

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>E</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
VÉRONIQUE LEMELIN ROBERGE

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ À L'ADOLESCENCE ET LES  
PASSAGES À L'ACTE AUTODESTRUCTEURS ASSOCIÉS AU TPL

NOVEMBRE 2016

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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 ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**Cet essai de 3<sup>e</sup> cycle a été dirigé par :**

---

Julie Lefebvre, Ph.D., directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

**Jury d'évaluation de l'essai :**

---

Julie Lefebvre, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Diane St-Laurent, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Jacinthe Dion, Ph.D.

Université du Québec à Chicoutimi

## Sommaire

De nombreuses études ont abordé les troubles de la personnalité (TP) dont le trouble de la personnalité limite (TPL). Toutefois, une minorité d'entre elles concerne les adolescents. Le diagnostic à l'adolescence connaît une réticence de la part des cliniciens, notamment en raison des nombreux changements et défis d'adaptation affectant plusieurs sphères de la vie des adolescents et pouvant s'entremêler avec le diagnostic de TPL. Cette recherche propose une exploration des TP à l'adolescence et plus particulièrement des traits associés au TPL et des passages à l'acte autodestructeurs. Ce projet cible une population adolescente non-clinique (de sexe féminin), provenant d'un établissement scolaire de Québec. Par le biais d'un questionnaire auto-administré (PDQ-4), la prévalence des TP a été évaluée, de même que la prévalence des passages à l'acte autodestructeurs. Dans l'ensemble, les résultats ont démontré une prévalence élevée des TP dans l'échantillon global, variant de 5,7 à 46,6 %. Quant à lui, le TPL est estimé à 31,3 %. Enfin, les passages à l'acte autodestructeurs sont évalués à 23,9 % dans l'échantillon global et à 58,2 % dans l'échantillon TPL. Ces résultats sont nettement plus élevés que ce qui est démontré dans la littérature. Outre la présence de comorbidités entre les TP, il est possible d'attribuer plusieurs de ces traits de personnalité pathologique à la période, parfois difficile, de l'adolescence. En effet, ces résultats témoignent d'une souffrance personnelle et relationnelle marquée qui nécessiterait parfois une aide professionnelle appropriée. Dès lors, il apparaît important d'investiguer davantage les connaissances sur les TP et les passages à l'acte autodestructeurs chez les adolescentes de la population générale afin de leur offrir une intervention adéquate.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	vi
Remerciements .....	vii
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	5
Troubles de la personnalité (TP).....	6
Trouble de la personnalité limite (TPL) à l'adolescence .....	10
Étiologie du trouble de la personnalité limite .....	11
Théorie des relations d'objet.....	12
Théorie de l'attachement.....	14
Théorie biosociale .....	15
Facteurs de risque environnementaux et psychologiques.....	16
Symptomatologie détaillée du TPL .....	19
Traits tempéramentaux.....	22
Symptômes aigus du TPL .....	25
Passages à l'acte autodestructeurs.....	28
Les conduites suicidaires .....	29
L'automutilation .....	31
Études sur le TPL et les passages à l'acte autodestructeurs chez les adolescents ....	34
Répercussions du trouble de la personnalité à l'adolescence .....	35
Pertinence et objectifs de l'essai .....	38

Méthode.....	40
Participants.....	41
Instruments de mesure .....	42
Déroulement.....	44
Résultats .....	46
Analyse et présentation des résultats .....	47
Prévalence des troubles de la personnalité.....	47
Résultats en lien avec le TPL.....	49
Résultats en lien avec les passages à l’acte autodestructeurs .....	51
Discussion .....	54
Prévalence des troubles de la personnalité.....	55
Traits du TPL .....	62
Passages à l’acte autodestructeurs.....	66
Forces et limites de l’essai .....	70
Conclusion .....	72
Références .....	75
Appendice A. Critères diagnostiques de la « Personnalité borderline » selon l’approche dimensionnelle du DSM-5 .....	88
Appendice B. Questionnaire PDQ-4 adapté.....	91

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Regroupement des troubles de la personnalité et leurs définitions (APA, 2015) .....	9
2	Critères diagnostiques de la « Personnalité limite » selon l'approche catégorielle du DSM-5 (APA, 2015).....	21
3	Répartitions des sujets selon le programme scolaire et le milieu familial .....	42
4	Pourcentage et fréquences des troubles de la personnalité selon le PDQ-4 .....	48
5	Prévalence des traits du TPL dans l'échantillon global et chez les adolescentes ayant un TPL .....	51
6	Prévalence des passages à l'acte autodestructeurs dans l'échantillon global et chez les adolescentes ayant un TPL .....	53

## **Remerciements**

Je tiens sincèrement à remercier ma directrice d'essai, madame Julie Lefebvre Ph.D. pour sa compréhension, ses judicieux conseils et son encadrement de qualité. De plus, cet essai n'aurait pu avoir lieu sans la collaboration de l'équipe-école ciblée pour cette recherche, principalement madame Marie-Josée Roy, directrice-adjointe, qui a démontré un grand intérêt pour ce projet.

Je ne pourrais passer sous silence le soutien inestimable des membres de ma famille. D'abord, merci à mon frère Tommy d'avoir été une source d'inspiration tout au long de ce parcours scolaire. Il s'est toujours montré encourageant et m'a prouvé qu'il était possible de terminer un essai! Merci à mon amoureux et meilleur ami Pierre-Étienne qui a cru en moi, qui m'a encouragée, parfois féroce mais toujours avec bon cœur à continuer et à aller jusqu'au bout de ce projet si ambitieux. Enfin, merci à mes trois magnifiques enfants, Lili, Milan et Enzo qui ont accepté, bien malgré eux, de partager leur maman! Je l'ai fait pour vous. J'espère que cela vous inspirera à croire profondément en vous. Un petit mot pour mes beaux-parents qui sont toujours présents et qui m'ont permis concrètement de réaliser cet essai en m'offrant du temps, si rare dans la vie d'une maman. Enfin, un énorme merci à ma mère, qui m'a toujours encouragée à poursuivre mes ambitions et mes rêves. De là-haut, je sais que tu es fière...

## Introduction

À ce jour, de nombreuses études ont abordé les troubles de la personnalité (TP), et ce, à différents niveaux, tant étiologiques qu'interventionnistes (Bernstein et al., 1993; Courtney-Seidler, Klein, & Miller, 2013; Speranza et al., 2012; Zanarini, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2010). Une minorité de recherches concerne les adolescents et de ce nombre, très peu se sont concentrées sur une clientèle non-clinique. Cet état de la littérature peut s'expliquer par une réticence des cliniciens, en regard à la validité, à émettre un diagnostic de TP à la période de l'adolescence, plus particulièrement celui du trouble de la personnalité limite (TPL) (Courtney-Seidler et al., 2013; Gicquel, Pham-Scottez, Robin, & Corcos, 2011; Robin, 2013; Robin & Rechtman, 2014). En effet, cette période comporte de nombreux changements et défis d'adaptation affectant plusieurs sphères de la vie des adolescents et pouvant s'entremêler avec le diagnostic de TPL (Chabrol, Chouicha, Montovany, & Callahan, 2001).

Le terme « *borderline* » semble avoir été employé pour la première fois par Hugues en 1885 pour décrire des patients ayant un fonctionnement à la fois névrotique et psychotique. Ce dernier parlait alors d'un état frontière de la folie, où des personnes passent leur vie entière à alterner d'un côté à l'autre (Robin, 2013). Quant à son utilisation auprès d'une clientèle adolescente, les premiers cas psychiatriques furent notés en 1958. Les psychiatres décrivaient alors une pathologie principalement axée sur l'instabilité du Moi et des relations d'objet (Robin, 2013). Aujourd'hui, la conception

du terme borderline a énormément évolué grâce notamment à l'intérêt grandissant des chercheurs pour ce trouble. Ces derniers s'entendent pour dire qu'un TPL est une pathologie complexe amenant l'individu qui en souffre à vivre une grande souffrance personnelle. Bien que ce trouble peut être nommé différemment selon l'approche théorique - organisation limite, personnalité borderline, structure limite - seule l'appellation trouble de la personnalité limite (TPL) sera employée dans cet essai afin de faciliter la lecture. De plus, l'acronyme « TP » sera utilisé pour désigner les troubles de la personnalité en général.

Cet essai se veut une recherche descriptive des TP chez les adolescents. De plus, les traits de personnalité qui composent le TPL seront plus particulièrement analysés et un accent sera mis sur les passages à l'acte autodestructeurs. Les adolescentes provenant d'un milieu scolaire seront la population à l'étude dans cette recherche. Ainsi, l'objectif de cet essai sera d'évaluer la prévalence des TP chez ces adolescentes. Un deuxième objectif sera d'évaluer la présence des traits reliés au TPL, dont les passages à l'acte autodestructeurs.

Dans cet essai, une première section appelée « Contexte théorique » abordera les deux principaux thèmes de cette recherche. Dans un premier temps, il sera question des TP à l'adolescence et plus particulièrement du TPL, de l'épidémiologie et de sa symptomatologie. Par la suite, certains modèles étiologiques seront abordés, notamment ceux de Kernberg, de Masterson et de Linehan. Enfin, les enjeux et répercussions du

TPL à l'adolescence concluront cette section. Dans un deuxième temps, les passages à l'acte autodestructeurs seront abordés. Par la suite, il sera question des liens existants entre le TPL et ces passages à l'acte autodestructeurs. Afin de distinguer les différences symptomatologiques du TPL à l'adolescence, quelques comparaisons avec le TPL chez l'adulte seront proposées. Enfin, la pertinence de même que les objectifs de cet essai seront présentés en guise de conclusion. Les sections subséquentes aborderont la méthode ainsi que les résultats et les analyses de ceux-ci. Enfin, la section « Discussion » fera un bilan des résultats obtenus et proposera quelques pistes de réflexion soulevées par les résultats eux-mêmes et appuyées par la littérature.

## **Contexte théorique**

Afin de comprendre les troubles de la personnalité et plus particulièrement le TPL à l'adolescence, une première section de cet essai abordera différents éléments qui les définissent. La prévalence de même que certains des modèles étiologiques les plus présents dans la littérature et la symptomatologie du TPL seront présentés. Enfin, les enjeux et les répercussions du TPL pour une adolescente et son entourage seront abordés. Une deuxième section traitera plus spécifiquement des symptômes du TPL, dont une sous-section complète sur les conduites suicidaires et les comportements d'automutilation.

### **Troubles de la personnalité (TP)**

Les troubles de la personnalité se distinguent des traits de personnalité par leur caractère rigide et inadapté causant habituellement une altération significative du fonctionnement global d'une personne. Alors qu'un trait de personnalité fait référence à une façon propre à un individu d'entrer en relation avec les autres, de percevoir et de penser à soi-même et à son monde, le TP quant à lui désigne :

un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou en début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement (American Psychiatric Association, APA, 2015, p. 759).

Selon l'approche caractérielle du DSM-5, approche couramment utilisée en clinique, un diagnostic de TP est posé lorsque la déviation des conduites est manifeste dans plus d'un domaine. Ces domaines sont identifiés comme étant la cognition, qui représente la perception de soi-même, des autres et des événements, l'affectivité, soit la « diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle », le fonctionnement interpersonnel et le contrôle des impulsions.

