs données à des fins de recherche.

Instruments de mesure

Plusieurs instruments ont été administrés aux patients, en complément du questionnaire sociodémographique, dans le but d'évaluer les symptômes associés au TPL.

Tout d'abord, comme indiqué précédemment, l'approche dimensionnelle sera représentée par le score global du BSL-23 (Bohus et al., 2009), qui est un questionnaire autorapporté comportant 23 items, évalués sur une échelle de 5 points (0-4). Il permet également de mesurer la sévérité de la symptomatologie du TPL (Bohus et al., 2009). Dans le présent essai, la version validée en français sera utilisée (Nicastro et al., 2016). Le BSL-23 montre une bonne validité discriminante, permettant entre autres, en fonction de tests d'échantillons indépendants, de discriminer les patients qui présentent un TPL de ceux qui présentent un TDAH sans comorbidité de TPL. La version française du BSL-23 montre aussi une bonne sensibilité aux changements consécutifs à un traitement (Nicastro et al., 2016). L'indice test-retest après une semaine montre une forte association ($r = 0,84$; $p < 0,001$) entre la première et la deuxième complétion du questionnaire (Nicastro et al., 2016). Dans la présente étude, l'instrument présente une forte cohérence interne ($\alpha = 0,94$).

Ensuite, deux échelles de mesure seront utilisées pour le modèle hybride du MATP. D'abord, l'échelle SIFS, validée en français par Gamache et ses collègues (2019), est un questionnaire autorapporté de 24 items qui peut mesurer le Critère A du MATP. Ce dernier procure un score global du niveau d'altération du fonctionnement de la personnalité, ainsi qu'un score pour chacune des sous-échelles désignant les grands domaines de la personnalité : identité ($\alpha = 0,65$), autodétermination ($\alpha = 0,67$), empathie ($\alpha = 0,67$) et intimité ($\alpha = 0,72$). La cotation des items se fait sur une échelle de Likert de 5 points (0-4).

Le *Personality Inventory for DSM-5 Faceted Brief Form* (PID-5-FBF; Maples et al., 2015), validé en français par Roskam et ses collègues (2015) et par Leclerc et ses collègues (2023), est un questionnaire autorapporté comportant 100 items et constitue la version abrégée du questionnaire original autorapporté PID-5 (Krueger et al., 2012). Le PID-5-FBF couvre 25 facettes de traits pathologiques de la personnalité. Les sept facettes associées au TPL sont les suivantes : dépressivité ($\alpha = 0,80$), hostilité ($\alpha = 0,79$), impulsivité ($\alpha = 0,89$), insécurité face à la séparation ($\alpha = 0,84$), labilité émotionnelle ($\alpha = 0,82$), prise de risque ($\alpha = 0,88$) et tendance anxieuse ($\alpha = 0,83$). Chacune de ces facettes comporte quatre items qui sont cotés en fonction d'une échelle de Likert de 4 points (0-3).

Finalement, pour opérationnaliser l'agression, le questionnaire *Buss-Perry Aggression Questionnaire Short Form* (BPAQ-SF; Bryant & Smith, 2001), validé en français par Genoud et Zimmermann (2009) et qui démontre de bonnes valeurs psychométriques, a été utilisé. Le BPAQ-SF mesure quatre manifestations de l'agression, soit l'agression physique, l'agression verbale, l'hostilité et la colère. Les items du questionnaire sont cotés en fonction d'une échelle de 6 points. Le BPAQ-SF est une version abrégée de l'AQ, qui est la version originale de 29 items (Buss & Perry, 1992). Les indices de cohérence interne pour chaque score d'agression sont les suivantes : physique ($\alpha = 0,86$), verbale ($\alpha = 0,60$), colère ($\alpha = 0,82$) et hostilité ($\alpha = 0,69$). Un score global d'agression peut aussi être obtenu ($\alpha = 0,80$).

Plan d'analyse

La section présentera notre plan d'analyse, qui comprend le processus d'extraction du diagnostic du TPL du MATP, ainsi que les analyses qui seront utilisées pour l'obtention des résultats.

Extraction du diagnostic du TPL pour le MATP

D'abord, l'extraction du diagnostic du TPL, tel que décrit dans le MATP, a été effectuée en fonction des deux instruments de mesure pour l'opérationnaliser : le SIFS pour le Critère A (Gamache et al., 2019) et la validation française du PID-5-FBF pour le Critère B (Roskam et al., 2015). La méthode suggérée a été validée par Gamache et ses collègues (Gamache, Leclerc et al., 2022; Gamache, Savard et al., 2022). L'extraction du MATP proposée a donc été réalisée en fonction de l'algorithme du MATP; pour qu'un diagnostic soit posé, il doit y avoir la présence d'au moins deux des quatre éléments du Critère A parmi l'identité, l'autodétermination, l'empathie et l'intimité, et la présence de quatre des sept facettes du Critère B attribuées au diagnostic du TPL dans le MATP, tout en tenant compte qu'au moins une des facettes « Hostilité », « Impulsivité » ou « Prise de risque » doit être incluse (APA, 2013). L'extraction du diagnostic nécessite une décision dichotomique quant à la présence ou non des éléments du Critère A et des facettes du Critère B (Gamache, Savard et al., 2022). Pour le Critère A, des seuils cliniques ont été déterminés à partir de courbes ROC (*Receiver Operating Characteristic curves*; Gamache et al., 2019) pour statuer quant à la présence ou non d'un élément du SIFS. Pour chacun des éléments du Critère A, les seuils cliniques sont les suivants : Identité > 1,93,

Autodétermination > 1,50, Empathie > 1,08 et Intimité > 1,50. Pour le Critère B, « un score moyen plus grand ou égal à 2 (sur 3) indiquera une élévation significative pour la facette en question » [traduction libre] (Gamache, Savard et al., 2022, p. 67). Ce seuil a été suggéré par une étude empirique (Samuel et al., 2013) et aurait permis de générer des prévalences plausibles et comparables à celles du modèle catégoriel pour le TPL (Gamache, Leclerc et al., 2022).

Pour générer le score dimensionnel du diagnostic TPL par le MATP, les quatre éléments du Critère A mesurés par le SIFS fournissent un premier score d'une étendue allant de 0 à 4, alors que les sept facettes du TPL mesurées par le PID-5-FBF (Critère B) fournissent un second score d'une étendue allant de 0 à 7. Un score dimensionnel (ayant donc une étendue entre 0 à 11) a ensuite été généré par l'addition des scores des Critères A et B.

Analyses réalisées

Les statistiques descriptives ont été effectuées pour chacune des conceptualisations du TPL, soit (1) le diagnostic catégoriel du DSM-5, posé par des psychologues (score dichotomique, 0 = absent, 1 = présent); (2) le score dimensionnel du questionnaire autorapporté du BSL-23; et (3) le diagnostic hybride MATP du DSM-5 tel que décrit ci-haut. Les statistiques descriptives ont été calculées également pour les quatre manifestations de l'agression (physique, verbale, colère et hostilité) et le score total d'agression mesurés par le BPAQ-SF.

Pour répondre au premier objectif, des analyses corrélationnelles ont été conduites entre les scores associés aux trois conceptualisations du TPL afin de documenter les associations entre chaque approche. Les corrélations ont également été effectuées entre les trois conceptualisations du TPL, d'une part, et les cinq manifestations de l'agression, d'autre part. Considérant la nature dichotomique de l'une des mesures des trois conceptualisations du TPL, soit le diagnostic du TPL par le DSM-5 (étendue des scores entre 0 et 1), des corrélations de Spearman-Brown ont été privilégiées.

Pour répondre au deuxième objectif, qui est de vérifier si une conceptualisation du TPL est davantage associée à l'agression que les autres, nous avons effectué des transformations *r* à *z* afin de déterminer si les corrélations de Spearman-Brown entre les différentes conceptualisations du TPL et les scores d'agression étaient significativement différentes, en utilisant un seuil fixé à $p < 0{,}05$. De plus, des régressions linéaires multiples de type hiérarchique ont été réalisées pour explorer si l'une des conceptualisations prédit statistiquement davantage de variance de l'agression et de ses différentes dimensions. Ces analyses permettront de déterminer la validité incrémentielle des conceptualisations du TPL les unes par rapport aux autres. Les analyses de régression hiérarchique ont été effectuées en trois étapes, chacune comportant deux blocs : (1) le diagnostic catégoriel du DSM-5, suivi du score dimensionnel du BSL-23; (2) le diagnostic catégoriel du DSM-5, suivi du diagnostic hybride TPL du DSM-5; et (3) le score dimensionnel du BSL-23, suivi du diagnostic hybride TPL du DSM-5.

Les analyses descriptives, corrélationnelles et de régressions linéaires multiples ont été effectuées à l'aide du progiciel IBM SPSS 29, alors que les transformations *r* à *z* pour la comparaison des corrélations a été réalisée à l'aide du logiciel en ligne de Lenhard et Lenhard (2014).

Résultats

D’abord, les statistiques descriptives ont été calculées pour les conceptualisations du TPL, soit (1) le diagnostic catégoriel du DSM-5, posé par des psychologues; (2) le score dimensionnel du questionnaire autorapporté du BSL-23; et (3) le diagnostic hybride MATP du DSM-5. Elles ont également été calculées pour les quatre manifestations de l’agression (physique, verbale, colère et hostilité) et pour le score total d’agression mesurés par le BPAQ-SF (voir Tableau 4).

Les corrélations de Spearman-Brown ont ensuite été effectuées entre les trois différentes conceptualisations du TPL et les cinq mesures d’agression dans le but de répondre aux deux objectifs de recherche. Ces différents résultats sont présentés dans le Tableau 5. Les résultats suggèrent que le diagnostic catégoriel du TPL du DSM-5 n’est pas corrélé de façon significative avec le score dimensionnel du BSL-23, alors qu’il est faiblement[1] corrélé ($r_s = 0{,}14$, $p = 0{,}03$) au diagnostic hybride du TPL du MATP.

[1] Pour qualifier la force de nos corrélations, nous avons utilisé le barème de Cohen (1988).

Tableau 4

Données descriptives pour les trois conceptualisations du TPL et les scores du BPAQ-SF

				Fréquence	
Variables	*n*	*M*	*ÉT*	0	1
Dx catégoriel TPL	250	--	--	106	144
Score du BSL-23	286	2,003	0,921	--	--
Dx hybride TPL du MATP	287	5,655	2,736	--	--
BPAQ-SF					
Agression physique	286	2,544	1,609	--	--
Agression verbale	286	2,927	1,197	--	--
Colère	286	3,728	1,460	--	--
Hostilité	286	3,819	1,404	--	--
Score total	286	3,255	1,117	--	--

Note. Dx catégoriel TPL = diagnostic de trouble de la personnalité limite évalué par les psychologues selon le modèle catégoriel du DSM-5. BSL-23 = *Borderline Symptom List – 23.* Dx hybride TPL du MATP = diagnostic du TPL extrait à partir des scores obtenus aux questionnaires basés sur le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5. BPAQ-SF = *Buss-Perry Aggression Questionnaire Short Form*. Les *n* varient en raison de données manquantes. Les significations pour la fréquence sont les suivantes : 0 = absence de diagnostic catégoriel, 1 = présence de diagnostic catégoriel.

Le diagnostic catégoriel du TPL est également corrélé faiblement à l'agression physique ($r_s = 0{,}13$, $p = 0{,}045$) et à la colère ($r_s = 0{,}23$, $p < 0{,}001$), ainsi qu'au score global d'agression ($r_s = 0{,}14$, $p = 0{,}031$). Le diagnostic du TPL du MATP et le score dimensionnel du BSL-23 sont toutefois associés de façon élevée ($r_s = 0{,}58$, $p < 0{,}001$). Des corrélations modérées avec la colère, l'hostilité et le score global d'agression sont observées pour le BSL-23 ($r_s = 0{,}33$ à $0{,}44$), ainsi que pour le diagnostic hybride MATP du DSM-5 ($r_s = 0{,}44$ à $0{,}47$).

Tableau 5

Corrélations de Spearman-Brown pour les trois conceptualisations du TPL et les scores du BPAQ-SF

Variables	Dx catégoriel TPL	Score du BSL-23	Dx hybride TPL du MATP
Dx catégoriel TPL		-0,00	0,14*
Score du BSL-23			0,58**
BPAQ-SF			
Agression physique	$0{,}13_a$*	$0{,}18_a$**	$0{,}42_b$**
Agression verbale	$0{,}05_a$	$0{,}16_a$**	$0{,}38_b$**
Colère	$0{,}23_a$**	$0{,}32_a$**	$0{,}59_b$**
Hostilité	$0{,}02_a$	$0{,}44_b$**	$0{,}60_c$**
Score global	$0{,}14_a$*	$0{,}35_b$**	$0{,}63_c$**

Note. Les corrélations dans une même ligne avec des lettres différentes sont significativement différentes à $p < 0{,}05$ en utilisant la procédure de Steiger (1980) pour les corrélations indépendantes, calculées à l'aide du logiciel en ligne de Lenhard et Lenhard (2014). Dx catégoriel TPL = diagnostic de trouble de la personnalité limite évalué par les psychologues selon le modèle catégoriel du DSM-5. BSL-23 = *Borderline Symptom List – 23.* Dx hybride TPL du MATP = diagnostic du TPL extrait à partir des scores obtenus aux questionnaires basés sur le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5. BPAQ-SF = *Buss-Perry Aggression Questionnaire Short Form*. * $p < 0{,}05$. ** $p < 0{,}01$.

Nous avons également effectué des comparaisons entre les corrélations en utilisant la transformation *r* à *z* de Steiger (1980). Les résultats mettent de l'avant que le diagnostic hybride MATP du DSM-5 est plus fortement associé à l'agression physique, l'agression verbale, la colère, l'hostilité et le score global d'agression que le score du BSL-23 et le diagnostic catégoriel évalué par les psychologues. L'hostilité et le score d'agression global sont plus fortement associés au score du BSL-23 qu'au diagnostic catégoriel.

Ensuite, pour répondre au deuxième objectif, qui consiste à vérifier si les trois façons de concevoir le TPL peuvent prédire statistiquement l'agression et ses différentes

dimensions, nous avons effectué des régressions linéaires multiples. Les résultats de ces analyses sont présentés dans le Tableau 6.

Les résultats indiquent que le diagnostic catégoriel du TPL par le DSM-5 prédit la dimension de la colère dans l'agression de façon significative ($\beta = 0{,}226$, $p < 0{,}001$), expliquant 4,7 % de la variance de la colère ($p < 0{,}001$). Le diagnostic catégoriel du TPL par le DSM-5 prédit également la dimension de l'agression physique de façon significative ($\beta = 0{,}134$, $p = 0{,}035$), expliquant 1,4 % de sa variance ($p = 0{,}035$). Les résultats montrent aussi que le diagnostic catégoriel du TPL par le DSM-5 est un prédicteur significatif de l'agression en général ($\beta = 0{,}140$, $p = 0{,}027$). En ce qui a trait au score du BSL-23, ce dernier prédit de façon significative toutes les dimensions de l'agression ($\beta = 0{,}245$-$0{,}445$, $p < 0{,}001$), expliquant 13,1 % du score total d'agression ($p < 0{,}001$). Plus spécifiquement, le BSL-23 explique 3,5 % de l'agression physique ($p < 0{,}001$), 3,2 % de la variance de l'agression verbale ($p = 0{,}001$), 10,7 % de la variance de la colère ($p < 0{,}001$) et 18,9 % de l'hostilité ($p < 0{,}001$).

Enfin, le diagnostic hybride du TPL du MATP prédit également de façon significative toutes les dimensions de l'agression ($\beta = 0{,}390$-$0{,}635$, $p < 0{,}001$), expliquant la variance du score total de l'agression à 40,1 % ($p < 0{,}001$). Plus spécifiquement, ce modèle explique 17,9 % de l'agression physique ($p < 0{,}001$), 14,9 % de la variance de l'agression verbale ($p < 0{,}001$), 33,2 % de la variance de la colère ($p < 0{,}001$) et 35,4 % de l'hostilité ($p < 0{,}001$).

Tableau 6

Résultats des régressions linéaires entre les trois conceptualisations du TPL et les scores du BPAQ-SF

Conceptualisations du TPL	Dimensions de l'agression	*F*	R^2	R^2 ajusté	*B*	β	*t*
Dx catégoriel TPL	Agression physique	4,484*	0,018	0,014	0,438	0,134	2,118*
	Agression verbale	0,743	0,003	-0,001	0,136	0,055	0,862
	Colère	13,340**	0,051	0,047	0,662	0,226	3,652**
	Hostilité	0,049	0,000	-0,004	0,014	0,040	0,222
	Score global d'agression	4,953*	0,020	0,016	0,319	0,140	2,225*
Score du BSL-23	Agression physique	11,239**	0,038	0,035	0,341	0,195	3,352**
	Agression verbale	10,314*	0,035	0,032	0,243	0,187	3,212*
	Colère	35,049**	0,110	0,107	0,526	0,331	5,920**
	Hostilité	67,233**	0,191	0,189	0,667	0,438	8,200**
	Score global d'agression	43,956**	0,134	0,131	0,444	0,366	6,630**
Dx hybride TPL du MATP	Agression physique	63,128**	0,182	0,179	0,251	0,426	7,945**
	Agression verbale	50,947**	0,152	0,149	0,171	0,390	7,138**
	Colère	142,893**	0,335	0,332	0,309	0,579	11,954**
	Hostilité	157,497**	0,357	0,354	0,306	0,597	12,550**
	Score global d'agression	191,484**	0,403	0,401	0,259	0,635	13,838**

Note. Dx catégoriel TPL = diagnostic de trouble de la personnalité limite évalué par les psychologues selon le modèle catégoriel du DSM-5. BSL-23 = *Borderline Symptom List – 23.* Dx hybride TPL du MATP = diagnostic du TPL extrait à partir des scores obtenus aux questionnaires basés sur le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5. BPAQ-SF = *Buss-Perry Aggression Questionnaire Short Form*.
* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Le Tableau 7 présente les résultats aux analyses de validité incrémentielle entre les trois conceptualisations afin de vérifier si ces dernières ont une valeur ajoutée les unes par rapport aux autres pour prédire statistiquement l'agression. Pour ce faire, des régressions multiples hiérarchiques ont été effectuées.

Premièrement, nous avons vérifié si le score du BSL-23 expliquait une plus grande proportion de variance par rapport au diagnostic catégoriel du TPL par le DSM-5. Pour toutes les dimensions de l'agression du BPAQ-SF, incluant le score total de l'agression ($\Delta R^2 = 0{,}111$, $p < 0{,}001$), l'ajout de l'opérationnalisation du TPL par le BSL-23 augmente significativement la proportion de variance expliquée pour l'agression, qui varie typiquement pour les différentes composantes de l'agression entre 2,8 % pour les dimensions d'agression physique ($p = 0{,}003$) et d'agression verbale ($p = 0{,}020$) et 19,7 % pour la dimension de l'hostilité ($p < 0{,}001$).

Deuxièmement, nous avons vérifié si le diagnostic hybride MATP du DSM-5 expliquait une plus grande proportion de variance par rapport au diagnostic catégoriel du TPL par le DSM-5. Pour toutes les dimensions de l'agression du BPAQ-SF, incluant le score total de l'agression ($\Delta R^2 = 0{,}376$, $p < 0{,}001$), l'ajout du diagnostic hybride MATP du DSM-5 augmente significativement la proportion de variance expliquée pour l'agression, qui varie plus spécifiquement pour ses différentes composantes entre 13,1 % pour l'agression verbale ($p < 0{,}001$) et 35,8 % pour la dimension de l'hostilité ($p < 0{,}001$).

Tableau 7

Validité incrémentielle des trois conceptualisations du TPL quant à la prédiction de l'agression dans ses principales formes

Variables prédites du BPAQ-SF		Étape 1	Étape 2		
		Dx catégoriel TPL	Dx catégoriel TPL	+	Score du BSL-23
Agression physique	*B*	0,438*	0,438*		0,299**
	β	0,134*	0,134*		0,168**
	R^2	0,018		0,046	
	R^2 ajusté	0,014		0,038	
	ΔR^2	--		0,028	
	ΔF	4,484*		7,280**	
Agression verbale	*B*	0,136	0,136		0,248**
	β	0,055	0,055		0,190**
	R^2	0,003		0,031	
	R^2 ajusté	-0,001		0,023	
	ΔR^2	--		0,028	
	ΔF	0,743		7,143**	
Colère	*B*	0,662***	0,663***		0,446***
	β	0,226***	0,227***		0,280***
	R^2	0,051		0,130	
	R^2 ajusté	0,047		0,123	
	ΔR^2	--		0,079	
	ΔF	13,340***		22,223***	
Hostilité	*B*	0,040	0,040		0,667***
	β	0,014	0,014		0,444***
	R^2	0,000		0,197	
	R^2 ajusté	-0,004		0,191	
	ΔR^2	--		0,197	
	ΔF	0,049***		60,448***	
Score global d'agression	*B*	0,319*	0,319		0,412***
	β	0,140*	0,140		0,333***
	R^2	0,020		0,131	
	R^2 ajusté	0,016		0,124	
	ΔR^2	--		0,111	
	ΔF	4,953*		31,437***	

Tableau 7

Validité incrémentielle des trois conceptualisations du TPL quant à la prédiction de l'agression dans ses principales formes (suite)

Variables prédites du BPAQ-SF		Étape 1	Étape 2		
		Dx catégoriel TPL	Dx catégoriel TPL	+	Dx hybride TPL du MATP
Agression physique	*B*	0,438*	0,282		0,252***
	β	0,134*	0,086		0,427***
	R^2	0,018		0,198	
	R^2 ajusté	0,014		0,191	
	ΔR^2	--		0,180	
	ΔF	4,484*		55,248***	
Agression verbale	*B*	0,136	0,035		0,162***
	β	0,055	0,014		0,364***
	R^2	0,003		0,134	
	R^2 ajusté	-0,001		0,127	
	ΔR^2	--		0,131	
	ΔF	0,743		37,102***	
Colère	*B*	0,662***	0,482**		0,292***
	β	0,226***	0,165**		0,555***
	R^2	0,051		0,355	
	R^2 ajusté	0,047		0,350	
	ΔR^2	--		0,304	
	ΔF	13,340***		116,058***	
Hostilité	*B*	0,040	0,148		0,304***
	β	0,014	-0,053		0,602***
	R^2	0,000		0,358	
	R^2 ajusté	-0,004		0,353	
	ΔR^2	--		0,358	
	ΔF	0,049		137,084***	
Score global d'agression	*B*	0,319*	0,163		0,253***
	β	0,140*	0,072		0,617***
	R^2	0,020		0,396	
	R^2 ajusté	0,016		0,391	
	ΔR^2	--		0,376	
	ΔF	4,953*		153,029***	

Tableau 7

Validité incrémentielle des trois conceptualisations du TPL quant à la prédiction de l'agression dans ses principales formes (suite)

Variables prédites du BPAQ-SF		Étape 1	Étape 2		
		Score du BSL-23	Score du BSL-23	+	Dx hybride TPL du MATP
Agression physique	*B*	0,341***	-0,138		0,278***
	β	0,195***	-0,079		0,472***
	R^2	0,038		0,186	
	R^2 ajusté	0,035		0,180	
	ΔR^2	--		0,148	
	ΔF	11,239***		51,436***	
Agression verbale	*B*	0,243**	-0,077		0,186**
	β	0,187**	-0,059		0,424**
	R^2	0,035		0,154	
	R^2 ajusté	0,032		0,148	
	ΔR^2	--		0,119	
	ΔF	10,314**		39,955***	
Colère	*B*	0,526***	-0,011		0,311***
	β	0,331***	-0,007		0,582***
	R^2	0,110		0,335	
	R^2 ajusté	0,107		0,330	
	ΔR^2	--		0,225	
	ΔF	35,049***		95,675***	
Hostilité	*B*	0,667***	0,209*		0,266***
	β	0,438***	0,137*		0,518***
	R^2	0,191		0,369	
	R^2 ajusté	0,189		0,365	
	ΔR^2	--		0,178	
	ΔF	67,233***		79,734***	
Score global d'agression	*B*	0,444***	-0,004		0,260***
	β	0,366***	-0,004		0,637***
	R^2	0,134		0,403	
	R^2 ajusté	0,131		0,399	
	ΔR^2	--		0,269	
	ΔF	43,956***		127,311***	

Note. Dx catégoriel TPL = diagnostic de TPL évalué par les psychologues selon le modèle catégoriel du DSM-5. BSL-23 = *Borderline Symptom List – 23.* Dx hybride TPL du MATP = diagnostic du TPL extrait à partir des scores obtenus aux questionnaires basés sur le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5. BPAQ-SF = *Buss-Perry Aggression Questionnaire Short Form*.
* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Finalement, nous avons vérifié si le diagnostic hybride MATP du DSM-5 expliquait une plus grande proportion de variance par rapport au score du BSL-23. Pour toutes les dimensions de l'agression du BPAQ-SF, incluant le score total de l'agression ($\Delta R^2 = 0{,}269$, $p < 0{,}001$), l'ajout du modèle du diagnostic hybride MATP du DSM-5 augmente significativement la proportion de variance expliquée pour l'agression, qui varie plus spécifiquement pour ses différentes composantes entre 11,9 % pour l'agression verbale ($p = 0{,}001$) et 22,5 % pour la dimension de la colère ($p < 0{,}001$).

En comparant les trois conceptualisations du TPL par rapport à l'agression, les résultats montrent que le diagnostic hybride MATP du DSM-5 prédit significativement davantage l'agression sur un plan statistique que les autres opérationnalisations du TPL à l'étude.