Les TP répertoriés dans le DSM-5 sont regroupés en trois catégories (Clusters A, B et C) en raison de la similitude des traits de personnalité qui les définissent. Ainsi, le Cluster A fait référence à des personnalités de type « excentriques », le cluster B fait référence à des personnalités « dramatiques » alors que le cluster C réfère à des personnalités plutôt « anxieuses ». Le Tableau 1 décrit les trois catégories des TP et propose la définition de chacun des troubles selon l'approche catégorielle.

Selon l'APA (2015), la prévalence des TP chez les adultes serait estimée à 5,7 % pour ceux du cluster A, à 1,5 % pour ceux du cluster B et à 6 % pour ceux du cluster C. Enfin, il n'est pas rare qu'il y ait des concomitances dans les TP. À cet effet, l'APA (2015) estime que pour 9,1 % des cas, il y a présence de comorbidités entre les TP.

Les publications sur les TP à l'adolescence sont peu nombreuses comparativement à celles chez l'adulte (Lebel & Normandin, 2015). Néanmoins, dans une étude portant sur les TP et les actes de violence, Johnson et al. (2000) estiment que les TP à l'adolescence

toucheraient environ 14,4 % des adolescents. De façon plus spécifique, l'étude révèle que les TP du cluster B (« dramatiques ») sont les plus fréquents, représentant 7,1 % de l'échantillon. Indépendamment du cluster dont il fait partie, le trouble de la personnalité paranoïaque est le plus fréquent de tous les TP avec 3,3 %. Quant à lui, le TPL représenterait 2,4 % de ce même échantillon. D'autres chercheurs ont obtenu des résultats similaires, soit que le TPL toucherait environ 3 % des adolescents de la population générale (Courtney-Seidler et al., 2013; Knafo, Labelle et al., 2014) et atteindrait jusqu'à 11 % des adolescents dans la population clinique. D'autres études révèlent que le TPL serait plus fréquent à l'adolescence, allant de 6 à 18 % des adolescents dans la population générale selon les études (Declercq & Nicolis, 2010; Robin & Rechtman, 2014). Le TPL constituerait un peu plus de 50 % des patients hospitalisés (Knafo, Labelle et al., 2014). L'APA (2015), quant à elle, rapporte que la prévalence du TPL se situe entre 1,6 et 5,9 % de la population générale « adulte », atteindrait 10 % de la population clinique et approximativement 20 % des hospitalisations.

Tableau 1

*Regroupement des troubles de la personnalité et leurs définitions (APA, 2015)*

Troubles de la personnalité	Définitions
Cluster A	
Paranoïaque	Méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes.
Schizoïde	Détachement des relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui.
Schizotypique	Déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques.
Cluster B	
Antisociale	Mépris et transgression des droits d'autrui qui apparaît dans l'enfance ou au début de l'adolescence et qui se poursuit à l'âge adulte.
Borderline (limite)	Instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée.
Histrionique	Comportements faits de réponses émotionnelles et de quête d'attention excessive et envahissante.
Narcissique	Mode envahissant de grandiosité, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie.
Cluster C	
Évitante	Inhibition sociale, de sentiment de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.
Dépendante	Besoin envahissant et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et « collant » et à une peur de la séparation.
Obsessionnelle-compulsive	Préoccupation par l'ordre, la perfection, le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens de la souplesse, de l'ouverture et de l'efficacité.

### **Trouble de la personnalité limite (TPL) à l'adolescence**

Le TPL est une pathologie complexe dont l'émergence aurait lieu lors de l'adolescence (Declercq & Nicolis, 2010; Feldman, 1988). Les premiers symptômes feraient leur apparition vers l'âge de 12-13 ans (Bernstein et al., 1993). Concrètement, la personne souffrant d'un TPL a un fonctionnement « général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée » (APA, 2015, p. 780).

Plusieurs études remettent en question la légitimité du diagnostic de TPL à l'adolescence en raison notamment des recoupements avec d'autres troubles des axes un (troubles cliniques) et deux (TP), anciennement présents dans le DSM-IV (Becker et al., 1999; Becker, Grilo, Edell, & McGlashan, 2000; Chabrol et al., 2002; Gregory, 2005). Certains auteurs parlent d'une faible validité empirique, laquelle ne permet pas de conclure de façon exclusive à un diagnostic de TPL (Robin & Rechtman, 2014). D'autres encore se questionnent sur l'absence d'un continuum réel entre le diagnostic posé à l'adolescence et celui posé chez l'adulte (Bondurant, Greenfield, & Tse, 2004; Courtney-Seidler et al., 2013). À cela, plusieurs auteurs ajoutent que l'instabilité fondamentale de la période de l'adolescence ne fait qu'augmenter leur réticence à poser un tel diagnostic à cette période (Chabrol et al., 2001). À ce propos, Declercq et Nicolis (2010) croient que les symptômes reliés au TPL diagnostiqué à l'adolescence doivent

être considérés comme un indicateur de détresse personnelle et d'un dysfonctionnement développemental « normal » plutôt que comme un trouble psychiatrique.

Néanmoins, selon l'APA (2015), le diagnostic de TPL peut être posé durant l'enfance et l'adolescence « dans les cas relativement rares où les traits de personnalité inadaptés du sujet semblent envahissants, durables, sans être limités à un stade particulier du développement ou à un autre trouble mental » (p. 762). Les manifestations doivent alors être présentes depuis au moins un an, en comparaison à deux ans pour le diagnostic chez l'adulte (APA, 2015; Courtney-Seidler et al., 2013). De plus, plusieurs chercheurs abondent dans le même sens en attestant, par le biais de leurs résultats de recherche, que le TPL à l'adolescence est un diagnostic fiable et valide. Concrètement, ces recherches ont démontré qu'il existe des différences significatives, tant au niveau quantitatif que qualitatif, entre la symptomatologie du TPL et la période houleuse de l'adolescence. L'intensité de la souffrance personnelle de même que les impacts de l'impulsivité destructrice en sont des exemples (Becker et al., 1999; Miller, Neft, & Golombeck, 2008).

### **Étiologie du trouble de la personnalité limite**

À ce jour, de nombreux chercheurs se sont intéressés aux causes développementales du TPL. Dans cette section de l'essai, il sera question de certains des modèles étiologiques les plus connus et cités au point de vue théorique. Plus spécifiquement, les théories de Kernberg et de Masterson basées sur les modèles de relations d'objet seront

présentées. Par la suite, les points de vue de différents auteurs selon la théorie de l'attachement seront abordés. Enfin, la théorie de Linehan basée sur un modèle biosocial conclura cette section.

Parallèlement, plusieurs facteurs de risque ont été mis en cause par des auteurs pour tenter d'expliquer l'émergence du TPL, tels que l'attachement aux figures parentales et la notion de tempérament (Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyons-Ruth, 2004; Bleiberg, 2004; Carlson, Egeland, & Sroufe, 2009; Courtney-Seidler et al., 2013; Fonagy, 2000; Gratz et al., 2009; Ludolph et al., 1990; Lyons-Ruth, 2008). Ainsi, certains facteurs de risque environnementaux et psychologiques seront présentés en tant que contributifs au développement du TPL.

### **Théorie des relations d'objet**

De tous les auteurs ayant contribué au développement des connaissances sur les TPL, Kernberg est sans contredit le pionnier quant à la compréhension d'un modèle théorique cohérent (Chagnon, 2007; Middleton, 2004). Pour l'auteur, le construit « borderline » correspond à une organisation distincte de la personnalité ayant un ensemble de défenses primitives qui lui est propre (Kernberg, 1979). Le développement du TPL s'inscrit dans un échec développemental lors de la période précœdipienne (Kernberg, 1979; Middleton, 2004). Cet échec résulte à la fois de facteurs génétiques et environnementaux, tels que les carences parentales, et peut conduire à une incapacité d'intégrer des représentations objectales positives et négatives de soi et des autres

(Middleton, 2004). Cette incapacité contribue à l'instabilité relationnelle, caractéristique du TPL (Kernberg, 1979).

Masterson apporte également sa contribution au modèle de Kernberg. Sa conception étiologique du TPL tient compte de l'importance du processus de « séparation-individuation », de la relation maternelle, des vulnérabilités biologiques et des événements de vie marquants et potentiellement traumatisants (Middleton, 2004). Concrètement, il y aurait une fixation chez l'enfant avant la phase de séparation-individuation. À cette étape développementale, l'enfant développe de l'autonomie et son individualité, tout en ayant un soutien maternel chaleureux. La permanence de l'objet étant acquise, l'enfant est en mesure de se représenter mentalement sa figure maternelle. Cette représentation positive et chaleureuse sera internalisée et influencera considérablement la perception de l'autre et le mode relationnel futur (Middleton, 2004). Ainsi, le manque de disponibilité ou de cohérence dans la relation à la mère ne peut permettre un processus de séparation-individuation optimal. Dès lors, le soi et les représentations objectales sont assujettis à une scission en deux parties distinctes, soit « tout bon » ou « tout mauvais » (Middleton, 2004). Également, l'incohérence de la relation mère-enfant transmet un message à ce dernier comme quoi il ne peut exister sans elle, interférant alors avec le processus d'individuation (Declercq & Nicolis, 2010). Ce faisant, l'enfant se perçoit en tant qu'être de dépendance, le rendant vulnérable à toute situation d'abandon (Courtney-Seidler et al., 2013). Masterson appela ce syndrome de dérégulation affective « dépression d'abandon » (Bessette, 2007).

### **Théorie de l'attachement**

Pour Bowlby (1978, 2005), le rôle des figures d'attachement joue un rôle essentiel dans le développement normal de l'enfant. Il est d'offrir une base de sécurité à ce dernier afin qu'il puisse explorer le monde extérieur, tout en ayant le soutien et la protection de ses parents (Bowlby, 1978, 2005; Steele, Bate, Nikitiades, & Buhl-Nielsen, 2015). À sa théorie de l'attachement, Bowlby proposa le concept de « modèle interne opérant » (MIO). Ce modèle réfère à l'intégration graduelle, au sein de la structure de personnalité, des expériences répétées d'interactions positives et/ou négatives en tant que représentation du monde et de ses relations subséquentes (Lauzon, Mercier, & Meunier, 2003). Ainsi, selon la théorie de l'attachement, les MIO inadéquats contribuent au développement du TPL.

Plusieurs chercheurs ont tenté de comprendre les liens entre les types d'attachement établis par Ainsworth et le TPL. De façon générale, les recherches démontrent que l'attachement de type désorganisé semble prédominant dans le TPL (Lauzon et al., 2003; Steele et al., 2015). En effet, ce type d'attachement suggère qu'une personne utilisera des stratégies relationnelles tantôt évitantes, tantôt résistantes, souvent caractéristiques du TPL (De Zulueta, 1999; Holmes, 2003). Carlson et al. (2009) ont observé une forte corrélation entre les troubles de la personnalité et un attachement de type désorganisé. De plus, ils ont constaté des difficultés dans la capacité à se représenter, à réguler et à verbaliser les émotions chez des personnes ayant ce type d'attachement.

Enfin, Fonagy proposa que la capacité de mentalisation d'un enfant s'acquiert au sein d'une relation d'attachement sécurisante. Dans un environnement familial dysfonctionnel, cette capacité de mentalisation est compromise (Fonagy & Bateman, 2008; Fonagy, Target, & Gergely, 2000; Lauzon et al., 2003). Dès lors, il est difficile pour un enfant de mentaliser son propre vécu émotif, ce qui aura un impact inévitable sur ses relations futures.

### **Théorie biosociale**

À ce jour, la thérapie ayant démontré la plus grande efficacité auprès du TPL est celle basée sur la théorie biosociale de Linehan (Nicastro, Dieben, & McQuillan, 2007; Zanarini et al., 2007). La théorie suggère que le TPL est le résultat de l'interaction réciproque d'un environnement invalidant et d'un dysfonctionnement de la régulation des émotions, lequel apparaît comme une prédisposition biologique (Courtney-Seidler et al., 2013; Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009). Les conséquences de ce dysfonctionnement se traduisent par un haut niveau de sensibilité, de même que par une forte réactivité et un lent retour à un niveau émotionnel de base (Crowell, Beauchaine, & Lenzenweger, 2008; Linehan, 1993).

Pour Linehan (1993), un environnement « invalidant » correspond à un contexte répondant de façon erratique ou inappropriée à des comportements ou expériences émotionnelles d'une personne. La théorie soutient qu'un environnement invalidant se compose de trois éléments essentiels. D'abord, l'environnement doit chroniquement

rejeter ou dénigrer les comportements ou les expériences émotionnelles rapportées par l'enfant (Courtney-Seidler et al., 2013; Nicastro et al., 2007). Dès lors, la confiance de l'enfant en ses capacités d'identifier adéquatement ses émotions en sera affectée (Courtney-Seidler et al., 2013). Ensuite, l'environnement doit punir les démonstrations émotionnelles de l'enfant et, de façon intermittente, renforcer les escalades émotionnelles. Conséquemment, l'enfant éprouvera des difficultés à comprendre, à moduler, à tolérer et à communiquer ses émotions (Courtney-Seidler et al., 2013; Crowell et al., 2009; Nicastro et al., 2007). Conséquemment, ce défaut de régulation émotionnelle peut avoir une incidence sur ses relations avec les autres et ainsi contribuer à des difficultés comportementales, lesquelles peuvent être à leur tour renforcées par l'environnement. Enfin, l'environnement n'a pas permis à l'enfant de développer des stratégies de résolution de problèmes. Dès lors, il lui est difficile de se concentrer sur des objectifs personnels tellement il est aux prises avec des difficultés émotionnelles (Courtney-Seidler et al., 2013).

### **Facteurs de risque environnementaux et psychologiques**

Pour plusieurs théoriciens, le TPL est une pathologie multi-déterminée, c'est à dire qu'elle trouve son origine à partir de plusieurs facteurs de risque. Par exemple, pour Ludolph et al. (1990), 89 % des diagnostics de TPL sont le résultat de l'interaction de neuf variables, soient la négligence, le rejet maternel, les comportements grossièrement inappropriés des parents, la perte parentale, le nombre de substituts de la mère et du

père, le nombre de relocalisations en cas de retrait de la famille d'origine, l'abus physique et l'agression sexuelle.

La plupart des auteurs s'accordent pour dire que l'environnement familial joue un rôle déterminant dans le développement du TPL (Declercq & Nicolis, 2010; Fonagy, 2000). Selon Zanarini et al. (2002), la négligence émotionnelle serait le facteur le plus fréquent et prédisposant au TPL, touchant 92 % des adolescents limites. Cette négligence peut s'exprimer de deux façons, soit en déniaient les pensées et les émotions de l'enfant ou par l'absence d'une relation authentique et chaleureuse (Zanarini et al., 2002). Dans cette même étude, 60 % des sujets ayant un TPL rapportent avoir joué involontairement un rôle parental au cours de leur enfance. À cela, d'autres auteurs ajoutent qu'une faible implication des parents conjointement à de la violence verbale et émotionnelle, c'est-à-dire des humiliations fréquentes, des sentiments de honte et de la frustration, sont souvent présents dans l'enfance des personnes ayant un TPL (Declercq & Nicolis, 2010).

Certaines études ont également démontré l'incidence d'une séparation précoce, qu'elle soit physique ou psychique (comme cela peut être le cas si la mère souffre de dépression) sur le développement de l'enfant (Mahler, 1971; Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz, & Frankenburg, 1989). Des recherches ont démontré une fréquence beaucoup plus élevée de séparation d'avec la mère entre 0 et 5 ans chez les personnes

ayant un TPL. Ces séparations précoces seraient à l'origine des angoisses d'abandon et de rejet ainsi que de l'instabilité émotionnelle.

Les liens existant entre les traumatismes (physiques, sexuels ou de maltraitance chronique) subis durant l'enfance et le TPL ont été à maintes reprises mis en évidence dans la littérature (Carlson et al., 2009; Fonagy, 2000). Tel que mentionné précédemment, la conception étiologique de Fonagy et al. (2000) suggère qu'une personne ayant un vécu de maltraitance éprouvera un défaut dans sa capacité de mentalisation. L'attribution des pensées, des intentions et des sentiments des autres à leur égard étant souvent erronée, la personne intégrera l'idée que ses impressions sont fausses et qu'elle ne peut s'y fier. Dès lors, par mesure préventive, la personne en viendra à inhiber sa capacité de mentalisation, élément symptomatique du TPL.

Enfin, d'autres études se sont intéressé aux liens entre les dispositions psychologiques tels le tempérament et le TPL à l'adolescence (Courtney-Seidler et al., 2013; Pearson, 2004). Pour Bleiberg (2004) et Courtney-Seidler et al. (2013), les adolescents ayant un TPL ont souvent été décrits dans leur enfance comme des enfants au tempérament difficile, ayant une humeur négative, un niveau élevé d'activité, une faible capacité d'adaptation et un comportement colérique.

En résumé, il existe de nombreux facteurs qui contribuent au développement du TPL. Pour plusieurs auteurs, le TPL est issu d'une inter-influence entre ces facteurs de

risque. Assurément, tous reconnaissent la nature préjudiciable d'un environnement dysfonctionnel, invalidant ou potentiellement traumatique sur le développement d'un enfant. De la même façon, la relation aux figures d'attachement, principalement la relation à la mère, apparaît comme essentielle dans l'acquisition des représentations saines de soi et des autres, dans le développement de la régulation et de l'expression émotionnelle, et dans la qualité des relations futures. De plus, certaines vulnérabilités biologiques, telles qu'un tempérament plus difficile, peuvent contribuer à l'émergence d'un TPL. De ce fait, les combinaisons sont grandes et complexifient grandement le tableau clinique du TPL et donc, ses manifestations individuelles.

### **Symptomatologie détaillée du TPL**

Conformément à la 5<sup>e</sup> édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), le TPL est une pathologie sévère caractérisée par des patterns d'instabilité affectant plusieurs domaines de fonctionnement de la personne, tels que les capacités relationnelles, le comportement, l'image de soi, les affects, la cognition ainsi que l'attention (Carlson et al., 2009). Selon l'APA (2015), le diagnostic est posé lorsqu'au moins cinq des neuf manifestations décrites dans le Tableau 2 sont présentes chez une personne, et ce, dans divers contextes.

Avec la parution du DSM-5, les auteurs ont proposé une nouvelle compréhension du diagnostic de TPL permettant une conceptualisation différente du trouble, soit l'approche dimensionnelle. Cette approche se veut une alternative à l'approche

catégorielle jusqu'ici utilisée. Brièvement, l'approche dimensionnelle considère que les troubles de la personnalité sont des « variantes mal adaptées de traits de personnalité qui se confondent imperceptiblement avec la normalité et l'une avec l'autre » (APA, 2015, p. 760). Dans le cadre de cet essai, l'approche catégorielle, qui est couramment utilisée en clinique, sera privilégiée pour comprendre la symptomatologie du TPL. Le lecteur peut toutefois se référer à l'Appendice A pour la symptomatologie de la « personnalité borderline » selon l'approche dimensionnelle.

Tableau 2

*Critères diagnostiques de la « Personnalité limite » selon  
l'approche catégorielle du DSM-5 (APA, 2015)*

Critères diagnostiques
<p>Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés. (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)</li> <li>2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.</li> <li>3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistance de l'image ou de la notion de soi.</li> <li>4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). (N.B. : Ne pas inclure les comportements suicidaires ou les automutilations énumérés dans le critère 5.)</li> <li>5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations.</li> <li>6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).</li> <li>7. Sentiments chroniques de vide.</li> <li>8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées).</li> <li>9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.</li> </ol>

Bon nombre d'auteurs s'entendent pour dire que le tableau clinique du TPL est sévère et peut entraîner de grandes souffrances personnelles et relationnelles (Carlson et al., 2009; Declercq & Nicolis, 2010). Dans la littérature, quelques auteurs s'intéressant au TPL font une distinction en deux catégories de la symptomatologie du trouble, soit les « traits tempéramentaux » ou symptômes chroniques et les symptômes aigus (Bouchard, 2010; Zanarini et al., 2007). Malgré la rareté des études sur ce point de vue symptomatologique, cette distinction est pertinente puisqu'elle tient compte de l'évolution dans le temps et de l'intensité de chacun des symptômes (Zanarini et al., 2007). Dans cette section, chacun des symptômes sera abordé brièvement. Toutefois, l'emphase sera mise sur les symptômes aigus, et plus particulièrement sur les conduites autodestructrices, en regard de l'objectif de la présente recherche. Néanmoins, le lecteur peut se référer aux Tableaux 2 et 5 pour plus d'informations sur l'ensemble des symptômes.

### **Traits tempéramentaux**

Les traits tempéramentaux (ou symptômes chroniques) peuvent être définis comme des symptômes en lien avec le tempérament inné d'une personne. Ainsi, ce sont les symptômes qui persistent le plus aux interventions étant donné leur caractère rigide (Zanarini et al., 2007). Dans cette section, seront abordés les traits de l'« évitement des abandons », des « relations interpersonnelles instables », des « perturbations de l'identité », du « sentiment chronique de vide » et des « colères intenses ».

L'évitement des abandons est caractéristique du TPL et peut être décrit comme un effort considérable pour éviter les abandons ou rejets, qu'ils soient réels ou imaginés. Pour la personne ayant un TPL, cette éventuelle perte peut avoir un impact important sur l'image de soi, ses cognitions, ses affects et son comportement. D'ailleurs, il n'est pas rare que cette personne devienne colérique ou hostile envers l'objet qui l'« abandonne ». Cette peur d'être abandonnée est souvent reliée à l'intolérance de la solitude et au sentiment de vide, autre symptôme diagnostique du TPL (APA, 2015).

Les relations interpersonnelles instables font partie des manifestations cliniques importantes et dérangeantes du TPL. En effet, les personnes ayant un TPL peuvent développer rapidement des relations profondes avec des personnes qu'ils viennent tout juste de rencontrer. Dès lors, elles ont des attentes irréalistes envers l'autre. La relation peut devenir très vite envahissante et conflictuelle (Chabrol et al., 2001). Ces personnes passent rapidement de l'idéalisation d'un partenaire à la dévalorisation, entre autres lorsqu'elles se considèrent négligées dans la relation. Le clivage est fréquent dans ces situations et permet notamment de se protéger d'un éventuel abandon (APA, 2015).