Discussion

Cette dernière section permet d'effectuer un retour sur les principaux résultats en lien avec les hypothèses de recherche et les travaux antérieurs. D'abord, un retour sur les deux objectifs de recherche sera effectué pour discuter des principaux résultats. Ensuite, les forces et les limites de l'étude seront énoncées. Enfin, la dernière partie de cette section présentera des implications cliniques ainsi que des pistes pour des recherches futures.

Retour sur le premier objectif

Le premier objectif du présent essai visait à vérifier la magnitude des corrélations entre trois principales conceptualisations du TPL, soit : (1) le diagnostic catégoriel du DSM-5, posé par des psychologues en milieu clinique; (2) le score dimensionnel fourni par le questionnaire autorapporté du BSL-23; et (3) le diagnostic hybride proposé dans le MATP du DSM-5 et qui a été généré par deux questionnaires autorapportés, soit le SIFS et le PID-5-FBF. Nous avons d'abord posé l'hypothèse qu'il y aurait une corrélation significative modérée ($0,3 \leq r \leq 0,5$) entre le diagnostic catégoriel du TPL et le diagnostic hybride proposé dans le MATP du DSM-5. Ensuite, nous attendions une corrélation significative modérée ($0,3 \leq r \leq 0,5$) entre le diagnostic catégoriel du TPL du DSM-5 et le score dimensionnel du BSL-23 pour notre deuxième hypothèse. Finalement, nous attendions également une corrélation significative modérée ($0,3 \leq r \leq 0,5$) entre le diagnostic hybride du TPL par le MATP et le score dimensionnel du BSL-23.

Parmi les résultats notables, les analyses de nos données indiquent que le diagnostic catégoriel du TPL selon le DSM-5 n'est pas significativement corrélé avec le score dimensionnel du BSL-23, ce qui indique que notre première hypothèse n'a pu être confirmée. Différentes hypothèses pourraient expliquer ce résultat. D'abord, nos résultats pourraient diverger de ceux observés dans les études précédentes en raison de différences méthodologiques. En effet, les études antérieures ont utilisé des entrevues structurées ou semi-structurées pour comparer le lien entre les symptômes du BSL-23 et ceux évalués par le diagnostic catégoriel du TPL (Bohus et al., 2009; Glenn et al., 2009; Kleindienst et al., 2020; Nicastro et al., 2016).

Par ailleurs, plusieurs divergences méthodologiques peuvent avoir influencé le processus de collecte et d'analyse des données, entrainant des résultats potentiellement différents. Notamment, les résultats rapportés dans l'article de Bohus et de ses collègues (2009) sont basés sur plusieurs échantillons de patients diagnostiqués avec un TPL, utilisés pour valider la version abrégée du BSL-23. Parmi ces échantillons, certains patients ont été diagnostiqués selon l'entrevue SCID-II-PQ, tandis que d'autres ont été évalués en fonction du nombre de critères du DSM-IV qu'ils présentaient, lors d'entretiens menés par des cliniciens formés et expérimentés. Dans le cas de l'étude menée par Glenn et ses collègues (2009), les auteurs ont utilisé la version longue du BSL (BSL-95).

Une autre hypothèse se fonde sur les différences quant aux opérationnalisations du TPL entre le diagnostic catégoriel du DSM-5 et le BSL-23. Notamment, certains critères

du diagnostic catégoriel du TPL ne seraient pas couverts par le BSL (Glenn et al., 2009). Par exemple, Glenn et ses collègues (2009) soulignent que le critère 1 du diagnostic catégoriel, qui correspond aux efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (APA, 2013), ne serait pas représenté dans le BSL (Glenn et al., 2009).

Par ailleurs, une autre hypothèse explicative pourrait être envisagée en lien avec les distinctions fondamentales entre les différentes méthodes d'évaluation clinique et autorapportée. Comme mentionné précédemment, l'évaluation du TPL selon le modèle catégoriel reposait sur le jugement clinique, permettant au professionnel de poser un diagnostic sur la base de comportements observables. À l'inverse, le BSL-23 constitue une mesure dimensionnelle autorapportée, qui permet d'évaluer de manière quantitative les plaintes subjectives et intériorisées caractéristiques du TPL, comme la honte, l'autocritique, la méfiance et l'impuissance (Bohus et al., 2009).

Ensuite, contrairement à ce qui était rapporté dans la littérature et à ce qui était attendu, soit une corrélation modérée entre le diagnostic catégoriel du TPL du DSM-5 et le diagnostic hybride du TPL du MATP (Gamache, Savard et al., 2022; Hines et al., 2024; Sellbom et al., 2014), l'analyse de nos données indique une faible association, tout de même statistiquement significative, entre les deux différentes approches diagnostiques. Différentes propositions pourraient expliquer la divergence entre nos hypothèses et nos résultats concernant la faible association entre le diagnostic catégoriel du TPL du DSM-5 et le diagnostic hybride du TPL du MATP. Une première hypothèse pourrait être fondée,

ici également, sur des divergences méthodologiques, notamment en ce qui concerne les différentes modalités d'évaluation du diagnostic catégoriel du TPL. Hines et ses collègues (2024) ont utilisé la SCID-5-PD (First et al., 2015) afin de poser le diagnostic catégoriel du TPL, alors que Sellbom et ses collègues (2014) ont utilisé plusieurs instruments (PDQ-4, SCID-II et MSI-BPD) pour mesurer la symptomatologie du TPL. En outre, dans le cas de l'étude de Hines et de ses collègues, l'évaluation était réalisée par des étudiants au doctorat qui ont été formés pour réaliser des évaluations diagnostiques. Similairement à notre étude, le diagnostic hybride du TPL par le MATP a été extrait de questionnaires autorapportés, soit le *Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0* (LPFS-BF-2.0; Weekers et al., 2019) pour le Critère A et le *Five-Factor Borderline Inventory – Short Form* (FFBI-SF; DeShong et al., 2016) pour le Critère B. En revanche, dans notre étude, le diagnostic a été posé par des cliniciens ayant plusieurs années d'expérience dans le domaine en milieu clinique naturel, sans toutefois être appuyé par un outil psychométrique. Une deuxième hypothèse, appuyée par les résultats de Hines et de ses collègues, propose que certains participants ayant reçu un diagnostic catégoriel du TPL ne répondent pas aux critères du diagnostic du TPL selon le MATP. Cette différence s'expliquerait surtout par l'absence d'élévations marquées dans les facettes associées à l'antagonisme (c.-à-d., hostilité) ou à la désinhibition (c.-à-d., impulsivité ou prise de risque), tel que défini par le MATP. Cette distinction les différencie des participants répondant aux critères des deux modèles. De plus, certains critères ne sont pas explicitement couverts dans le diagnostic du TPL du MATP. Plus précisément, le dernier critère du diagnostic catégoriel, qui aborde les expériences de dissociation, ne trouve pas d'équivalent

dans le MATP – alors qu'il est plausible que ce critère ait été pris en considération par les cliniciens ayant posé le diagnostic de TPL selon l'approche catégorielle du DSM-5.

Enfin, notre troisième hypothèse est la seule à être confirmée, puisque les résultats montrent que le diagnostic du TPL du MATP et le score dimensionnel du BSL-23 sont associés de façon élevée (≥ 0,50). Ces résultats sont en adéquation avec ceux obtenus par Gamache, Savard et leurs collègues (2022). Ces résultats pourraient être notamment expliqués par l'utilisation de questionnaires autorapportés pour mesurer les symptômes du TPL. Il est possible que cette corrélation puisse être, en partie, amplifiée en raison de l'utilisation d'une méthode ou d'une source commune (Podsakoff et al., 2012).

Retour sur le second objectif

Le second objectif de cette étude visait, dans un premier temps, à examiner les corrélations entre les différentes opérationnalisations du TPL et l'agression. Cette dernière a été mesurée à l'aide d'un score global, ainsi que selon ses quatre dimensions spécifiques : (1) l'agression physique, (2) l'agression verbale, (3) la colère, et (4) l'hostilité. La deuxième partie de ce second objectif consistait à explorer si l'une des trois conceptualisations du TPL expliquait sur un plan statistique davantage de variance de l'agression et de ses différentes dimensions que les autres.

Pour répondre à la première partie de notre second objectif, nous avons donc réalisé des analyses corrélationnelles entre les trois différentes conceptualisations du TPL et les

cinq scores d'agression, pour ensuite effectuer des comparaisons des magnitudes des corrélations en utilisant la transformation *r* à *z* de Steiger (1980). Les résultats indiquent que le diagnostic hybride MATP du DSM-5 est plus fortement associé à toutes les dimensions de l'agression, comparativement au score du BSL-23 et au diagnostic catégoriel du DSM-5 évalué par les psychologues. Les corrélations observées pour les dimensions de l'hostilité et le score global d'agression sont plus élevées pour le score du BSL-23 que pour le diagnostic catégoriel.

Pour répondre à la deuxième partie de notre second objectif, des régressions linéaires multiples ont par la suite été réalisées afin de vérifier si les conceptualisations du TPL permettent de prédire statistiquement l'agression et ses différentes dimensions. Une analyse de régression multiple hiérarchique avait ensuite pour but d'explorer si l'une des conceptualisations prédit statistiquement davantage de variance de l'agression et de ses différentes dimensions.

Parmi les résultats notables, le diagnostic catégoriel du DSM-5 prédisait l'agression physique, la colère et le score global, conformément aux hypothèses. Ce résultat pourrait refléter, au moins en partie, l'influence de certains critères diagnostiques sur le jugement clinique menant à l'attribution d'un diagnostic catégoriel de TPL. En effet, certains critères du DSM-5 incluent explicitement des manifestations associées à la colère et à l'agressivité. C'est notamment le cas du critère 8, qui concerne des colères intenses et inappropriées ou une difficulté à contrôler la colère (p. ex., irritabilité persistante, accès

de colère ou bagarres répétées; APA, 2013), et qui pourrait ainsi orienter les cliniciens vers un diagnostic de TPL lorsque de tels comportements sont présents. Par ailleurs, les critères 1 et 2 du DSM-IV (et du DSM-5), portant respectivement sur les peurs d'abandon et l'instabilité des relations interpersonnelles, sont également susceptibles d'être associés à des comportements violents envers autrui, notamment dans des contextes marqués par des sentiments de rejet, de menace ou de conflit (Gardner et al., 2012).

En ce qui concerne le lien entre le BSL-23 et les différentes dimensions de l'agression, nos hypothèses ont été confirmées par les résultats, démontrant que le score du BSL-23 prédirait de façon significative toutes les dimensions de l'agression. Ces résultats font écho à l'étude de Mancke et de ses collègues (2017) qui souligne que la dysrégulation émotionnelle et la colère-trait (c.-à-d., la tendance générale d'un individu à ressentir et à exprimer de la colère dans différentes situations) jouaient un rôle de médiateurs séquentiels dans la relation entre les symptômes du TPL et l'agression et ses dimensions mesurées par l'AQ (Buss & Perry, 1992). Ainsi, conformément aux principales approches théoriques du TPL (Crowell et al., 2009; Glenn & Klonsky, 2009), la dysrégulation émotionnelle peut être envisagée comme une vulnérabilité psychologique sous-jacente, susceptible de favoriser l'émergence de la colère, laquelle peut, à terme, conduire à des manifestations d'agression chez les individus présentant un TPL. De plus, l'hostilité et la colère apparaissent comme des prédicteurs plus significatifs de la variance de l'agression telle que conceptualisée par le BSL-23, qui couvre bien l'expérience interne des personnes qui ont un diagnostic du TPL comme la colère, la rage ou le ressentiment.

Finalement, les résultats confirment notre hypothèse selon laquelle le diagnostic hybride du MATP prédit plus fortement le score global d'agression que les approches catégorielle et dimensionnelle. Ces résultats pourraient s'expliquer par la couverture plus étendue du modèle hybride, notamment en ce qui concerne les symptômes internalisés et externalisés du TPL.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour soutenir nos résultats. Notamment, l'étude de Mancke et ses collègues (2015) constitue un point de référence pertinent, puisqu'elle s'intéresse à l'agression dans le TPL à travers différentes dimensions biocomportementales telles que la dysrégulation affective, l'impulsivité, l'hypersensibilité à la menace et le fonctionnement empathique. Ces auteurs proposent des liens entre plusieurs de ces dimensions biocomportementales et deux éléments du Critère A (c.-à-d., les déficits d'empathie et la perturbation de l'identité), ainsi qu'avec les traits pathologiques du Critère B tels que la labilité émotionnelle, l'impulsivité et l'hostilité, qui sont des traits du TPL tels que définis dans le MATP. D'autres recherches vont dans le même sens. Par exemple, certaines études ont souligné que l'hostilité et la prise de risque, des traits inclus dans le diagnostic du TPL selon le MATP, constituent des prédicteurs significatifs de l'agression (Dunne et al., 2018; Leclerc et al., 2022). De surcroit, les résultats de Leucci et de ses collègues (2024) montrent également que les dimensions de l'agression verbale et physique seraient associées à la facette de l'hostilité du PID-5 (Krueger et al., 2012). Ainsi, les éléments identifiés dans ces différentes études, soit le déficit d'empathie, la perturbation de l'identité, la labilité émotionnelle, l'impulsivité, la prise de risque et

l'hostilité, pourraient contribuer à expliquer les comportements d'agression observés. Rappelons que, dans notre étude, la présence des quatre éléments d'altération du fonctionnement (Critère A) et sept traits pathologiques de la personnalité (Critère B) constituaient le score total utilisé pour établir le score MATP.

Intégration des principaux résultats de l'étude

Bien qu'il ne soit pas possible de tirer des conclusions définitives, nous tenterons de mettre en relation nos deux objectifs concernant les différentes conceptualisations du TPL et les débats actuels dans la littérature sur les diagnostics catégoriels des TPs. D'abord, comme nous en avons discuté précédemment, de nombreuses limites ont été soulevées dans la littérature au sujet du diagnostic catégoriel des TPs, comme la comorbidité excessive entre les diagnostics (Clark, 2007; Huang et al., 2009; Widiger & Samuel, 2005; Widiger & Trull, 2007), l'hétérogénéité symptomatique au sein d'un même trouble (Biskin & Paris, 2012; Skodol, 2012; Trull et al., 2011), les délimitations diagnostiques souvent arbitraires (Hopwood et al., 2018; Widiger et al., 2002), la perte d'informations cliniquement pertinentes en dessous du seuil diagnostique (Somma et al., 2019; Widiger et al., 2002), ainsi que l'instabilité notable des diagnostics dans le temps (Porter & Risler, 2014; Widiger & Trull, 2007).

Ces limites peuvent faire référence à certaines caractéristiques méthodologiques de notre propre étude. Tout d'abord, nous n'avons pas recensé le nombre de critères remplis pour chaque diagnostic catégoriel au sein de notre échantillon (cette information n'étant

pas disponible au dossier des participants), et nous n'avons pas eu recours à des entrevues structurées ou semi-structurées pour établir les diagnostics afin de rester fidèles aux pratiques courantes en milieu clinique (Zimmermann et al., 2019). En contexte de recherche, les diagnostics de TPs reposent généralement sur un ou plusieurs questionnaires d'autoévaluation, combinés à des entretiens diagnostiques semi-structurés, ce qui permet une évaluation détaillée de l'ensemble des critères associés à ces troubles (Widiger & Samuel, 2005). Toutefois, bien que cette approche soit largement utilisée, il est légitime de se demander si elle ne conduit pas, paradoxalement, à une perte d'informations cliniquement significatives situées sous le seuil diagnostique (Somma et al., 2019; Widiger et al., 2002).

Les différences méthodologiques entre les travaux antérieurs et le nôtre soulèvent des interrogations quant aux divergences potentielles entre le diagnostic établi par le jugement clinique et celui fondé sur des mesures autorapportées. Plusieurs études ont déjà mis en lumière des écarts considérables entre les évaluations réalisées par les patients eux-mêmes et celles effectuées par les cliniciens dans le cadre de l'évaluation des traits de personnalité (Bottesi et al., 2024; Davidson et al., 2003; Samuel, 2015; Samuel et al., 2018). Bien qu'il ne soit pas possible de tirer de conclusions définitives, certains éléments méritent d'être soulignés. Il semble notamment pertinent d'envisager un rapprochement entre les prédictions plus significatives de l'agression, évaluées à l'aide du BPAQ-SF (Genoud & Zimmermann, 2009), le score obtenu au questionnaire du BSL-23 (Bohus et al., 2009) et le diagnostic du TPL selon le MATP. Ces trois mesures reposent sur l'autoévaluation du

patient. Cette comparaison peut permettre d'évaluer la concordance avec les prédictions issues du diagnostic catégoriel clinique. Cette distinction dans les sources d'évaluation pourrait en partie expliquer les variations observées dans les résultats. D'abord, bien que le BSL-23 et le diagnostic du TPL par le MATP prédisaient toutes les formes d'agression, ces approches dimensionnelle et hybride ont démontré ici qu'elles prédisaient une plus grande variance des dimensions intériorisées associées à l'agression (hostilité, colère) que des dimensions extériorisées (agression physique et verbale). Plus précisément, le BSL-23 expliquait 10,7 % de la variance de la colère et 18,9 % de celle de l'hostilité, tandis qu'il n'en expliquait que 3,5 % de l'agression physique et 3,2 % de l'agression verbale. En comparaison, le diagnostic hybride du MATP permettait de prédire 33,2 % de la variance de la colère et 35,4 % de celle de l'hostilité, ainsi que 17,9 % de l'agression physique et 14,9 % de l'agression verbale. Cette observation s'inscrit dans la lignée des résultats d'une étude récente qui a démontré que les patients avaient tendance à évaluer plus sévèrement la présence de certaines facettes de la personnalité, dont la labilité émotionnelle, par rapport à l'évaluation du clinicien (Bottesi et al., 2024). Il est également pertinent de souligner que les auteurs ont observé que les indices d'accord entre les mesures du clinicien et celles rapportées par le patient ont été plus hauts pour les facettes de l'insécurité liée à la séparation et la dépressivité (Bottesi et al., 2024), faisant partie toutes les deux du diagnostic du TPL par le MATP. À l'inverse, l'une des facettes ayant présenté les plus faibles niveaux d'accord était l'hostilité. Alors que celle-ci est associée à des attitudes et comportements socialement indésirables, les patients pourraient avoir tendance à minimiser ou à dissimuler partiellement l'expression de cette facette – de façon consciente

ou non – dans un contexte clinique (Samuel et al., 2018). La détection de l'hostilité par les cliniciens pourrait donc être limitée. Ces divergences pourraient également expliquer la plus grande variance de l'agression expliquée par les approches hybride et dimensionnelle par rapport au diagnostic catégoriel du TPL par le DSM-5 pour toutes les dimensions de l'agression du BPAQ-SF.

Une autre hypothèse permettant d'expliquer la différence observée entre les formes intériorisées et extériorisées de l'agression peut être éclairée par les travaux portant sur l'identification de profils distincts au sein de la population présentant un TPL. Cette perspective met en évidence une limite du diagnostic catégoriel quant à la grande hétérogénéité à l'intérieur d'une même catégorie de TP (APA, 2000; Biskin & Paris, 2012; Skodol, 2012; Trull et al., 2011). L'identification de différents profils constitue une approche visant à mieux appréhender l'hétérogénéité du TPL (Oladottir et al., 2022), puisque les différences peuvent être importantes entre les patients qui répondent aux critères de la même catégorie de TP du DSM (Krueger et al., 2014). Des auteurs se sont donc intéressés aux différences des manifestations cliniques pour les patients qui répondent à tous les critères diagnostiques du TPL en réalisant une analyse de clusters (Gamache et al., 2021; Oladottir et al., 2022). Par exemple, Gamache et ses collègues (2021) les situent sur un continuum de sévérité : (1) traits limites; (2) pathologie modérée avec impulsivité; (3) pathologie modérée avec problèmes d'identité et de dépressivité; ainsi que (4) pathologie sévère. Oladottir et ses collègues (2022) ont quant à eux observé trois profils de personnalité distincts : (1) le cluster de psychopathologie faible; (2) le

groupe externalisé; et (3) le groupe internalisé. Les auteurs soulignent que les groupes se différencient en ce qui concerne la présence des traits de personnalité, la sévérité de la psychopathologie, ainsi que la régulation et le contrôle des émotions. Plus précisément, le groupe externalisé s'est distingué par des niveaux plus élevés d'impulsivité, de recherche de sensations fortes, ainsi que d'agression verbale et physique, comparativement aux autres groupes. En revanche, le groupe internalisé a présenté des scores plus élevés d'anxiété psychique, de susceptibilité au stress, de manque d'affirmation de soi et de détachement, tout en manifestant une recherche de sensations plus faible que les autres groupes. Chez les patients de notre échantillon, qui consultaient volontairement en vue d'une prise en charge dans une clinique spécialisée, il est plausible que ces derniers aient été davantage en contact avec une détresse subjective et qu'ainsi, leur symptomatologie soit davantage vécue sur un mode internalisé, notamment en ce qui concerne les manifestations de l'agression. Cette caractéristique pourrait contribuer aux divergences constatées entre le diagnostic établi par le jugement clinique et celui obtenu à partir des mesures autorapportées.

Retombées, limites et avenues futures

Cette étude comporte plusieurs forces. D'abord, cette étude permet d'appuyer les études publiées qui suggèrent l'importance et la pertinence des approches hybride et dimensionnelle pour l'évaluation des traits de la personnalité. Plus spécifiquement, les résultats obtenus s'inscrivent dans un corpus de recherches de plus en plus étoffé qui appuie la valeur clinique du MATP (p. ex., Bach & Tracy, 2022; Gamache, Savard et

al., 2022; Maffly-Kipp & Morey, 2024; Sharp & Wall, 2021). De surcroit, notre étude permet d'approfondir le lien entre les différentes conceptualisations du TPL et l'agression. Ensuite, bien que nous ne puissions tirer de conclusions de cause à effet, plusieurs parallèles ont été effectués avec les débats actuels quant à la conceptualisation optimale des TPs à l'aide de trois approches. À ce sujet, cette étude comporte un aspect novateur en comparant trois différentes façons actuelles de conceptualiser le TPL. La comparaison des méthodes diagnostiques du TPL a fait l'objet de peu d'études. En ce qui concerne le diagnostic catégoriel du DSM-5, nous avons également eu recours à la méthode diagnostique habituellement utilisée par les psychologues en contexte clinique, ce qui confère une valeur écologique supplémentaire à notre démarche. Une dernière force est la taille de notre échantillon, obtenu en milieu clinique spécialisé (N = 287).

Les résultats de cet essai doctoral offrent plusieurs retombées cliniques pour l'évaluation et la prise en charge du TPL par rapport à l'agression et ses différentes manifestations. Plus précisément, nos résultats suggèrent que les conceptualisations hybride et dimensionnelle pourraient être davantage privilégiées afin d'évaluer les différentes manifestations de l'agression des personnes ayant un TPL, comparativement à l'approche catégorielle classique encore largement utilisée en contexte clinique.

En effet, le recours exclusif au modèle catégoriel peut limiter la capacité des cliniciens à repérer les manifestations plus internalisées de l'agression, comme la colère et l'hostilité. L'intégration d'opérationnalisations dimensionnelle et hybride du TPL, telles que le

BSL-23 et le MATP, pourrait ainsi permettre une appréciation plus fine et plus nuancée du fonctionnement psychologique des patients.

Par ailleurs, l'utilisation de questionnaires autorapportés validés, comme le BSL-23, le PID-5-FBF et le SIFS, apparait particulièrement pertinente en milieu clinique spécialisé. Ces outils, relativement faciles à administrer, pourraient être intégrés aux protocoles d'évaluation initiale afin d'identifier rapidement les patients présentant des niveaux élevés d'agression ou de détresse interne. Ils pourraient également servir d'outils de suivi clinique, permettant de documenter l'évolution des symptômes et des manifestations d'agression au cours du traitement, l'élaboration de formulations de cas plus intégratives et de guider le choix d'interventions ciblées, par exemple des interventions axées sur la régulation émotionnelle comme la gestion de la colère. Dans l'ensemble, nos résultats appuient donc l'intégration d'approches dimensionnelle et hybride au processus diagnostique du TPL afin d'améliorer la précision de l'évaluation et de soutenir une prise en charge plus personnalisée des comportements d'agression.

Les résultats de l'ensemble de l'essai doivent être nuancés à la lumière de certaines limites. Premièrement, l'étude a été menée auprès d'un échantillon de participants issus d'un seul centre de traitement (et donc d'une seule région administrative du Québec), avec une majorité de femmes.

Certaines études soulignent les biais potentiels liés au genre en lien avec les critères diagnostiques du TPL (Maffly-Kipp & Morey, 2024; Morey, 2019). Notamment, les résultats de l'étude de Morey (2019) indiquent que les critères diagnostiques du TPL selon le DSM-IV semblent faire l'objet d'une meilleure fiabilité intercliniciens lorsque le cas présenté est féminin, alors que la description d'un cas masculin tend à réduire l'accord entre cliniciens sur les critères individuels du TPL. De plus, McCredie et Morey (2019) ont rapporté que les cas identifiés comme étant des femmes étaient jugés comme ayant un fonctionnement professionnel plus élevé. En outre, les femmes cliniciennes avaient tendance à prédire un risque d'agression ou violence plus élevé dans leur évaluation diagnostique, et ce, de façon générale. Dans notre étude, bien que le diagnostic final posé par les psychologues ait été formulé à l'issue d'une discussion de groupe, offrant une certaine forme d'entente interjuges (bien que non quantifiable), de possibles biais diagnostiques ne peuvent être exclus.