Quant à la perturbation de l'identité, ce symptôme se présente comme une « instabilité marquée de l'image ou de la notion de soi » (APA, 2015, p. 781). Ces perturbations de l'identité ont souvent un impact sur le regard que la personne a d'elle-même, ainsi qu'un impact sur ses objectifs personnels, ses valeurs, ses relations interpersonnelles et ses orientations professionnelles. Elles peuvent en changer

complètement et de façon soudaine. Également, ce symptôme peut faire référence à une sensation de ne pas exister du tout. Une recherche réalisée par Chabrol et al. (2001) auprès d'adolescents ayant les traits de personnalité pathologique du TPL a estimé que ce symptôme était présent chez 60 % des sujets.

Le sentiment chronique de vide est défini par le DSM-5 comme un ennui profond et un besoin constant d'être occupé (APA, 2015). Selon Klonsky (2008), le sentiment de vide serait étroitement lié à l'ennui, au désespoir et à la solitude. De plus, il serait contributif à la dépression et aux idéations suicidaires. Enfin, ce symptôme semble être présent chez 57,1 % des adolescents ayant des traits TPL (mais non-diagnostiqué) selon l'étude de Chabrol et al. (2001).

Somme toute, le tableau clinique du TPL est marqué par des épisodes de colères intenses et souvent inappropriées. Ces personnes peuvent également avoir des difficultés à gérer leur colère. Dès lors, elles peuvent se montrer sarcastique, voire vexante et impitoyable. L'insatisfaction liée aux relations interpersonnelles est souvent à l'origine de cette colère intense (APA, 2015). Selon Chabrol et al. (2001), ces manifestations colériques seraient présentes chez 85,7 % des adolescents ayant des traits pathologiques du TPL.

### **Symptômes aigus du TPL**

Les symptômes aigus du TPL peuvent être décrits comme des manifestations ponctuelles et souvent très intenses pour la personne et son entourage. Ces symptômes sont souvent ceux pour lesquels la personne vivra une grande détresse et demandera l'aide d'un professionnel (Zanarini et al., 2007). Ces symptômes sont l'impulsivité destructrice, les conduites suicidaires et l'automutilation répétée, l'instabilité affective et les idéations persécutoires ou symptômes dissociatifs sévères (Bouchard, 2010; Zanarini et al., 2007). Dans la prochaine section, ces symptômes seront abordés à l'exception des conduites suicidaires et de l'automutilation répétée, lesquelles constituent une section complète de cet essai. Le lecteur est prié de se référer à la section « Passages à l'acte autodestructeurs » pour une revue de la littérature sur le sujet.

L'impulsivité est le symptôme le plus caractéristique du tableau clinique du TPL (Zanarini, 1993). Il peut être défini comme « une tendance à réfléchir moins que la plupart des personnes d'égales habiletés avant de passer à l'action » (traduction libre) (Dickman, 1990, p. 95). Dickman (1990) fait la distinction entre l'impulsivité fonctionnelle et non-fonctionnelle. Cette dernière est inadaptée et l'issue de l'agir est habituellement négative. D'autres auteurs évoquent plutôt un défaut d'autocontrôle et d'autorégulation (Merrell, 2008).

Le pattern de l'impulsivité du TPL à l'adolescence peut affecter plusieurs sphères de vie. Selon Chabrol et al. (2001), l'abus de substances, la promiscuité sexuelle, les

crises de boulimie, le vol, les dépenses excessives et la conduite dangereuse seraient les comportements impulsifs les plus présents. Selon cette même étude, l'impulsivité serait présente chez 65,7 % des adolescents ayant des traits TPL (mais non-diagnostiqué). De plus, l'impulsivité joue un rôle déterminant dans les passages à l'acte autodestructeurs (Paris, 2005). Elle serait contributive aux tentatives de suicide de par sa dimension comportementale et aux idées suicidaires de par sa dimension cognitive (Belloc, Leichsenring, & Chabrol, 2004). Enfin, Gratz et al. (2009) affirment que l'impulsivité et l'instabilité émotionnelle sont des précurseurs essentiels au développement du TPL. De plus, l'impulsivité serait un symptôme déterminant du pronostic du TPL (Links, Heslegrave, & van Reekum, 1999). Dès lors, l'impulsivité représente un symptôme à privilégier dans une démarche thérapeutique (Lemelin & Villeneuve, 2003).

L'instabilité affective est un symptôme envahissant pour les personnes ayant un TPL. La difficulté à réguler les expériences émotionnelles amène régulièrement des situations conflictuelles et une grande souffrance chez ces personnes. Selon Zanarini et al. (2007), les situations problématiques causées par l'instabilité affective connaissent toutefois une résolution rapide, ce qui met en évidence la notion d'« instabilité » de l'humeur. Cette dernière est causée par une forte sensibilité et une réactivité marquée de l'humeur. Elle peut se manifester par des variations d'allure cyclothymique, des symptômes hypomaniaques, une dysphorie épisodique intense, une irritabilité ou une anxiété variant de quelques heures à quelques jours (APA, 2015; Chabrol et al., 2001; Linehan, 1993).

Une étude réalisée par Chabrol et al. (2001) évalue la présence de l'instabilité affective chez 88,6 % des adolescents ayant des traits TPL (mais non-diagnostiqué). Pour Gratz et al. (2009), cette instabilité, de même que la désinhibition, trouvent leur origine dans les difficultés d'autorégulation émotionnelle reliées à l'enfance. Enfin, selon différents auteurs (Koenigsberg et al., 2002; Waller & Scheidt, 2006), ces dysfonctions comporteraient deux modalités d'expression s'opposant l'une et l'autre. La première modalité fait référence à la difficulté de la personne à moduler les émotions trop intenses. L'émotion est alors débordante et peut créer une perte de contrôle chez la personne. La deuxième modalité fait plutôt référence à une modulation à l'excès, ce qui peut se traduire par une importante inhibition dans l'expression du vécu émotif. Dès lors, ces deux modalités d'expression contradictoires complexifient le tableau clinique du TPL.

Enfin, les idéations persécutoires et les symptômes dissociatifs sévères sont des symptômes présents dans le TPL et pouvant survenir suite à des « périodes de stress extrême » (APA, 2015, p. 780). Bien qu'intenses, ces symptômes se résorbent habituellement rapidement. Ces symptômes peuvent être provoqués par un fort sentiment d'abandon ou de rejet, lequel fait également partie de la symptomatologie du TPL. La rémission de cet état est souvent en lien avec le retour de l'objet responsable de l'abandon, qu'il soit réel ou imaginé.

L'étude de Chabrol et al. (2001), auprès d'un groupe d'adolescents ayant plusieurs traits TPL (mais non-diagnostiqué), a démontré que le symptôme d'idées persécutives (ou paranoïdes dans l'étude en question) était présent chez 97,1 % des sujets. Il s'agit du symptôme le plus fréquemment présent dans cette recherche. Les sujets révèlent avoir l'impression d'avoir un tempérament paranoïaque parfois. Cette même étude révèle que les épisodes de dissociations sévères sont présents chez 65,7 % des sujets. Ces épisodes sont décrits comme une impression d'irréel, d'être dans un rêve ou font référence à un phénomène de dépersonnalisation. Ces résultats sont appuyés par l'étude de Meijer, Goedhart et Treffers (1998) qui évaluent respectivement à 71 % et 78 % les expériences dissociatives et idées paranoïdes dans un échantillon d'adolescents hospitalisés.

### **Passages à l'acte autodestructeurs**

Dans la littérature, différents termes sont employés pour parler des comportements autodestructeurs : « acting out », « parasuicide », « autoagression », etc. Tout au long de cet essai, l'expression « passages à l'acte autodestructeurs » sera privilégiée afin de faciliter la lecture. Le passage à l'acte réfère à une conduite impulsive, violente ou agressive d'un individu, telle les actes d'automutilation, les tentatives de suicide et les suicides (Roudinesco & Plon, 2000). Enfin, « autodestructeur » correspond à une conduite destructrice dirigée vers soi. Il sera donc question dans cette section d'une brève revue de la littérature sur les conduites suicidaires et l'automutilation, incluant notamment quelques définitions suggérées par différents auteurs dans la littérature,

l'épidémiologie et les hypothèses proposées sur les fonctions de ces passages à l'acte autodestructeurs.

### **Les conduites suicidaires**

Encore aujourd'hui, il existe un manque de consensus dans la définition et la classification du concept de suicide (Arie, Haruvi-Catalan, & Apter, 2005; Meyer et al., 2010; Mishara & Tousignant, 2004). Le terme « suicide » fit son apparition au 17<sup>e</sup> siècle avec la parution d'un ouvrage intitulé « Religio Medici » écrit par le philosophe et physicien Sir Thomas Browne. Il faisait alors référence à la distinction entre l'homicide de soi-même et celui d'une autre personne (voir Minois, 1999).

À ce jour, plusieurs définitions ont été proposées selon différentes approches théoriques (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, & Bille-Brahe, 2006; Minois, 1999; Mishara & Tousignant, 2004). Selon l'Organisation mondiale de la santé, il est difficile d'adopter une définition universelle du suicide puisqu'il n'existe pas de courant théorique neutre qui répondrait de façon objective aux questionnements scientifiques. Aussi, une définition se doit d'être libre de tout jugement moral et transcender les cultures (De Leo et al., 2006). Néanmoins, l'APA (2015) proposa cette définition, soit que le suicide est le « fait de causer intentionnellement sa propre mort » (p. 978).

Au cours des années, plusieurs concepts sous-jacents au suicide ont émergé dans la littérature : « suicidalité », « parasuicide », « tentative de suicide », « menace

suicidaire », « geste suicidaire », etc. faisant référence à différentes composantes du suicide (De Leo et al., 2006). Silverman et al. (2007) proposèrent trois concepts clés permettant d'englober les expériences liées au suicide. Le premier concept fait référence aux idéations suicidaires. Mishara et Tousignant (2004) font une distinction entre le fait de penser au suicide et celui de penser sérieusement à s'enlever la vie. Le second concept fait référence aux communications liées au suicide, ce qui inclut les menaces suicidaires et les plans de suicide. La menace suicidaire peut être définie comme « toutes actions, verbales ou non-verbales, sans blessure d'automutilation directe, qu'une personne raisonnable interpréterait comme une communication ou une suggestion d'un comportement suicidaire qui pourrait avoir lieu dans un futur imminent » (traduction libre; Silverman et al., 2007). Enfin, le troisième concept se rapporte aux comportements liés au suicide. Il inclut les tentatives de suicide, les automutilations avec intention suicidaire et les suicides complétés (Silverman et al., 2007). Les tentatives de suicide sont définies par Silverman et al. comme des « comportements auto-infligés, potentiellement préjudiciables, ayant une issue non-fatale et pour lesquels il existe des preuves (explicites ou non) d'une intention de mourir » (traduction libre).

Les conduites suicidaires représentent des préoccupations majeures pour la santé publique. Chaque jour au Québec, environ trois québécois s'enlèvent la vie et huit sont hospitalisés à la suite d'une tentative (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2012). Selon l'Institut national de santé publique du Québec, les hommes représenteraient le trois quart des victimes par suicide (Légaré, Gagné, & Alix, 2016).

En 2013 au Québec, les adolescents constituaient le groupe d'âge où le suicide était le plus faible avec 4,2 suicides sur 100 000 habitants. Néanmoins, chez les jeunes, le suicide constitue la deuxième cause de décès après les traumatismes routiers (Légaré et al., 2016). Selon une estimation du Centre pour la prévention et le contrôle des maladies, il y aurait entre 200 et 300 tentatives de suicide pour chaque suicide complété (voir Glenn, Bagge, & Osman, 2013).