Ensuite, comme nous avons souligné dans la section plus haut, certaines limites sur le plan de la méthodologie utilisée peuvent être soulevées. Concernant le deuxième objectif, le devis de recherche corrélationnel ne permet pas d'identifier une relation causale entre le TPL et l'agression. L'information nécessaire pour coter les critères du DSM-5 présents chez nos participants n'était pas disponible dans les dossiers cliniques, lesquels ne rapportaient que le diagnostic catégoriel établi par consensus entre cliniciens, contrairement à d'autres études (p. ex., Maffly-Kipp & Morey, 2024). Ensuite, il n'était pas possible d'utiliser plusieurs méthodes pour évaluer notamment le diagnostic hybride.

Par exemple, une évaluation du TPL pourrait également être réalisée par les cliniciens en évaluant le Critère A et le Critère B avec un outil validé comme le *Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders* (SCID-5 AMPD; First et al., 2018) afin de limiter l'influence potentielle des mesures autorapportées sur nos résultats. À ce sujet, certaines recherches ont démontré que les individus présentant des traits prononcés de TP pourraient présenter un biais de négativité concernant les mesures autorapportées, se traduisant par une tendance à évaluer leurs expériences, leurs émotions ou leurs comportements de manière plus défavorable que ne le feraient des évaluateurs externes (voir p. ex., Samuel et al., 2016; Sleep et al., 2019b).

De plus, comme mentionné précédemment, notre étude s'appuyait sur des données cliniques secondaires et non sur des entrevues structurées ou semi-structurées, lesquelles permettent habituellement une évaluation systématique et détaillée des critères associés à l'ensemble des TPs (Widiger & Samuel, 2005).

Il est possible de proposer plusieurs orientations pour des recherches ultérieures en vue de pallier les limites soulignées dans notre étude. Une première suggestion serait d'inclure des mesures d'autoagression, puisque l'agression chez les personnes avec un TPL peut être dirigée contre soi-même (p. ex., tentatives de suicide, comportements d'automutilation). D'une part, la prévalence des lésions autoinfligées non suicidaires sont de 90 à 95 % respectivement chez les adolescents et les adultes souffrant d'un TPL (Goodman et al., 2017), comparativement à des prévalences de 17 % chez les adolescents

(Muehlenkamp et al., 2012) et 6 % chez les adultes de la communauté (Klonsky, 2011). Chez les personnes avec un TPL, plusieurs tentatives de suicide marquent le cours du traitement (Paris, 2019) et 85 % des personnes faisant partie de cette population ont un historique de tentative de suicide (Links et al., 2013).

Enfin, afin de pallier les limites de la présente étude, il serait pertinent que les recherches futures intègrent diverses méthodes d'évaluation des traits de personnalité telles que des mesures autorapportées, des entrevues structurées ou semi-structurées, ainsi que les jugements cliniques des professionnels. Notamment, Loya et ses collègues (2024) se sont intéressés à l'influence des variations entre les critères diagnostiques utilisés pour évaluer le TPL sur sa prévalence et ses manifestations cliniques, dans un échantillon représentatif à l'échelle nationale. Les résultats ont révélé une grande variabilité de la prévalence selon les six ensembles de critères examinés, allant de 0,5 à 11,4 %. Les résultats de cette étude mettent en évidence la nécessité d'une analyse méthodologique rigoureuse dans l'étude du TPL, puisque de légères modifications des critères diagnostiques peuvent entrainer des variations notables, et ce, tant dans les estimations de prévalence que dans les corrélations établies avec d'autres variables.

Conclusion

Le premier objectif de cette recherche était d'étudier les corrélations statistiques entre trois principales conceptualisations du TPL : le diagnostic catégoriel selon le DSM-5, le score dimensionnel obtenu par le questionnaire autorapporté BSL-23 et le diagnostic hybride proposé par le MATP du DSM-5. Le second objectif visait à analyser les relations entre ces différentes approches du TPL et les diverses dimensions de l'agression, à savoir l'agression physique, l'agression verbale, la colère et l'hostilité, et un score global d'agression. Notre étude visait donc à évaluer laquelle de ces conceptualisations explique le mieux, sur le plan statistique, la variance observée dans l'agression et ses différentes manifestations.

Les corrélations entre les conceptualisations ont révélé une faible association entre le modèle catégoriel et les deux autres conceptualisations, alors qu'une forte corrélation a été obtenue entre les approches dimensionnelle et hybride. Le modèle hybride du MATP prédit significativement mieux l'agression sur toutes les dimensions confondues que les deux autres conceptualisations. Les résultats suggèrent que les approches dimensionnelle et hybride, fondées sur des questionnaires autorapportés, pourraient capter davantage les dimensions intériorisées de l'agression (colère, hostilité), tandis que le modèle catégoriel explique moins bien l'agression globale. L'étude souligne ainsi les limites du modèle catégoriel et appuie l'utilité clinique des approches dimensionnelle et hybride pour évaluer l'agression dans le TPL. Les résultats obtenus contribuent à enrichir la réflexion critique

sur les modalités d'évaluation du TPL et apportent des éléments empiriques susceptibles d'éclairer les discussions actuelles sur la meilleure manière de conceptualiser ce trouble.

Références

American Psychiatric Association (n.d). *DSM History*. https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm/history-of-the-dsm#section_2

American Psychiatric Association. (APA, 1952). *DSM-I: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1re éd.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (APA, 1968). *DSM-II: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2e éd.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (APA, 1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3e éd.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (APA, 1987). *DSM-III-R: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3e éd., rév.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (APA, 1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (APA, 2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd., rév.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

American Psychiatric Association (APA). (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision* (5e éd., rév.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology, 53*(1), 27-51. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135231

Anderson, J. L., & Sellbom, M. (2018). Evaluating the DSM-5 Section III personality disorder impairment criteria. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *9*(1), 51-61. https://doi.org/10.1037/per0000217

Bach, B., & Tracy, M. (2022). Clinical utility of the alternative model of personality disorders: A 10th year anniversary review. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, *13*(4), 369-379. https://doi.org/10.1037/per0000527

Bailey, R. C., & Grenyer, B. F. S. (2013). Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: A systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, *21*(5), 248-258. https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182a75c2c

Bainbridge, T. F., Ludeke, S. G., & Smillie, L. D. (2022). Evaluating the Big Five as an organizing framework for commonly used psychological trait scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *122*(4), 749-777. https://doi.org/10.1037/pspp0000395

Beckwith, H., Moran, P. F., & Reilly, J. (2014). Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: A systematic literature review. *Personality and Mental Health, 8*(2), 91-101. https://doi.org/10.1002/pmh.1252

Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing Level of Personality Functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, *93*(4), 332-346. https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808

Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2007). Borderline personality as a self-other representational disturbance. *Journal of Personality Disorders*, *21*(5), 500-517. https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.500

Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Its causes, consequences, and control*. McGraw-Hill.

Bertsch, K., Back, S., Flechsenhar, A., Neukel, C., Krauch, M., Spieß, K., Panizza, A., & Herpertz, S. C. (2021). Don't make me angry: Frustration-induced anger and its link to aggression in women with borderline personality disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, Article 695062. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.695062

Biskin, R. S., & Paris, J. (2012). Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, *184*(16), 1789-1794. https://doi.org/10.1503/cmaj.090618

Blair R. J. (2004). The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior. *Brain and Cognition*, *55*(1), 198-208. https://doi.org/10.1016/S0278-2626(03)00276-8

Blair R. J. (2010). Neuroimaging of psychopathy and antisocial behavior: A targeted review. *Current Psychiatry Reports*, *12*(1), 76-82. https://doi.org/10.1007/s11920-009-0086-x

Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, *15*, Article 2. https://doi.org/10.1186/s12888-014-0380-y

Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology, 42*(1), 32-39. https://doi.org/10.1159/000173701

Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kühler, T., & Stieglitz, R. D. (2007). Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*, *40*(2), 126-132. https://doi.org/10.1159/000098493

Borteyrou, X., Bruchon-Schweitzer, M., & Berger, C. D. (2008). Une adaptation française du STAXI-2, inventaire de colère-trait et de colère-état de C. D. Spielberger. *L'Encéphale : revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 34*(3), 249-255. https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.06.001

Bottesi, G., Caudek, C., Malerba, A., Caselli, G., Gallo, G., Melli, G., Marsigli, N., Offredi, A., & Sica, C. (2024). Agreement and discrepancies in patient-clinician reports of DSM-5-TR section III maladaptive personality traits: A study on a mixed outpatient sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 15*(1), 94-99. https://doi.org/10.1037/per0000639

Bryant, F. B., & Smith, B. D. (2001). Refining the architecture of aggression: A measurement model for the Buss-Perry Aggression Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, *35*(2), 138-167. https://doi.org/10.1006/jrpe.2000.2302

Buronfosse, A., Robin, M., Speranza, M., Duriez, P., Silva, J., Corcos, M., Perdereau, F., Younes, N., Cailhol, L., Gorwood, P., & Pham-Scottez, A. (2024). The impact of a telephone hotline on suicide attempts and self-injurious behaviors in patients with borderline personality disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, Article 1288195. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1288195

Buss, A. H. (1988). *Personality: Evolutionary heritage and human distinctiveness.* Lawrence Erlbaum Associates.

Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*(3), 452-459. https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452

Chanen A. M. (2015). Borderline personality disorder in young people: Are we there yet? *Journal of Clinical Psychology, 71*(8), 778-791. https://doi.org/10.1002/jclp.22205

Chun, K. M., & Nelson, L. J. (2020). A history and conceptualization of borderline personality diagnosis. Dans C. M. Lepkowsky (Éd.), *Borderline Personality Disorder* (pp. 1-18). Nova Science Publishers, Inc.

Clark L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, *58*, 227-257. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190200

Clark, L. A., Livesley, W. J., & Morey, L. (1997). Personality disorder assessment: The challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders*, *11*(3), 205-231. https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.3.205

Clark, L. A., & Watson, D. (2022). The trait model of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorder (AMPD): A structural review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *13*(4), 328-336. https://doi.org/10.1037/per0000568

Coccaro, E. F., Noblett, K. L., & McCloskey, M. S. (2009). Attributional and emotional responses to socially ambiguous cues: Validation of a new assessment of social/emotional information processing in healthy adults and impulsive aggressive patients. *Journal of Psychiatric Research*, *43*(10), 915-925. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.01.012

Coccaro, E. F., Sripada, C. S., Yanowitch, R. N., & Phan, K. L. (2011). Corticolimbic function in impulsive aggressive behavior. *Biological Psychiatry*, *69*(12), 1153-1159. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.02.032

Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge Academic.

Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *188*(5), 423-431. https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.423

Costa, P. T., Jr., & Widiger, T. A. (2012). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (3e éd.). American Psychological Association.

Crego, C., & Widiger, T. A. (2016). Convergent and discriminant validity of alternative measures of maladaptive personality traits. *Psychological Assessment, 28*(12), 1561-1575. https://doi.org/10.1037/pas0000282

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, *135*(3), 495-510. https://doi.org/10.1037/a0015616

Davidson, K. M., Obonsawin, M. C., Seils, M., & Patience, L. (2003). Patient and clinician agreement on personality using the SWAP-200. *Journal of Personality Disorders*, *17*(3), 208-218. https://doi.org/10.1521/pedi.17.3.208.22148

de Repentigny, É., Ursulet, A., Bessette, M., & Gagnon, J. (2022). Le biais d'attribution d'intention hostile et les traits de la personnalité limite : une étude de potentiel relié aux évènements. *Revue canadienne des sciences du comportement, 54*(4), 322-334. https://doi.org/10.1037/cbs0000303

DeShong, H., Mullins-Sweatt, S. N., Miller, J. D., Widiger, T. A., & Lynam, D. R. (2016). Development of a short form of the Five-Factor Borderline Inventory. *Assessment*, *23*(3), 342-352. https://doi.org/10.1177/10731 91115581475

Dodge, K. A., Malone, P. S., Lansford, J. E., Sorbring, E., Skinner, A. T., Tapanya, S., Tirado, L. M. U., Zelli, A., Alampay, L. P., Al-Hassan, S. M., Bacchini, D., Bombi, A. S., Bornstein, M. H., Chang, L., Deater-Deckard, K., Di Giunta, L., Oburu, P., & Pastorelli, C. (2015). Hostile attributional bias and aggressive behavior in global context. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *112*(30), 9310-9315. https://doi.org/10.1073/pnas.1418572112

Dunne, A. L., Gilbert, F., & Daffern, M. (2018). Investigating the relationship between DSM-5 personality disorder domains and facets and aggression in an offender population using the personality inventory for the DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, *32*(5), 668-693. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_322

Eaton, N. R., & Greene, A. L. (2018). Personality disorders: Community prevalence and socio-demographic correlates. *Current Opinion in Psychology*, *21*, 28-32. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.001

Ellis, A., Abrams, M., & Abrams, L. D. (2009). Psychoanalysis in theory and practice. Dans A. Ellis & M. Abrams (Éds), *Personality theories: Critical perspectives* (pp. 111-140). SAGE Publications, Inc. https://doi.org/10.4135/9781452231617

Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, *41*(4), 561-573. https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008

Few, L. R., Miller, J. D., Rothbaum, A. O., Meller, S., Maples, J., Terry, D. P., Collins, B., & MacKillop, J. (2013). Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*(4), 1057-1069. https://doi.org/10.1037/a0034878

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L. Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders, (SCID-II)*. American Psychiatric Association.

First, M. B., Skodol, A. E., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2018). *User's guide for the SCID-5-AMPD: Structured clinical interview for the DSM-5 alternative Model for Personality Disorders.* American Psychiatric Association.

First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., & Spitzer, R. L. (2015). *User's guide for the SCID-5-PD (Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders)*. American Psychiatric Association.

Frances A. (1980). The DSM-III personality disorders section: A commentary. *The American Journal of Psychiatry*, *137*(9), 1050-1054. https://doi.org/10.1176/ajp.137.9.1050

Fok, M. L., Hayes, R. D., Chang, C. K., Stewart, R., Callard, F. J., & Moran, P. (2012). Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, *73*(2), 104-107. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.05.001

Gagnon, J., & Rochat, L. (2017). Relationships between hostile attribution bias, negative urgency, and reactive aggression. *Journal of Individual Differences*, *38*(4), 211-219. https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000238

Gamache, D., Leclerc, P., Payant, M., Mayrand, K., Nolin, M. C., Marcoux, L. A., Sabourin, S., Tremblay, M., & Savard, C. (2022). Preliminary steps toward extracting the specific alternative Model for Personality Disorders diagnoses from Criteria A and B Self-Reports. *Journal of Personality Disorders*, *36*(4), 476-488. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_35_541

Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P., & Côté, A. (2019). Introducing a short self-report for assessment of DSM-5 Level of Personality Functioning for personality disorders: The Self and Interpersonal Functioning Scale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *10*(5), 438-447. https://doi.org/10.1037/per0000335

Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P., Payant, M., Côté, A., Faucher, J., Lampron, M., & Tremblay, M. (2021). Latent profiles of patients with borderline pathology based on the alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *8*(1), Article 4. https://doi.org/10.1186/s40479-021-00146-w

Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P., Payant, M., Leclerc, P., Dompierre, R.-C., Roy, D., Tremblay, M., Verreault, M., & Villeneuve, É. (2022). Validation d'une procédure de dépistage du trouble de personnalité limite selon le Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5. *Santé mentale au Québec*, *47*(2), 17-39 https://doi.org/10.7202/1098893ar

Gardner, K. J., Archer, J., & Jackson, S. (2012). Does maladaptive coping mediate the relationship between borderline personality traits and reactive and proactive aggression? *Aggressive Behavior*, *38*(5), 403-413. https://doi.org/10.1002/ab.21437

Genoud, P. A., & Zimmermann, G. (2009, 19-20 août). French version of the 12-item Aggression Questionnaire preliminary psychometric properties [Présentation par affiche].11th Congress of the Swiss Psychological Society, Neuchâtel, Suisse. https://www.unifr.ch/cerf/fr/assets/public/pdf/pages%20personnelles/Genoud%20Philippe/2009_SSP.pdf

Genovese, T., Dalrymple, K., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2017). Subjective anger and overt aggression in psychiatric outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, *73*, 23-30. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2016.10.008

Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *23*(1), 20-28. https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.1.20

Glenn, C. R., Weinberg, A., & Klonsky, E. D. (2009). Relationship of the Borderline Symptom List to DSM-IV borderline personality disorder criteria assessed by semi-structured interview. *Psychopathology*, *42*(6), 394-398. https://doi.org/10.1159/000241195

Gollan, J. K., Lee, R., & Coccaro, E. F. (2005). Developmental psychopathology and neurobiology of aggression. *Development and Psychopathology, 17*(4), 1151-1171. https://doi.org/10.1017/S0954579405050546

Goodman, M., & New, A. (2000). Impulsive aggression in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, *2*(1), 56-61. https://doi.org/10.1007/s11920-000-0043-1

Goodman, M., Tomas, I. A., Temes, C. M., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., & Zanarini, M. C. (2017). Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, *11*(3), 157-163. https://doi.org/10.1002/pmh.1375

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(4), 533-545. https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404

Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Patricia Chou, S., June Ruan, W., & Huang, B. (2005). Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research*, *39*(1), 1-9. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.05.004

Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., & Ruan, W. J. (2005). Co-occurrence of DSM-IV personality disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Comprehensive Psychiatry*, *46*(1), 1-5. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2004.07.019

Grilo, C. M., & Udo, T. (2021). Association of borderline personality disorder criteria with suicide attempts among US adults. *JAMA Network Open*, *4*(5), Article e219389. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.9389

Grinker, R. R., Werble, B., & Drye, R. C. (1968). *The borderline syndrome: A behavioral study of egofunctions*. Basic Books.

Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, *166*(5), 530-539. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825

Gunderson, J. G., Fruzzetti, A., Unruh, B., & Choi-Kain, L. (2018). Competing theories of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *32*(2), 148-167. https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.2.148

Gunderson, J. G., & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*, *135*(7), 792-796. https://doi.org/10.1176/ajp.135.7.792

Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *The American Journal of Psychiatry*, *132*(1), 1-10. https://doi.org/10.1176/ajp.132.1.1

Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A., & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of General Psychiatry*, *68*(8), 827-837. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37

Harkness, A. R., & McNulty, J. L. (1994). The Personality Psychopathology-Five (PSY-5): Issues from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. Dans S. Strack & M. Lorr (Éds), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 291-315). Springer.

Herpertz, S. C., Huprich, S. K., Bohus, M., Chanen, A., Goodman, M., Mehlum, L., Moran, P., Newton-Howes, G., Scott, L., & Sharp, C. (2017). The challenge of transforming the diagnostic system of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, *31*(5), 577-589. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_338

Herr, N. R., Keenan-Miller, D., Rosenthal, M. Z., & Feldblum, J. (2013). Negative interpersonal events mediate the relation between borderline features and aggressive behavior: Findings from a nonclinical sample of undergraduate women. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*(3), 254-260. https://doi.org/10.1037/a0032212

Hidalgo, N. A. I., Oelkers-Ax, R., Nagy, K., Mancke, F., Bohus, M., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2016). Time course of facial emotion processing in women with borderline personality disorder: An ERP study. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, *41*(1), 16-26. https://doi.org/10.1503/jpn.140215

Hines, A., Kushner, M. L., Stumpp, N., Semcho, S., Bridges, E., Croom, H., Rahman, A., Cecil, S., Maynard, C., Southward, M. W., Widiger, T. A., & Sauer-Zavala, S. (2024). Different routes to the same destination? Comparing diagnostic and statistical manual of mental Disorders, fifth edition section II- and Alternative Model of Personality Disorder-defined borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, *15*(5), 352-360. https://doi.org/10.1037/per0000676

Hopwood, C. J. (2022). The DSM should replace maladaptive traits with the five-factor model: Comment on Clark and Watson (2022). *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, *13*(4), 343-346. https://doi.org/10.1037/per0000571

Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Widiger, T. A., Althoff, R. R., Ansell, E. B., Bach, B., Michael Bagby, R., Blais, M. A., Bornovalova, M. A., Chmielewski, M., Cicero, D. C., Conway, C., De Clercq, B., De Fruyt, F., Docherty, A. R., Eaton, N. R., Edens, J. F., Forbes, M. K., … Zimmermann, J. (2018). The time has come for dimensional personality disorder diagnosis. *Personality and Mental Health*, *12*(1), 82-86. https://doi.org/10.1002/pmh.1408

Hopwood, C. J., Malone, J. C., Ansell, E. B., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Pinto, A., Markowitz, J. C., Shea, M. T., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., & Morey, L. C. (2011). Personality assessment in DSM-5: Empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of Personality Disorders*, *25*(3), 305-320. https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.305

Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G., & Krueger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *121*(2), 424-432. https://doi.org/10.1037/a0026656

Huang, Y., Kotov, R., de Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., Demyttenaere, K., de Graaf, R., Gureje, O., Karam, A. N., Lee, S., Lépine, J. P., Matschinger, H., Posada-Villa, J., Suliman, S., Vilagut, G., & Kessler, R. C. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *195*(1), 46-53. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.058552

Hughes, F. M., Stuart, G. L., Gordon, K. C., & Moore, T. M. (2007). Predicting the use of aggressive conflict tactics in a sample of women arrested for domestic violence. *Journal of Social and Personal Relationships, 24*(2), 155-176. https://doi.org/10.1177/0265407507075406

Hyler, S. E. (1994). *Personality Diagnostic Questionnaire-4 (PDQ-4)*. New York State Psychiatric Institute.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2015). *Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services* (publication nº 1996). https://www.inspq.qc.ca/publications/1996

Jacob, G. A., Guenzler, C., Zimmermann, S., Scheel, C. N., Rüsch, N., Leonhart, R., Nerb, J., & Lieb, K. (2008). Time course of anger and other emotions in women with borderline personality disorder: A preliminary study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *39*(3), 391-402. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.10.009

Kay, M. L., Poggenpoel, M., Myburgh, C. P., & Downing, C. (2018). Experiences of family members who have a relative diagnosed with borderline personality disorder. *Curationis, 41*(1), e1-e9. https://doi.org/10.4102/curationis.v41i1.1892

Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *15*(3), 641-685. https://doi.org/10.1177/00030651671 1500309

Kernberg, O. F. (1968). The treatment of patients with Borderline Personality Organization. *The International Journal of Psychoanalysis*, *49*(4), 600-619.

Kernberg O. F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *18*(4), 800-822. https://doi.org/10.1177/ 000306517001800403

Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.

Kernberg, O. F. (1987). An ego psychology-object relations theory approach to the transference. *The Psychoanalytic Quarterly, 56*(1), 197-221. https://doi.org/10.1080/ 21674086.1987.11927172

Kernberg, O. F. (2004). A psychoanalytic theory of personality disorders. Dans *Aggressivity, narcissism, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship: New developments in the psychopathology and psychotherapy of severe personality disorders* (pp. 3-26). Yale University Press. https://doi.org/10.12987/ yale/9780300101805.001.0001

Kleindienst, N., Jungkunz, M., & Bohus, M. (2020). A proposed severity classification of borderline symptoms using the Borderline Symptom List (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 7*, Article 11. https://doi.org/10.1186/s40479-020-00126-6

Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, *41*(9), 1981-1986. https://doi.org/10.1017/S0033291710002497

Knight, R. P. (1953). Borderline states. Dans R. M. Loewenstein (Éd.), *Drives, affects, behavior* (pp. 203-215). International Universities Press, Inc. https://doi.org/10.1037/ 10633-012

Korzekwa, M. I., Dell, P. F., & Pain, C. (2009). Dissociation and borderline personality disorder: An update for clinicians. *Current Psychiatry Reports*, *11*(1), 82-88. https://doi.org/10.1007/s11920-009-0013-1

Kuehn, K. S., King, K. M., Linehan, M. M., & Harned, M. S. (2020). Modeling the suicidal behavior cycle: Understanding repeated suicide attempts among individuals with borderline personality disorder and a history of attempting suicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *88*(6), 570-581. https://doi.org/10.1037/ccp0000496

Krause-Utz, A., Winter, D., Schriner, F., Chiu, C. D., Lis, S., Spinhoven, P., Bohus, M., Schmahl, C., & Elzinga, B. M. (2018). Reduced amygdala reactivity and impaired working memory during dissociation in borderline personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *268*(4), 401-415. https://doi.org/10.1007/s00406-017-0806-x

Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, *42*(9), 1879-1890. https://doi.org/10.1017/S0033291711002674

Krueger, R. F., Eaton, N. R., Clark, L. A., Watson, D., Markon, K. E., Derringer, J., Skodol, A., & Livesley, W. J. (2011). Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, *25*(2), 170-191. https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.170

Krueger, R. F., Eaton, N. R., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2011). Personality in DSM-5: helping delineate personality disorder content and framing the metastructure. *Journal of Personality Assessment*, *93*(4), 325-331. https://doi.org/10.1080/00223891.2011.577478

Krueger, R. F., & Hobbs, K. A. (2020). An overview of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders. *Psychopathology*, *53*(3-4), 126-132. https://doi.org/10.1159/000508538

Krueger, R. F., Hopwood, C. J., Wright, A. G. C., & Markon, K. E. (2014). *DSM-5* and the path toward empirically based and clinically useful conceptualization of personality and psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 21*(3), 245-261. https://doi.org/10.1111/cpsp.12073

Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (1988*). The language of psychoanalysis*. Routledge.