### **L'automutilation**

Les chercheurs s'intéressent à l'automutilation depuis le 19<sup>e</sup> siècle (Scaramozzino, 2004). Dans la littérature, plusieurs expressions sont utilisées de façon interchangeable pour parler du concept de l'automutilation : « autopunition », « attaque de soi », « parasuicide », « comportement auto-agressif », « blessure volontaire », etc. (Gicquel & Corcos, 2011). Dans leur écrit « Self-mutilation », Ross et McKay (1979) répertoriaient 33 termes signifiant ce comportement. Depuis la parution du DSM-5, l'expression anglophone *Non-Suicidal Self-Injury* (NSSI) a été traduite par « Lésions auto-infligées non suicidaires » qui décrit le phénomène de l'automutilation et les critères s'y rattachant (APA, 2015, p. 942-943). Cette pathologie est toutefois récente et des recherches éventuelles sont nécessaires afin de valider ce diagnostic. De la même façon, plusieurs définitions ont été proposées dans le but de clarifier les éléments qui s'y rapportent (Briere & Gil, 1998; Favazza, 1998; Favazza & Rosenthal, 1990; Suyemoto, 1998). Actuellement, il semble y avoir consensus dans la littérature quant à une définition. Ainsi, l'automutilation est définie comme une « destruction directe et

délibérée d'une partie de son propre tissu corporel, socialement désapprouvée, et ce, en l'absence de l'intention de mourir » (Gicquel & Corcos, 2011, p. 44). L'automutilation peut prendre plusieurs formes variées. Toutefois, les manifestations les plus fréquentes sont les coupures et les brûlures (Gicquel & Corcos, 2011; Power & Brown, 2010).

La prévalence de l'automutilation dans la population adulte en général varie entre 4 (Luyckx, Gandhi, Bijttebier, & Claes, 2015) et 5,9 % (Klonsky, 2011) selon les études. Selon Klonsky (2011), 3,2 % des personnes s'adonnant à de l'automutilation rapportent s'être blessées de 1 à 4 reprises, 1,4 % des personnes de 5 à 9 reprises et 1,3 % des personnes plus de 10 fois. Briere et Gil (1998) avaient obtenu des résultats similaires, soit 4 %. Chez les adolescents, les prévalences varient entre les études. Nixon, Cloutier et Jansson (2008) et Whitlock, Eckenrode et Silverman (2006) évaluent à 17 % l'automutilation à l'adolescence. Heath, Schaub, Holly et Nixon (2009) estiment plutôt que la prévalence de l'automutilation varie de 10 à 44 % dans la population adolescente. Nixon et al. (2008) précisent que 80 % des sujets s'adonnant à de l'automutilation sont des jeunes filles. L'âge médian du début des comportements d'automutilation est de 14 ans et il semble que la tranche d'âge la plus à risque d'automutilation se situe chez les moins de 30 ans (Klonsky, 2011). Enfin, les recherches actuelles ont permis de mettre en évidence l'importante corrélation entre l'automutilation et certains troubles psychologiques tels que la dépression, l'anxiété, les conduites suicidaires et les troubles de la personnalité (Klonsky, 2011; Whitlock et al., 2006).

Les fonctions de l'automutilation suscitent l'intérêt des chercheurs depuis de nombreuses années. Plusieurs hypothèses ont été proposées (Favazza, 1989; Klonsky, Glenn, Styer, Olino, & Washburn, 2015; Sadeh et al., 2014; Saraff & Pepper, 2014) pour mieux comprendre ce comportement autodestructeur. Pour Feldman (1988), les blessures reliées à l'automutilation permettraient de diminuer une tension interne envahissante beaucoup plus importante que les douleurs physiques infligées. Dès lors, cette douleur interne devient réelle et visible pour soi et pour les autres. Pour d'autres auteurs, l'automutilation devient la manifestation symbolique d'une souffrance difficilement explicable (Corcos & Richard, 2006; Gicquel & Corcos, 2011). Pour la psychiatre Garel (2008), l'automutilation aurait diverses fonctions et parfois simultanément. De façon générale, elle répondrait à un besoin de transformer une souffrance intense et incompréhensible en une douleur physique supportable et explicable (Garel, 2008). De plus, la douleur psychique ressentie est souvent perçue par la personne comme une perte de contrôle émotionnelle qui dépasse les capacités à régulariser la situation. Dès lors, il y a reprise du sentiment de contrôle par le biais de l'acte de l'automutilation qui, pour sa part, est consciemment délibéré. De plus, l'automutilation peut avoir une fonction de canalisation d'une colère intense, dangereuse et destructrice, parfois en lien avec l'objet de dépendance. Enfin, l'automutilation peut être symbolique, tel un acte de purification ou d'autopunition (Garel, 2008).

### **Études sur le TPL et les passages à l'acte autodestructeurs chez les adolescents**

Tel que déjà mentionné, le TPL comprend plusieurs symptômes désorganiseurs, dont les passages à l'acte autodestructeurs, définis par le DSM par des « répétitions de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations » (APA, 2015, p. 780). Ceux-ci sont souvent à l'origine d'une grande souffrance et peuvent être potentiellement dangereux, voire fatals (Corcos & Richard, 2006; Ludäscher et al., 2015; Yen, Gagnon, & Spirito, 2013). Néanmoins, les recherches sur les passages à l'acte autodestructeurs chez les adolescentes ayant un TPL n'abondent pas (Delvenne et al., 2013). Plus rares encore sont les études ciblant les idéations suicidaires chez les adolescentes ayant un TPL (Sharp et al., 2012). Cela peut partiellement être expliqué par la réticence des cliniciens à poser le diagnostic de TPL à l'adolescence. Malheureusement et en dépit de la coutume actuelle, des données récentes ont démontré l'importance d'établir un diagnostic précoce dans la prévention des conduites suicidaires. En effet, selon Brent, Baugher, Bridge, Chen et Chiappetta (1999), plus de 90 % des adolescents décédés par suicide avaient un historique de troubles psychiatriques.

L'étude de Kessler, Borges et Walters (1999) a révélé qu'environ 17 % des adolescents ayant un TPL ont des pensées suicidaires et que 8,5 % ont déjà fait des tentatives de suicide. Les menaces suicidaires sont également fréquentes chez les personnes ayant un TPL (Paris, 2002). De ce fait, le TPL est fortement associé aux hospitalisations (Becker et al., 1999, 2000; Zanarini et al., 2006). Enfin, le taux de

mortalité chez les individus présentant un TPL peut atteindre 10 % (Gross et al., 2002; Paris, 2009).

En comparant le TPL et la dépression à l'adolescence, Delvenne et al. (2013) et Selby et Yen (2014) ont constaté que pour l'adolescent ayant un TPL, la colère et l'impulsivité sont souvent ce qui précipitent une tentative de suicide. Il semble que la gravité des tentatives soit plus importante également, nécessitant souvent une hospitalisation. À ce propos, Yen et al. (2013) soulèvent la réflexion quant au préjugé selon lequel les personnes ayant un TPL cherchent délibérément de l'attention ou désirent manipuler leur entourage par le biais de menaces et tentatives de suicide.

Quant à l'automutilation, sa prévalence parmi la population ayant un TPL est de 70 % chez l'adulte (Zanarini et al., 2008) et d'environ 75 % chez l'adolescent (Luyckx et al., 2015). Heath et al. (2009) ont obtenu des résultats légèrement plus faibles, affirmant que la prévalence de l'automutilation pour les adolescents ayant un TPL varie de 38 à 67 %. Courtney-Seidler et al. (2013) suggèrent que ces adolescents sont plus enclins à s'adonner à de l'automutilation que leurs homologues adultes, ceux-ci ayant davantage tendance à faire des abus d'alcool notamment.

### **Répercussions du trouble de la personnalité à l'adolescence**

L'adolescence est une période développementale importante caractérisée par de nombreux changements, tant physiques que cognitifs, émotionnels et sociaux (Miller et

al., 2008). Dès lors, l'adolescent est confronté à de nouvelles réalités et donc, de nouveaux défis. Le passage de la puberté, le développement de la maturité et de l'autonomie de même que la recherche et la formation de l'identité n'en sont que quelques exemples. Cette période est d'autant plus difficile pour l'adolescent aux prises avec un TPL.

Pour ces adolescents, les difficultés au niveau de la régulation émotionnelle sont souvent à l'origine de nombreuses perturbations et conflits dans leurs relations. L'instabilité émotionnelle peut amener une faible gestion de la colère, colère qui peut alimenter à son tour un sentiment général d'hostilité (Miller et al., 2008). La grande sensibilité émotionnelle dont ils peuvent faire preuve les amènera inévitablement à se sentir rapidement submergés par leurs émotions. La reconnaissance et l'identification émotionnelle étant lacunaire, ils peuvent donc éprouver de grandes difficultés à nuancer leurs réactions émotionnelles.

Conjointement à ces difficultés, l'impulsivité joue un rôle important dans le mode de communication et les comportements de ces adolescents (Lemelin & Villeneuve, 2003). Enfin, ils ont souvent une interprétation erronée des autres et de leurs pensées à leur égard. Dès lors, ces lacunes auront inévitablement un impact considérable sur leurs relations interpersonnelles de toutes sortes : parents, fratrie, pairs, enseignants, etc.

De plus, le parcours scolaire de ces adolescents est souvent instable et chaotique (Jeannot, 2013). L'anxiété, souvent envahissante, peut avoir un impact considérable sur leur performance scolaire. À cela peuvent s'ajouter des difficultés de concentration et d'attention, ce qui contribue aux difficultés académiques, parfois déjà existantes. De la même façon, ces adolescents sont tellement surchargés émotionnellement que leurs capacités cognitives s'en trouvent affectées. Dès lors, leur réussite scolaire est compromise. Il n'est pas rare d'observer une plus grande fréquence d'échecs, de sanctions disciplinaires, de reprises d'années, d'absentéisme et de décrochage scolaire (Jeannot, 2013). Parfois, ces adolescents n'obtiennent pas le soutien qu'ils devraient, car ils sont perçus comme faisant peu d'effort et ayant peu de motivation scolaire. De ce fait, leurs difficultés académiques s'accroissent avec le temps, ce qui peut contribuer progressivement à la dépréciation personnelle (Miller et al., 2008).

Les adolescents ayant un TPL se différencient des autres jeunes, notamment par un sentiment de vide intérieur qu'ils expliquent difficilement. Ce sentiment, conjointement à l'impulsivité et aux instabilités affectives et relationnelles est souvent à l'origine des conduites suicidaires. Aussi, par crainte d'être abandonnés ou rejetés par les autres, ils auront tendance à utiliser des stratégies diverses pour éviter les situations d'abandon, notamment des comportements autodestructeurs tels que l'automutilation, les menaces suicidaires et les tentatives de suicide (Delvenne et al., 2013). D'autres comportements dévastateurs peuvent aussi faire partie de leur gestion émotionnelle inadéquate tels que l'abus de substances, une sexualité irresponsable, un trouble alimentaire, des

comportements délinquants, des dépenses excessives, etc. (Declercq & Nicolis, 2010; Miller et al., 2008). Les enjeux et répercussions du TPL à l'adolescence sont nombreux et potentiellement dangereux pour l'adolescent qui en souffre. Il appert donc important d'offrir un soutien approprié à ces jeunes, lequel nécessite davantage de recherche sur le sujet afin d'améliorer la compréhension de ce trouble à l'adolescence.

### **Pertinence et objectifs de l'essai**

Tel que mentionné précédemment, la recherche sur les passages à l'acte autodestructeurs et le diagnostic de TPL à l'adolescence n'abonde pas, en raison notamment d'une réticence des cliniciens et chercheurs à aborder la question du diagnostic de cette pathologie durant cette période (Courtney-Seidler et al., 2013; Gicquel et al., 2011; Robin, 2013; Robin & Rechtman, 2014). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette réticence. D'abord, l'adolescence est une étape développementale comportant de nombreux changements hormonaux et caractérisée en soi par un certain degré d'impulsivité et d'instabilité, autant au plan des affects qu'au plan relationnel (Chabrol et al., 2001). Néanmoins, la validité diagnostique du trouble n'est plus à faire et aujourd'hui, les impacts du TPL sont connus. Outre la grande souffrance personnelle, le TP peut avoir des répercussions importantes au niveau de la santé publique, d'un point vue clinique mais également économique (Courtney-Seidler et al., 2013; Robin & Rechtman, 2014). Les recherches actuelles prônent un diagnostic précoce afin d'offrir, aux adolescents souffrants, un traitement psychothérapeutique approprié et ainsi minimiser les impacts négatifs du TPL dans leur vie (Urfer, 2016).

Ce projet de recherche propose une exploration des TP à l'adolescence et plus particulièrement du TPL. Une attention particulière sera portée à l'un des symptômes aigus du TPL, précisément les passages à l'acte autodestructeurs. Ainsi, cet essai comprend deux principaux objectifs. Un premier objectif est d'évaluer la prévalence de chacun des troubles de la personnalité chez les adolescentes, population à l'étude dans ce projet. Le choix d'un échantillon « féminin » est relié au fait que le TPL est plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes (APA, 2015). Un deuxième objectif est d'évaluer les traits du TPL en mettant l'accent sur la présence des passages à l'acte autodestructeurs, c'est-à-dire des conduites suicidaires et de l'automutilation. De par ces objectifs, cet essai apportera un apport pertinent et concret sur la réalité actuelle des adolescentes au Québec ainsi que sur la souffrance psychologique que certaines d'entre elles vivent au quotidien.

Enfin, de façon plus concrète, cette recherche s'inscrit dans un objectif de l'établissement scolaire à l'étude, soit celui d'estimer les besoins en matière de santé mentale des élèves ciblées dans ce projet de recherche. Cette évaluation des besoins permettrait de mieux comprendre la dynamique de ces jeunes filles et par conséquent, de mettre en place des services appropriés (i.e. services en psychologie, en psychoéducation, en éducation spécialisée ou autres).

## Méthode

Cette section de l'essai abordera la méthode employée dans ce projet de recherche. Dans un premier temps, la population à l'étude sera abordée. Ensuite, les instruments de mesures employés seront présentés. Enfin, le déroulement de cette recherche sera présenté en détails dans la dernière section.

### **Participants**

Cette étude a été réalisée auprès de la population des jeunes filles de troisième secondaire, âgées entre 14 et 15 ans. Ce niveau académique a précisément été choisi en raison de l'âge habituel de l'apparition des premiers symptômes du TP. Avec l'accord de la direction d'un établissement scolaire de Québec, 188 jeunes filles ont été ciblées pour participer à cette recherche, et ce, durant une période de leur journée de classe. De ce nombre, 12 jeunes filles n'ont pas participé à la recherche pour diverses raisons : refus de participer, absence, protocole incomplet, etc. Enfin, un total de 176 adolescentes a participé à cette recherche, pour un taux de participation de 93,6 %.

Cet échantillon comprend des jeunes filles provenant de cinq programmes académiques différents et provenant de milieux familiaux variés. Le Tableau 3 comprend les données descriptives de l'échantillon à l'étude.

Tableau 3

*Répartition des participantes selon le programme scolaire et le milieu familial*

Programme scolaire	Pourcentage	Milieu familial	Pourcentage
Régulier	35,2 % ( <i>n</i> = 62)	Mes deux parents	55,1 % ( <i>n</i> = 97)
PEI	22,7 % ( <i>n</i> = 40)	Ma mère (La plupart du temps)	18,2 % ( <i>n</i> = 32)
LM	12,5 % ( <i>n</i> = 22)	Mon père (La plupart du temps)	2,8 % ( <i>n</i> = 5)
PEC	2,3 % ( <i>n</i> = 4)	En garde partagée (1 semaine/1 semaine)	18,2 % ( <i>n</i> = 32)
PALS	25,0 % ( <i>n</i> = 44)	Autre	2,8 % ( <i>n</i> = 5)
Non-répondu	2,3 % ( <i>n</i> = 4)	Non-répondu	2,8 % ( <i>n</i> = 5)
Total	100 % ( <i>n</i> = 176)	Total	100 % ( <i>n</i> = 176)

*Notes.* PEI = Programme d'études internationale. LM = Langue et multimédia. PEC = Programme d'études continues. PALS = Programme arts, langues et sports.

### Instruments de mesure

Pour cette recherche, les participantes ont rempli un questionnaire portant principalement sur les troubles et les traits de personnalité. Le lecteur est invité à se référer à l'Appendice B pour une version complète du questionnaire administré. Ce questionnaire a été élaboré en intégrant au questionnaire *Personality Diagnostic Questionnaire-4* (PDQ-4) déjà existant, six items référant au concept des comportements

autodestructeurs à l'étude dans cet essai. Par exemple, « parfois, je deviens si bouleversé (e) que je veux me blesser sérieusement », « ça ne dérange personne que je sois mort ou vivant (e) », « je pense de plus en plus à me suicider », etc. Ces items sont les suivants : 5, 16, 33, 44, 65 et 81. Enfin, deux questions d'identification ont été ajoutées, soit les items 106 et 107, l'une portant sur le programme scolaire suivi et l'autre référant au milieu familial.

Quant au PDQ-4, il s'agit d'un questionnaire auto-administré comprenant 99 items représentant et évaluant chacun un symptôme spécifique des dix troubles de la personnalité présents dans le DSM-5 (Hyler, 1994). Pour conclure à la présence d'un TP, le PDQ-4 s'appuie sur les mêmes critères diagnostiques que le DSM-5. Le PDQ-4 comprend également deux autres troubles de la personnalité, soit le trouble de la personnalité dépressive et le trouble de la personnalité passive-agressive existant dans le DSM-III et en Annexe dans le DSM-IV.<sup>1</sup>

Le questionnaire comprend des réponses de type dichotomique (vrai ou faux) permettant d'obtenir un résultat global. Ce dernier indique la présence ou non d'un ou de plusieurs troubles de la personnalité. Enfin, les résultats de chaque échelle indiquent la présence ou non du TP spécifique mesuré. Ce résultat réfère également aux traits de

---

<sup>1</sup> Le trouble de la personnalité dépressive est défini par le DSM-IV comme « un mode envahissant de cognitions et de comportement dépressifs (...). Ces derniers englobent des sentiments persistants et envahissants d'abattement, de morosité, d'ennui, de tristesse et d'amertume » (APA, 2000, p. 852). Le trouble de la personnalité passive-agressive est, quant à lui, défini comme « un mode envahissant d'attitudes négativistes et de résistance passive aux demandes de fournir une performance adéquate dans divers contextes sociaux et professionnels » (APA, 2000, p. 854).

chaque TP évalué. Le lecteur peut se référer au Tableau 1 pour une définition de chacun des troubles de la personnalité.

Le PDQ-4 comprend deux échelles de validité. Une première échelle de signification clinique a été développée afin de minimiser les biais liés aux « faux positifs ». Cette échelle comprend quatre items et permet de limiter les protocoles de sujets ayant donné une trop bonne image d'eux-mêmes. Une deuxième échelle permet d'identifier les protocoles « suspects », soit ceux pour lesquels il y a une probabilité significative que les participants aient menti dans le questionnaire. Enfin, la validité ainsi que la fidélité test-retest et la consistance interne du PDQ-4 ont été démontrées par plusieurs auteurs (Calvo, Gutiérrez, Caseras, Torrubia, & Casas, 2012; Davison, Leese, & Taylor, 2001).

### **Déroulement**

Cette recherche a d'abord été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières ainsi que par la direction de l'établissement scolaire recruté. Un certificat d'éthique portant le numéro CER-15-214-07.35 a été émis par l'UQTR le 15 janvier 2016.

Dans un premier temps, un échantillon a été créé par une technicienne en organisation scolaire à l'aide d'un logiciel scolaire, lequel contient les informations personnelles et académiques des élèves. Un bassin de 188 élèves a été créé. Par la suite,

un horaire a été établi pour la passation de l'instrument de mesure. L'horaire comprenait quatre périodes de classe d'une durée de 75 minutes durant une journée. Les participantes ont été réparties dans ces quatre plages horaires.

Dans un deuxième temps, la passation de l'instrument de mesure a eu lieu. Pour ce faire, les participantes se sont présentées, selon l'horaire préétabli, dans un local informatique de l'école. Durant la période, une brève présentation du projet a été faite aux participantes, de même qu'une présentation du formulaire de consentement. Elles ont par la suite été invitées à remplir le questionnaire informatisé après l'obtention de leur consentement écrit.

## Résultats

La section suivante comprend l'analyse et la présentation des résultats obtenus en fonction des objectifs de cette recherche. Ces derniers feront par la suite l'objet d'une discussion dans la section suivante.

### **Analyse et présentation des résultats**

Comme il s'agit d'une recherche exploratoire, les analyses proposées seront descriptives. Dans un premier temps, les résultats quant à la prévalence des troubles de la personnalité seront présentés. Dans un deuxième temps, seront abordés les résultats propres aux traits du TPL. Enfin, les résultats concernant les passages à l'acte autodestructeurs concluront cette section.

#### **Prévalence des troubles de la personnalité**

À titre de rappel, les résultats du PDQ-4 évaluent la prévalence des troubles de la personnalité. Tout d'abord, seules 19,5 % ( $n = 34$ ) des adolescentes de l'échantillon ne répondent pas aux critères d'un TP. Le Tableau 4 montre les types de troubles de la personnalité présents chez les adolescentes. En somme, les résultats démontrent une prévalence importante des TP chez les adolescentes ciblées, allant de 5,7 à 44,3 %. Il semble que le trouble de la personnalité schizoïde soit le TP le moins fréquent parmi les participantes, sa prévalence étant de 5,7 %. Inversement, le TP évitante représente le trouble ayant la prévalence la plus élevée, soit de 46,6 %. Quant au TPL, sa prévalence

est estimée à 31,3 % parmi les adolescentes à l'étude, ce qui en fait le TP le plus fréquent du cluster B du DSM-5.