Látalová, K., & Prasko, J. (2010). Aggression in borderline personality disorder. *The Psychiatric Quarterly*, *81*(3), 239-251. https://doi.org/10.1007/s11126-010-9133-3

Leclerc, P., Savard, C., Sellbom, M., Côté, A., Nolin, M.-C., Payant, M., Roy, D., & Gamache, D. (2023). Investigating the validity and measurement invariance of the Personality Inventory For DSM-5 Faceted Brief Form among French-speaking clinical and nonclinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 45*(2), 519-536. https://doi.org/10.1007/s10862-022-10000-0

Leclerc, P., Savard, C., Vachon, D. D., Payant, M., Lampron, M., Tremblay, M., & Gamache, D. (2022). Associations between the Personality Inventory for DSM-5 trait facets and aggression among outpatients with personality disorder: A multimethod study. *Comprehensive Psychiatry, 116*, Article 152316. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2022.152316

Lenhard, W., & Lenhard, A. (2014). *Hypothesis tests for comparing correlations*. Psychometrica. https://www.psychometrica.de/correlation.html

Leucci, A. C., De Giorgi, I., Pelizza, L., Bortolotti, B., D'Adda, F., Gammino, L., Gibiino, S., Lia, L., Magro, M., Pellegrini, L., & Menchetti, M. (2024). Borderline personality disorder and aggressive behavior: A study based on the DSM-5 alternative model. *Journal of Psychiatric Research*, *173*, 367-371. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.03.020

Links, P. S., Kolla, N. J., Guimond, T., & McMain, S. (2013). Prospective risk factors for suicide attempts in a treated sample of patients with borderline personality disorder. *Revue canadienne de psychiatrie, 58*(2), 99-106. https://doi.org/10.1177/070674371305800207

Lobbestael, J., Cima, M., & Lemmens, A. (2015). The relationship between personality disorder traits and reactive versus proactive motivation for aggression. *Psychiatry Research*, *229*(1-2), 155-160. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.052

Lobbestael, J., & McNally, R. J. (2016). An empirical test of rejection- and anger-related interpretation bias in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *30*(3), 307-319. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_194

Loya, J. M., Wagner, A., Pittman, B., & Davis, M. T. (2024). Differences in diagnostic rules used to determine borderline personality disorder impact prevalence and associations with clinically relevant variables: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *15*(1), 60-73. https://doi.org/10.1037/per0000643

Lunghi, C., Cailhol, L., Massamba, V., Renaud, S., David, P., Laouan Sidi, E. A., Biskin, R., Koch, M., Martineau, C., Rahme, E., Rochette, L., Sirois, C., Villeneuve, E., Vincent, P., & Lesage, A. (2025). Cluster B personality disorders and psychotropic medications: A focused analysis of trends and patterns across sex and age groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *60*(6), 1499-1509. https://doi.org/10.1007/s00127-024-02768-1

Maffly-Kipp, J., & Morey, L. C. (2024). Comparing the DSM-5 categorical model of personality disorders and the Alternative Model of Personality Disorders regarding clinician judgments of risk and outcome. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *15*(5), 315-321. https://doi.org/10.1037/per0000657

Mancke, F., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2015). Aggression in borderline personality disorder: A multidimensional model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *6*(3), 278-291. https://doi.org/10.1037/per0000098

Mancke, F., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2018). Correlates of aggression in personality disorders: An update. *Current Psychiatry Reports*, *20*(8), Article 53. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0929-4

Mancke, F., Herpertz, S. C., Kleindienst, N., & Bertsch, K. (2017). Emotion dysregulation and trait anger sequentially mediate the association between borderline personality disorder and aggression. *Journal of Personality Disorders*, *31*(2), 256-272. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_247

Maples, J. L., Carter, N. T., Few, L. R., Crego, C., Gore, W. L., Samuel, D. B., Williamson, R. L., Lynam, D. R., Widiger, T. A., Markon, K. E., Krueger, R. F., & Miller, J. D. (2015). Testing whether the DSM-5 personality disorder trait model can be measured with a reduced set of items: An item response theory investigation of the Personality Inventory for DSM-5. *Psychological Assessment*, *27*(4), 1195-1210. https://doi.org/10.1037/pas0000120

McCabe, G. A., & Widiger, T. A. (2020). A comprehensive comparison of the ICD-11 and DSM-5 Section III personality disorder models. *Psychological Assessment*, *32*(1), 72-84. https://doi.org/10.1037/pas0000772

McCloskey, M. S., New, A. S., Siever, L. J., Goodman, M., Koenigsberg, H. W., Flory, J. D., & Coccaro, E. F. (2009). Evaluation of behavioral impulsivity and aggression tasks as endophenotypes for borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *43* (12), 1036-1048. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.01.002

McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, *60*(2), 175-215. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x

McCredie, M. N., & Morey, L. C. (2019). An investigation of the influence of case and clinician gender in clinical decision-making. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 10*(3), 286-290. https://doi.org/10.1037/per0000326

McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Bender, D., Stout, R. L., Yen, S., & Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Toward a hybrid model of axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(5), 883-889. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.883

Morey, L. C. (2005). Personality pathology as pathological narcissism. Dans M. Maj, H. S. Akiskal, J. E. Mezzich, & A. Okasha (Éds), *Evidence and experience in psychiatry: Personality disorders* (Vol. 8, pp. 328-331). Wiley, Ltd.

Morey, L. C. (2017). Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychological Assessment*, *29*(10), 1302-1308. https://doi.org/10.1037/pas0000450

Morey L. C. (2019). Interdiagnostician reliability of the *DSM-5* section II and section III alternative model criteria for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *33*(6), 721-735. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_362

Morey, L. C., Berghuis, H., Bender, D. S., Verheul, R., Krueger, R. F., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing Level of Personality Functioning in DSM-5, part II: Empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of Personality Assessment*, *93*(4), 347-353. https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808

Morey, L. C., & Hopwood, C. J. (2020). Brief report: Expert preferences for categorical, dimensional, and mixed/hybrid approaches to personality disorder diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, *34*(Suppl. C), 124-131. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_398

Morey, L. C., McCredie, M. N., Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2022). Criterion A: Level of Personality Functioning in the alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *13*(4), 305-315. https://doi.org/10.1037/per0000551

Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2013). Convergence between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnostic models for personality disorder: Evaluation of strategies for establishing diagnostic thresholds. *Journal of Psychiatric Practice*, *19*(3), 179-193. https://doi.org/10.1097/01.pra.0000430502.78833.06

Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *6*, Article 10. https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10

Mulder, R., & Tyrer, P. (2023). Borderline personality disorder: A spurious condition unsupported by science that should be abandoned. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *116*(4), 148-150. https://doi.org/10.1177/01410768231164780

Neukel, C., Bullenkamp, R., Moessner, M., Spiess, K., Schmahl, C., Bertsch, K., & Herpertz, S. C. (2022). Anger instability and aggression in borderline personality disorder – an ecological momentary assessment study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *9*(1), Article 29. https://doi.org/10.1186/s40479-022-00199-5

Newhill, C. E., Eack, S. M., & Mulvey, E. P. (2009). Violent behavior in borderline personality. *Journal of Personality Disorders*, *23*(6), 541-554. https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.6.541

Newhill, C. E., Eack, S. M., & Mulvey, E. P. (2012). A growth curve analysis of emotion dysregulation as a mediator for violence in individuals with and without borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *26*(3), 452-467. https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.3.452

Newton-Howes, G., Cunningham, R., & Atkinson, J. (2021). Personality disorder prevalence and correlates in a whole of nation dataset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *56*(4), 679-685. https://doi.org/10.1007/s00127-020-01876-y

Newton-Howes, G., Weaver, T., & Tyrer, P. (2008). Attitudes of staff towards patients with personality disorder in community mental health teams. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *42*(7), 572-577. https://doi.org/10.1080/00048670802119739

Nicastro, R., Prada, P., Kung, A. L., Salamin, V., Dayer, A., Aubry, J. M., Guenot, F., & Perroud, N. (2016). Psychometric properties of the French Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *3*, Article 4. https://doi.org/10.1186/s40479-016-0038-0

Nicolle, B., & Gauld, C. (2022). Le concept d'injustice épistémique en psychiatrie : quels apports, de la clinique à la classification des troubles mentaux ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 180*(6), 481-487. https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.12.023

Oladottir, K., Wolf-Arehult, M., Ramklint, M., & Isaksson, M. (2022). Cluster analysis of personality traits in psychiatric patients with borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *9*(1), Article 7. https://doi.org/10.1186/s40479-022-00178-w

Ortony, A., Clore, G. L., & Collins, A. (1988). *The cognitive structure of emotions*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511571299

Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J. D., & Rouillon, F. (2008). Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: Literature review. *L'Encéphale*, *34*(5), 452-458. https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.10.007

Paris J. (2019). Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina (Kaunas, Lithuania), 55*(6), Article 223. https://doi.org/10.3390/medicina55060223

Perry, J. C., & Klerman, G. L. (1978). The borderline patient. A comparative analysis of four sets of diagnostic criteria. *Archives of General Psychiatry*, *35*(2), 141-150. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1978.01770260019001

Pincus, A. L., & Roche, M. J. (2019). Paradigms of personality assessment and level of personality functioning in criterion A of the AMPD. Dans C. J. Hopwood, A. L. Mulay, & M. H. Waugh (Éds), *The DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders: Integrating multiple paradigms of personality assessment* (pp. 48-59). Routledge/Taylor & Francis Group. https://doi.org/10.4324/9781315205076-2

Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., & Podsakoff, N. P. (2012). Sources of method bias in social science research and recommendations on how to control it. *Annual Review of Psychology, 63*, 539-569. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100452

Porter, J. S., & Risler, E. (2014). The new alternative DSM-5 Model for Personality Disorders: Issues and controversies. *Research on Social Work Practice*, *24*(1), 50-56. https://doi.org/10.1177/1049731513500348

Pukrop, R., Herpertz, S., Sass, H., & Steinmeyer, E. M. (1998). Special feature: Personality and personality disorders. A facet theoretical analysis of the similarity relationships. *Journal of Personality Disorders*, *12*(3), 226-246. https://doi.org/10.1521/pedi.1998.12.3.226

Rao, S., & Broadbear, J. (2019). Borderline personality disorder and depressive disorder. *Australasian Psychiatry*, *27*(6), 573-577. https://doi.org/10.1177/1039856219878643

Roche, M. J., & Jaweed, S. (2023). Comparing measures of Criterion A to better understand incremental validity in the Alternative Model of Personality Disorders. *Assessment*, *30*(3), 689-705. https://doi.org/10.1177/10731911211059763

Roskam, I., Galdiolo, S., Hansenne, M., Massoudi, K., Rossier, J., Gicquel, L., & Rolland, J. P. (2015). The psychometric properties of the French version of the Personality Inventory for DSM-5. *PloS One*, *10*(7), Article e0133413. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133413

Ross, J. M., & Babcock, J. C. (2009). Proactive and reactive violence among intimate partner violent men diagnosed with antisocial and borderline personality disorder. *Journal of Family Violence, 24*(8), 607-617. https://doi.org/10.1007/s10896-009-9259-y

Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., Jacob, G. A., Corrigan, P. W., & Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *164*(3), 500-508. https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.3.500

Samuel, D. B. (2015). A review of the agreement between clinicians' personality disorder diagnoses and those from other methods and sources. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *22*(1), 1-19. https://doi.org/10.1111/cpsp.12088

Samuel, D. B., Hopwood, C. J., Krueger, R. F., Thomas, K. M., & Ruggero, C. J. (2013). Comparing methods for scoring personality disorder types using maladaptive traits in DSM-5. *Assessment*, *20*(3), 353-361. https://doi.org/10.1177/1073191113486182

Samuel, D. B., Suzuki, T., Bucher, M. A., & Griffin, S. A. (2018). The agreement between clients' and their therapists' ratings of personality disorder traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(6), 546-555. https://doi.org/10.1037/ccp0000304

Samuel, D. B., Suzuki, T., & Griffin, S.A. (2016). Clinicians and clients disagree: Five implications for clinical science. *Journal of Abnormal Psychology, 125*(7), 1001-1010. https://doi.org/10.1037/abn0000201

Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, *28*(8), 1326-1342. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.002

Sansone, R. A., Farukhi, S., & Wiederman, M. W. (2011). Disruptive behaviors in the medical setting and borderline personality. *International Journal of Psychiatry in medicine*, *41*(4), 355-363. https://doi.org/10.2190/PM.41.4.e

Sansone, R. A., Lam, C., & Wiederman, M. W. (2012). The relationship between illegal behaviors and borderline personality symptoms among internal medicine outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(2), 176-180. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.03.006

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012a). Employment in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *9*(9), 25-29.

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012b). Borderline personality and externalized aggression. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *9*(3), 23-26.

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *10*(5-6), 39-43.

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2015). Borderline personality disorder in the medical setting: Suggestive behaviors, syndromes, and diagnoses. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *12*(7-8), 39-44.

Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *23*(8), 1055-1085. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2002.09.001

Sellbom, M., Sansone, R. A., Songer, D. A., & Anderson, J. L. (2014). Convergence between DSM-5 Section II and Section III diagnostic criteria for borderline personality disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(4), 325-332. https://doi.org/10.1177/0004867413511997

Shadid, J., Ferrari, A. J., Bach, B., Sellbom, M., Sharp, C., Hutsebaut, J., d'Huart, D., Santomauro, D. F., & Chanen, A. (2025). The global epidemiology of personality disorder: A systematic review and meta-regression. *Lancet Psychiatry*, *12*(12), 932-946. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(25)00299-8

Shanks, C., Pfohl, B., Blum, N., & Black, D. W. (2011). Can negative attitudes toward patients with borderline personality disorder be changed? The effect of attending a STEPPS workshop. *Journal of Personality Disorders, 25*(6), 806-812. https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.6.806

Sharp, C., & Fonagy, P. (2015). Practitioner review: Borderline personality disorder in adolescence--recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *56*(12), 1266-1288. https://doi.org/10.1111/jcpp.12449

Sharp, C., & Wall, K. (2021). DSM-5 level of personality functioning: Refocusing personality disorder on what it means to be human. *Annual Review of Clinical Psychology*, *17*, 313-337. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-105402

Sharp, C., Wright, A. G., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J., & Clark, L. A. (2015). The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors? *Journal of Abnormal Psychology*, *124*(2), 387-398. https://doi.org/10.1037/abn0000033

Siever, L. J., Torgersen, S., Gunderson, J. G., Livesley, W. J., & Kendler, K. S. (2002). The borderline diagnosis III: Identifying endophenotypes for genetic studies. *Biological Psychiatry*, *51*(12), 964-968. https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01326-4

Skodol A. E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, *8*, 317-344. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143131

Skodol, A. E. (2015). Personality disorders: A burden in the community, neglected in the clinic? *The Journal of Clinical Psychiatry, 76*(11), e1482-e1484. https://doi.org/10.4088/JCP.14com09597

Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Morey, L. C., Verheul, R., Alarcon, R. D., Bell, C. C., Siever, L. J., & Oldham, J. M. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 part I: Description and rationale. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, *2*(1), 4-22. https://doi.org/10.1037/a0021891

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, *51*(12), 936-950. https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01324-0

Sleep, C. E., Hyatt, C. S., Lamkin, J., Maples-Keller, J. L., & Miller, J. D. (2018). Examining the relations among the DSM-5 alternative model of personality, the five-factor model, and externalizing and internalizing behavior. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 9*(4), 379-384. https://doi.org/10.1037/per0000240

Sleep, C. E., Lamkin, J., Lynam, D. R., Campbell, W. K., & Miller, J. D. (2019b). Personality disorder traits: Testing insight regarding presence of traits, impairment, and desire for change. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 10*(2), 123-131. https://doi.org/10.1037/per0000305

Sleep, C. E., & Lynam, D. R. (2022). The problems with Criterion A: A commentary on Morey et al. (2022). *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment, 13*(4), 325-327. https://doi.org/10.1037/per0000585

Sleep, C. E., Lynam, D. R., Widiger, T. A., Crowe, M. L., & Miller, J. D. (2019a). Difficulties with the conceptualization and assessment of Criterion A in the DSM-5 alternative Model of Personality Disorder: A reply to Morey (2019). *Psychological Assessment*, *31*(10), 1200-1205. https://doi.org/10.1037/pas0000758

Sleep, C. E., Weiss, B., Lynam, D. R., & Miller, J. D. (2020). The DSM-5 section III personality disorder criterion a in relation to both pathological and general personality traits. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *11*(3), 202-212. https://doi.org/10.1037/per0000383

Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, Á., Elices, M., Ortiz, C., Pérez, V., Bohus, M., & Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, Short Form (BSL-23). *BMC Psychiatry, 13,* Article 139. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-139

Soloff, P. H., Kelly, T. M., Strotmeyer, S. J., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2003). Impulsivity, gender, and response to fenfluramine challenge in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *119*(1-2), 11-24. https://doi.org/10.1016/s0165-1781(03)00100-8

Soloff, P. H., Meltzer, C. C., Becker, C., Greer, P. J., Kelly, T. M., & Constantine, D. (2003). Impulsivity and prefrontal hypometabolism in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, *123*(3), 153-163. https://doi.org/10.1016/s0925-4927(03)00064-7

Somma, A., Borroni, S., Carlotta, D., Giarolli, L. E., Barranca, M., Cerioli, C., Franzoni, C., Masci, E., Manini, R., Busso, S. L., Ruotolo, G., & Fossati, A. (2019). The inter-rater reliability and convergent validity of the Italian translation of the structured clinical interview for the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders module III in a psychotherapy outpatient sample. *Journal of Psychopathology*, *25*(4), 195-204. https://doi.org/10.1521/pedi_2020_34_511

Somma, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Alajmo, V. B. M., Arlotta, E., Beretta, S., Boni, F., Busso, S. L., Manini, R., Nazzaro, G., Maffei, C., & Fossati, A. (2020). *DSM-5* Alternative Model of Personality Disorder dysfunctional personality traits as predictors of self-reported aggression in an Italian sample of consecutively admitted, personality-disordered psychotherapy patients. *Journal of Personality Disorders*, *34*(Suppl. C), 5-24. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_430

Sommerfeld, E., & Shechory Bitton, M. (2020). Rejection sensitivity, self-compassion, and aggressive behavior: The role of borderline features as a mediator. *Frontiers in Psychology*, *11*, Article 44. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00044

South, S. C., Turkheimer, E., & Oltmanns, T. F. (2008). Personality disorder symptoms and marital functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(5), 769-780. https://doi.org/10.1037/a0013346

Spielberger, C. D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory*. Psychological Assessment Resources.

Spielberger, C. D. (1991). *State-Trait Anger Expression Inventory: STAXI professional manual*. Psychological Assessment Resources.

Spielberger, C. D., Reheiser, E. C., & Sydeman S. J (1995). Measuring the experience, expression, and control of anger. Dans H. Kassinove (Éd.), *Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment* (pp. 49-67). Taylor and Francis. https://doi.org/10.3109/01460869509087271

Spitzer, R. L., Endicott, J., & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development of criteria. *Archives of General Psychiatry*, *36*(1), 17-24. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780010023001

Steiger, J. H. (1980). Tests for comparing elements of a correlation matrix. *Psychological Bulletin*, *87*(2), 245-251. https://doi.org/10.1037/0033-2909.87.2.245

Stepp, S. D., Smith, T. D., Morse, J. Q., Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2012). Prospective associations among borderline personality disorder symptoms, interpersonal problems, and aggressive behaviors. *Journal of Interpersonal Violence*, *27*(1), 103-124. https://doi.org/10.1177/0886260511416468

Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, *7*(4), 467-489. https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367

Stone, M. H. (1980). *The borderline syndromes*. McGraw-Hill Inc.

Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2019). Deaths by suicide and other causes among patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 24 years of prospective follow-up. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *80*(1), Article 18m12436. https://doi.org/10.4088/JCP.18m12436

Tong, A. R. W. C. (2004). A multivariate path model for understanding male spousal violence against women: A Canadian study [Thèse de doctorat]. Université de Toronto, ON. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 64*(10-B), 5238.

Torgersen, S. (2005). Epidemiology. Dans J. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Éds), *Textbook of personality disorders* (pp. 129-141). American Psychiatric Publishing, Inc.

Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, *58*(6), 590-596. https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590

Trull, T. J., Distel, M. A., & Carpenter, R. W. (2011). DSM-5 borderline personality disorder: At the border between a dimensional and a categorical view. *Current Psychiatry Reports*, *13*(1), 43-49. https://doi.org/10.1007/s11920-010-0170-2

Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*(1), 355-380. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009

Trull, T. J., Solhan, M. B., Tragesser, S. L., Jahng, S., Wood, P. K., Piasecki, T. M., & Watson, D. (2008). Affective instability: Measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of Abnormal Psychology*, *117*(3), 647-661. https://doi.org/10.1037/a0012532

Trull, T. J., & Widiger, T. A. (2013). Dimensional models of personality: The five-factor model and the DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *15*(2), 135-146. https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/ttrull

Tyrer, P., Mulder, R., Crawford, M., Newton-Howes, G., Simonsen, E., Ndetei, D., Koldobsky, N., Fossati, A., Mbatia, J., & Barrett, B. (2010). Personality disorder: A new global perspective. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 9*(1), 56-60. https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00270.x

van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., & Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists, 22*(6), 354-361. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.04.001

Vanwoerden, S., & Stepp, S. D. (2022). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, alternative model conceptualization of borderline personality disorder: A review of the evidence. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, *13*(4), 402-406. https://doi.org/10.1037/per0000563

Verheul, R., Bartak, A., & Widiger, T. (2007). Prevalence and construct validity of Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS). *Journal of Personality Disorders*, *21*(4), 359-370. https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.4.359

Videler, A. C., Hutsebaut, J., Schulkens, J. E. M., Sobczak, S., & van Alphen, S. P. J. (2019). A life span perspective on borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, *21*(7), Article 51. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1040-1

Waugh, M. H., Hopwood, C. J., Krueger, R. F., Morey, L. C., Pincus, A. L., & Wright, A. G. C. (2017). Psychological assessment with the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders: Tradition and Innovation. *Professional Psychology, Research and Practice*, *48*(2), 79-89. https://doi.org/10.1037/pro0000071

Weekers, L. C., Hutsebaut, J., & Kamphuis, J. H. (2019). The Level of Personality Functioning Scale Brief Form 2.0: Update of a brief instrument for assessing level of personality functioning. *Personality and Mental Health*, *13*(1), 3-14. https://doi.org/10.1002/pmh.1434

Weinberg, I. (2020). Categorical models of personality disorders. Dans C. W. Lejuez & K. L. Gratz (Éds), *The Cambridge handbook of personality disorders* (pp. 120-135). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781108333931.024

Weiner, L., Perroud, N., & Weibel, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder in adults: A review of their links and risks. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *15*, 3115-3129. https://doi.org/10.2147/NDT.S192871

Whisman, M. A., & Schonbrun, Y. C. (2009). Social consequences of borderline personality disorder symptoms in a population-based survey: Marital distress, marital violence, and marital disruption. *Journal of Personality Disorders*, *23*(4), 410-415. https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.4.410

Widiger T. A. (2005). CIC, CLPS, and MSAD. *Journal of Personality Disorders*, *19*(5), 586-596. https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.586

Widiger, T. A., Hines, A., & Crego, C. (2024). Evidence-based assessment of personality disorder. *Assessment*, *31*(1), 191-198. https://doi.org/10.1177/10731911231176461

Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*(4), 494-504. https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.494

Widiger, T. A., Simonsen, E., Krueger, R., Livesley, W. J., & Verheul, R. (2005). Personality disorder research agenda for the DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, *19*(3), 315-338. https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.3.315

Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder. *American Psychologist*, *62*(2), 71-83. https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.71

Widiger, T. A., Trull T. J., Clarkin, J. F., Sanderson, C., & Costa, P.T. Jr. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. Dans P.T Costa Jr & T. A Widiger (Éds), *Personality disorders and the Five-Factor Model of Personality* (2e éd., pp. 89-99). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10423-006

Wiggins, J. S. (2003). *Paradigms of personality assessment*. The Guilford Press.

Winograd, G., Cohen, P., & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: Prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(9), 933-941. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01930.x

Winsper, C., Bilgin, A., Thompson, A., Marwaha, S., Chanen, A. M., Singh, S. P., Wang, A., & Furtado, V. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 216*(2), 69-78. https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166

Wright, A. G., Hallquist, M. N., Morse, J. Q., Scott, L. N., Stepp, S. D., Nolf, K. A., & Pilkonis, P. A. (2013). Clarifying interpersonal heterogeneity in borderline personality disorder using latent mixture modeling. *Journal of Personality Disorders*, *27*(2), 125-143. https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.2.125

Yeager, D. S., Miu, A. S., Powers, J., & Dweck, C. S. (2013). Implicit theories of personality and attributions of hostile intent: A meta-analysis, an experiment, and a longitudinal intervention. *Child Development*, *84*(5), 1651-1667. https://doi.org/10.1111/cdev.12062

Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2012). Personality disorders, violence, and antisocial behavior: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Personality Disorders*, *26*(5), 775-792. https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.775

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders*, *19*(5), 505-523. https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.505

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *147*(2), 161-167. https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.161

Zanarini, M. C., Temes, C. M., Ivey, A. M., Cohn, D. M., Conkey, L. C., Frankenburg, F. R., & Fitzmaurice, G. M. (2017). The 10-year course of adult aggression toward others in patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Psychiatry Research*, *252*, 134-138. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.054

Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003a). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): A continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, *17*(3), 233-242. https://doi.org/10.1521/pedi.17.3.233.22147

Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003b). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, *17*(6), 568-573. https://doi.org/10.1521/pedi.17.6.568.25355

Zimmermann, J., Kerber, A., Rek, K., Hopwood, C., & Krueger, R. F. (2019). A brief but comprehensive review of research on the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, *21*(9), Article 92. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1079-z

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(10), 1911-1918. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911