Tableau 4

*Pourcentage et fréquences des troubles de la personnalité selon le PDQ-4*

Troubles de la personnalité	Pourcentage (%)	Fréquence
Cluster A		
Paranoïaque	38,1	<i>n</i> = 67
Schizoïde	5,7	<i>n</i> = 10
Schizotypique	31,8	<i>n</i> = 56
Cluster B		
Antisociale	7,4	<i>n</i> = 13
Borderline (Limite)	31,3	<i>n</i> = 55
Histrionique	10,8	<i>n</i> = 19
Narcissique	11,4	<i>n</i> = 20
Cluster C		
Évitante	46,6	<i>n</i> = 82
Dépendante	9,7	<i>n</i> = 17
Obsessionnelle-compulsive	44,3	<i>n</i> = 78
Autres troubles		
Négativisme passive-agressive	24,4	<i>n</i> = 43
Dépressive	27,8	<i>n</i> = 49

### Résultats en lien avec le TPL

Cette section propose une observation détaillée des traits de personnalité que compose le TPL pour l'ensemble de l'échantillon. Le Tableau 5 présente une comparaison de la prévalence de ces traits pour l'échantillon global et les adolescentes ayant obtenu un résultat positif au TPL (nommé « échantillon TPL »). Tel que le suggère la cotation du PDQ-4 et en accord avec les critères diagnostiques du DSM-5 (APA, 2015), un résultat positif est obtenu si la personne répond positivement à cinq des neuf manifestations du TPL. Rappelons au lecteur que la prévalence du TPL dans l'échantillon est de 31,3 %. De ce fait, « l'échantillon TPL » représente 31,3 % des adolescentes à l'étude. Précisément, la prévalence de chacun de ces traits est présentée dans le Tableau 5. Pour ce faire, ce tableau présente les neuf traits présents dans le diagnostic du TPL avec, pour chacun d'eux, l'item le représentant dans le PDQ-4.

D'abord, les résultats de l'échantillon global présents dans le Tableau 5 démontrent une grande variance dans la prévalence des traits du TPL, allant de 18,8 à 85,8 %. Selon les résultats obtenus, il semble que l'« évitement des abandons » soit le trait le plus fréquemment présent, représentant 85,8 % des adolescentes. L'« impulsivité » est le trait le moins présent, ce dernier étant évalué à 18,8 % chez les sujets. Quant aux comportements autodestructeurs, autre variable à l'étude dans ce projet, ces derniers sont évalués à 23,9 % pour l'ensemble des adolescentes.

Quant à eux, les résultats de l'échantillon TPL indiquent que la prévalence de ces traits de personnalité varie de 34,5 à 92,7 % chez ces adolescentes. En comparaison avec les résultats de l'échantillon global, le trait le plus fréquemment présent dans cet échantillon est la « perturbation de l'identité », représentant 92,7 % des adolescentes ayant un TPL. Quant au trait le moins présent, il s'agit de l'« impulsivité » avec 34,5 %. Enfin, les « comportements autodestructeurs » sont présents chez plus de la moitié des participantes (58,8 %). Enfin, un astérisque (\*) indique les traits pour lesquels il y a une différence significative de  $p < 0,05$  entre les deux groupes. Ces analyses ont été réalisées à partir du khi-deux de Pearson.

Tableau 5  
*Prévalence des traits du TPL dans l'échantillon global  
 et chez les adolescentes ayant un TPL*

Traits du TPL	Échantillon global		Échantillon TPL	
	<i>n</i> = 176		<i>n</i> = 55	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Évitement des abandons (item 7)	85,8	151	89,1	49
Relations interpersonnelles instables (item 21)	25,6	45	49,1	27*
Perturbation de l'identité (item 35)	56,8	100	92,7	51*
Impulsivité (item 104)	18,8	33	34,5	19*
Conduites autodestructrices (item 5)	23,9	42	58,2	32*
Instabilité affective (item 32)	40,9	72	36,4	20
Sentiments chroniques de vide (item 74)	21,6	38	54,5	30*
Colères intenses (item 84)	43,8	77	74,5	41*
Idéations persécutoires ou symptômes dissociatifs sévères (item 99)	34,1	60	70,9	39*

\* $p < 0,05$

### Résultats en lien avec les passages à l'acte autodestructeurs

La présence des passages à l'acte autodestructeurs a été évaluée dans cette recherche par le biais d'un item original du PDQ-4, et de l'ajout de six items référant à ce concept dans le questionnaire auto-administré. Un total de sept items a servi à évaluer la variable « passages à l'acte autodestructeurs ». Le lecteur peut se référer à la section « Méthode » pour plus d'informations à ce sujet.

Le Tableau 6 présente les résultats de cette analyse sous forme de comparaison entre l'échantillon global et l'échantillon TPL. Il est important de considérer que cette comparaison n'est effectuée qu'à titre exploratoire puisqu'il ne s'agit pas d'un des objectifs de départ de l'essai. Les présents résultats sont divisés en deux catégories afin de faciliter la compréhension du lecteur, soit les « conduites suicidaires » et l'« automutilation ». Il est à noter toutefois que l'item 49 est représenté dans les deux catégories étant donné qu'il fait référence aux deux concepts. En somme, les résultats indiquent que pour les conduites suicidaires, la présence de ce concept varie de 8,5 à 26,1 % dans l'échantillon global. Plus spécifiquement, l'item 49 (« J'ai essayé de me blesser ou de me tuer »), indiquant soit une tentative de suicide ou un acte d'automutilation, est évalué chez plus d'une adolescente sur quatre (26,1 %). Quant à l'automutilation, les deux items s'y référant sont de 23,9 % et de 26,1 % respectivement. Enfin, un astérisque (\*) indique les items pour lesquels il y a une différence significative de  $p < 0,05$  entre les deux groupes. Ces analyses ont été réalisées à partir du khi-deux de Pearson.

Tableau 6

*Prévalence des passages à l'acte autodestructeurs dans l'échantillon global et chez les adolescentes ayant un TPL*

Items des passages à l'acte autodestructeurs	Échantillon global		Échantillon TPL	
	<i>n</i> = 176		<i>n</i> = 55	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
<b>Conduites suicidaires</b>				
« Ça ne dérange personne que je sois mort(e) ou vivant(e) » (item 16)	9,7	17	21,8	12*
« Je pense de plus en plus à me suicider » (item 33)	10,2	18	30,9	17*
« La façon la plus simple de régler mes problèmes serait peut-être de me suicider » (item 44)	11,4	20	29,1	16*
« J'ai essayé de me blesser ou de me tuer » (item 49)	26,1	46	63,6	35*
« Tout le monde serait mieux si j'étais mort(e) » (item 65)	8,5	15	23,6	13*
« J'ai déjà pensé à quand et comment je pourrais me suicider » (item 81)	23,9	42	50,9	28*
<b>Automutilation</b>				
« Parfois, je deviens si bouleversé(e) que je veux me blesser sérieusement » (item 5)	23,9	42	58,2	32*
« J'ai essayé de me blesser ou de me tuer » (item 49)	26,1	46	63,6	35*

\**p* < 0,05

## Discussion

Cette section se consacre à la discussion des résultats obtenus et présentés précédemment. D'abord, il sera question de la prévalence des troubles de la personnalité chez les adolescentes de troisième secondaire. Par la suite, la discussion se poursuivra sur le TPL ainsi que sur la variation des traits de personnalité présents dans le diagnostic de ce trouble. Enfin, les résultats quant à la variable du passage à l'acte autodestructeur seront discutés, d'abord indépendamment du TPL et par la suite, comme faisant partie de son tableau diagnostique. Les forces et les limites de ce projet de recherche concluront cette section.

### **Prévalence des troubles de la personnalité**

Tout d'abord, il importe de noter la prévalence très élevée des troubles de la personnalité rapportés par les adolescentes dans le cadre de cette étude. Comme le Tableau 4 l'indique, la prévalence des TP varie de 5,7 à 46,6 %, situant la moyenne de tout TP confondu à 24,1 %. Parmi les adolescentes à l'étude, seules 34 d'entre elles (19,5 %) ne répondent pas aux critères d'un TP. En effet, selon les résultats de cette recherche, il semble que la présence d'un TP, ou la présence de plusieurs traits de personnalité pathologique, soit plus importante que ce qui est indiqué dans la littérature. En effet, Johnson et al. (2000) évaluent à 14,4 % le taux de TP chez les adolescents (filles et garçons) non-cliniques. Il est à noter toutefois que ces résultats d'étude s'appuient sur une entrevue clinique structurée ainsi que sur la passation de

plusieurs questionnaires. Néanmoins, quelques années auparavant, deux études effectuées par Golombek, Marton, Stein et Korenblum (1986) et par Korenblum, Marton, Golombek et Stein (1990) avaient obtenu des résultats similaires à la présente recherche. Ces derniers affirmaient alors qu'entre 42 et 46 % des adolescents provenant d'un échantillon non-clinique démontraient des perturbations à divers degrés dans leur personnalité, mais ne présentaient pas de TP clair et que 33 % rencontraient les critères diagnostiques d'un TP (Golombek et al., 1986; Korenblum et al., 1990).

Les résultats élevés de la présente recherche peuvent être expliqués de plusieurs façons. D'abord, la plupart des adolescentes qui présentent un TP en ont plus d'un. Cette comorbidité a pour conséquence de faire augmenter la prévalence de chacun des troubles. Toutefois, d'après quelques analyses préliminaires, les comorbidités présentes chez les sujets diffèrent grandement entre elles, rendant l'interprétation difficile, voire non-pertinente. Enfin, il importe de souligner que la passation de questionnaires auto-administrés ne constitue pas un diagnostic proprement dit, lequel nécessiterait une entrevue clinique complète. Ainsi, les résultats obtenus démontrent la présence de symptômes associés aux TP chez les adolescentes, mais ne permettent pas de conclure clairement à la présence de diagnostics francs.

Néanmoins, ces résultats élevés démontrent bien les perturbations de toutes sortes lors de la période de l'adolescence. Tel que le suggère la littérature à ce sujet (Chabrol et al., 2001; Declercq & Nicolis, 2010; Golombek et al., 1986; Korenblum et al., 1990),

l'adolescence est une étape développementale intense caractérisée par plusieurs changements et adaptations, tant au niveau physique que sur le plan psychologique et relationnel. En fait, certains symptômes, lorsque présents, doivent être considérés comme passagers et propres à la période de l'adolescence. De ce fait, ils ne doivent pas nécessairement être interprétés pathologiquement. Malgré cela, certaines hypothèses étayant ces résultats élevés méritent une attention particulière. Ainsi, les TP plus présents dans l'échantillon seront discutés par *cluster diagnostic*. Par la suite, les TP les moins présents concluront cette section.

D'abord, le trouble de la personnalité paranoïaque, inclus dans le cluster A, est évalué à 38,1 % dans l'échantillon à l'étude, ce qui est beaucoup plus élevé que ce qu'indique la littérature à ce sujet. Johnson et al. (2000) avaient évalué à 3,3 % la prévalence de ce trouble chez des adolescents. La forte prévalence du trouble de la personnalité paranoïaque pourrait être comprise en tant que mécanisme de protection. Ce trouble est décrit par le DSM-5 comme un mode relationnel de « méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes » (APA, 2015, p. 764). Ainsi, il est possible qu'il y ait des similitudes entre ce mode relationnel et les enjeux, parfois difficiles, de la vie sociale, notamment du statut social en milieu scolaire. À ce propos, Wang et al. (2013) ont évalué à près de 20 % la prévalence du trouble de la personnalité paranoïaque dans une population adolescente chinoise. Ils expliquent leur résultat par l'existence d'une corrélation entre le trouble de la personnalité paranoïaque et l'acquisition d'un statut social élevé. Plus

précisément, il n'est pas rare qu'un statut social élevé génère de la compétition au sein d'un groupe d'amis, des conflits de loyauté, un manque de confiance ou des conflits interpersonnels mettant en jeu la réputation d'une personne, ce qui est cohérent avec les critères diagnostiques du trouble en question. Enfin, il est aussi probable que les jeunes filles ayant répondu positivement au trouble de la personnalité paranoïaque, sans pour autant avoir le trouble comme tel, soient plus sensibles, voire hypersensibles, aux commentaires perçus comme menaçants que les autres.

Le trouble de la personnalité schizotypique représente également une proportion élevée de l'échantillon à l'étude, soit 31,8 %. Ce taux est beaucoup plus élevé que ce qui est estimé dans la population générale (adulte) par le DSM-5, soit 3,9 % (APA, 2015). Le trouble de la personnalité schizotypique fait référence à un « déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles, et par des conduites excentriques » (APA, 2015, p. 771). D'abord, cette forte prévalence peut être expliquée entre autres par le phénomène de la construction de l'identité à l'adolescence. Cette étape développementale peut s'avérer plus marquée chez certaines adolescentes, s'apparentant même à des symptômes schizotypiques tels que l'adoption de comportements étranges ou excentriques. Aussi, il est possible d'expliquer ce résultat élevé par la présence de symptômes psychotiques à l'adolescence, sans pour autant expliquer la présence d'un trouble psychiatrique (Badoud, Chanal, Van Der Linden, Eliez, & Debbané, 2011). En effet, une étude révèle qu'entre 6 et 33 % des adolescents

auraient vécu des expériences hallucinatoires et 24 % des idéations délirantes, ce qui peut être cohérent avec les résultats de la présente étude (Altman, Collins, & Mundy, 1997). Enfin, d'autres auteurs suggèrent que certains symptômes psychotiques, notamment la dépersonnalisation, serait un phénomène transitoire de l'adolescence. Comme cette période est assujettie à de nombreux changements hormonaux et questionnements identitaires, l'adolescente peut parfois éprouver un sentiment d'étrangeté par rapport à elle-même et aux autres (De Luca, 2015). Il est à noter que ces symptômes schizotypiques ne sont toutefois pas forcément précurseurs d'un trouble psychotique ou autre à l'âge adulte (Altman et al., 1997).

Pour le cluster B, seul le TPL démontre une prévalence élevée. Ce dernier est estimé à 31,3 % selon les données recueillies. Une fois de plus, ce résultat est beaucoup plus élevé que ce qui est mentionné dans la littérature. En effet, les prévalences variaient selon les études, allant de 3 à 18 % chez les adolescents (Courtney-Seidler et al., 2013; Declercq & Nicolis, 2010; Knafo, Greenfield, & Guilé, 2014; Robin & Rechtman, 2014). Néanmoins, Chabrol et al. (2001) avaient obtenu des résultats similaires (32,7 %) parmi un groupe d'adolescents recrutés en milieu scolaire et en utilisant la version française du DIB-R (*Revised Diagnostic Interview for Borderlines*). Cette haute prévalence dans les résultats du TPL de la présente étude peut être attribuable notamment aux similitudes des traits du TPL avec les perturbations normales liées à l'adolescence. En effet, certains traits, dont l'instabilité relationnelle et émotionnelle, de

même que l'impulsivité liée à l'adolescence, contribuent à cette prévalence élevée. Ces traits seront davantage explicités dans la prochaine section.

Le trouble de la personnalité évitante, faisant partie du cluster C, est estimé à 46,6 %, ce qui en fait le trouble le plus fréquent de l'échantillon. Ce résultat élevé peut être expliqué d'abord par les similitudes diagnostiques entre le trouble de la personnalité évitante et le trouble d'anxiété sociale, qui peuvent être présents chez certains adolescents. Selon Lafreniere (2009), il y aurait un haut taux de comorbidité entre ces deux troubles. À ce sujet, le DSM-5 décrit le trouble de la personnalité évitante comme ayant un pattern d'évitement plus vaste que le trouble d'anxiété sociale (APA, 2015). Néanmoins, bien que la prévalence de l'anxiété sociale soit estimée à 7 % par le DSM-5 (APA, 2015), il est possible que plusieurs des critères diagnostiques se retrouvent dans la population à l'étude, sans pour autant avoir un diagnostic comme tel. D'ailleurs, la prévalence de ce trouble chez les adolescents est estimée à 9,1 % selon Merikangas et al. (2010). Cette forte prévalence dans la présente étude peut également être expliquée par des enjeux personnels tels que l'estime de soi et des enjeux relationnels reliés notamment au milieu scolaire (Melioli, Sirou, Rodgers, & Chabrol, 2014; Storch & Masia-Warner, 2004). En effet, pour une adolescente, l'école secondaire représente un univers social complètement différent. Elle y développera un réseau social et entretiendra des relations avec les autres, bonnes ou mauvaises. Pour certaines, le milieu scolaire peut être intimidant de plusieurs façons; pression sociale, compétition académique, etc. Ainsi, par crainte de ne pas être aimées des autres, d'être rejetées,

d'être critiquées ou de ne pas être à la hauteur, certaines jeunes filles en viendront à s'inhiber socialement. De ce fait, il est probable que ce trouble, ou plutôt la présence de plusieurs traits de personnalité évitante, puisse être perçu comme une façon de se protéger des autres.

La prévalence du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive (TPOC) s'avère également élevée, représentant 44,3 % des adolescentes. Le DSM-5 estime la prévalence du TPOC entre 2,1 et 7,9 % de la population générale (APA, 2015). Dans la littérature, très peu d'études ont évalué l'incidence du TPOC dans la population adolescente (Aelterman, Decuyper, & De Fruyt, 2010; Park, Storch, Pinto, & Lewin, 2016). Ces études soulignent entre autres une prévalence équivalente à celle chez l'adulte, soit entre 1 et 3 %, ce qui est moins élevé que le suggère le DSM-5. Le TPOC renvoie à un mode excessif et inadapté de préoccupations « par l'ordre, la perfection, le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens de la souplesse, de l'ouverture et de l'efficacité » (APA, 2015, p. 798). Dans la littérature, de nombreuses études démontrent une comorbidité élevée avec le trouble obsessionnel-compulsif sur l'axe I du DSM (Ortiz et al., 2016; Park et al., 2016). En effet, le TPOC serait présent chez 23 à 47 % des individus ayant un trouble obsessionnel-compulsif, ce qui peut expliquer partiellement les résultats élevés de la présente étude (Coles, Pinto, Mancebo, Rasmussen, & Eisen, 2008; Garyfallos et al., 2010). La prévalence du trouble obsessionnel-compulsif varie de 0 à 4 % selon les études et l'âge des enfants (Fontenelle, Mendlowicz, & Versiani, 2006; Zohar, 1999). De plus, il est possible que

les résultats de cette recherche soient reliés aux préoccupations scolaires, notamment académiques. Enfin, il serait pertinent d'étudier les liens entre le TPOC et les différents programmes scolaires variant dans leurs exigences académiques.

Enfin, certains TP se sont avérés peu présents dans la population à l'étude, soit le trouble de la personnalité schizoïde, antisociale, histrionique, narcissique et dépendante. Toutefois, il importe de considérer que la prévalence respective de ces troubles s'approche davantage de ce qui est démontré dans la littérature, quoique légèrement plus élevée (Johnson et al., 2000). À ce sujet, Johnson et al. (2000) évaluaient à 1,1 % la prévalence du trouble de la personnalité schizoïde à l'adolescence, à 2,5 % pour la personnalité histrionique, à 3,1 % pour la personnalité narcissique et à 2,2 % pour la personnalité dépendante. Étant donné l'impossibilité diagnostique du trouble de la personnalité antisociale avant l'âge de 18 ans selon les critères du DSM-5, aucune donnée n'est présente dans la littérature pour ce trouble. Néanmoins, le trouble des conduites, qui peut être précurseur d'un trouble de la personnalité antisociale à l'âge adulte, varierait entre 2 et 10 % chez les jeunes.

### **Traits du TPL**

Tel que mentionné précédemment, cette étude montre que la prévalence du TPL est très élevée dans l'échantillon à l'étude, il est donc d'autant plus pertinent d'observer la prévalence de chacun des traits diagnostiques du TPL. Pour ce faire, cette discussion prendra la forme d'une comparaison de la prévalence des traits du TPL dans

l'échantillon global et dans l'échantillon TPL. Il importe d'abord de mentionner que la prévalence de quasiment tous les traits du TPL est plus élevée pour l'échantillon TPL, ce qui différencie nettement les sujets s'approchant d'un tableau clinique de TPL. Seul le trait « instabilité affective » est légèrement inférieur à l'échantillon global avec un écart de 4,5 %, ce qui n'apparaît pas significatif au plan statistique.

Comme le Tableau 5 l'indique, le trait le plus fréquent parmi l'échantillon TPL est celui de la « perturbation de l'identité » avec 92,7 %. Ce résultat indique que pour la plupart des adolescentes, leur identité est plutôt floue. Concrètement, elles ne savent pas réellement qui elles sont, leur image est instable de même que la notion du soi. En comparaison avec l'échantillon global (56,8 %), il y a un écart de 35,9 %, ce qui est significatif. Néanmoins, ce résultat montre qu'au moins une adolescente sur deux dans l'échantillon global éprouve des perturbations quant à son identité, ce qui porte matière à réflexion. Ce résultat est également cohérent avec la recherche identitaire présente à la période de l'adolescence (Erikson, Nass, & Louis-Combet, 1972).

La prévalence du trait « évitement des abandons » est similaire dans les deux échantillons, soit 85,8 % et 89,1 %. Ce résultat indique que la grande majorité des adolescentes éprouve une peur d'être abandonnée et de vivre du rejet. Bien que ce résultat semble élevé, il peut être attribuable aux enjeux liés à l'adolescence, notamment à l'importance du sentiment d'appartenance à cette période. À ce sujet, les recherches ont démontré que le sentiment d'appartenance, de même que l'autonomie et

le sentiment de compétence, étaient considérés comme les trois besoins fondamentaux au bien être optimal des personnes (Buttitta, Rousseau, Gronnier, & Guerrien, 2014).

La présence d'un « sentiment chronique de vide » est également présente dans l'échantillon TPL, représentant 54,5 % d'entre elles. La différence entre les deux échantillons est significative, mettant en évidence un écart de 32,9 %. Ce résultat est légèrement plus faible que ce qui est suggéré dans la littérature chez l'adulte, soit environ 72 % (Johansen, Karterud, Pedersen, Gude, & Falkum, 2004). Quant à la population adolescente, aucune étude ne semble aborder précisément ce symptôme. Pour plusieurs auteurs, le sentiment chronique de vide est relié aux symptômes dépressifs et aux passages à l'acte autodestructeurs (Delvenne et al., 2013; Klonsky, 2008). Masterson explique ce sentiment de vide chronique par son concept de « dépression d'abandon ». Pour l'auteur, la personne ayant un TPL ne peut tolérer son angoisse et ses affects dépressifs, reliés entre autres à l'accumulation de frustrations relationnelles (Bessette, 2007). Il serait d'ailleurs intéressant de se pencher sur les affects dépressifs dans une prochaine étude.

Deux résultats apparaissent également très élevés parmi l'échantillon du TPL, soit les « colères intenses » avec 74,5 % et les « idéations persécutoires ou symptômes dissociatifs sévères » estimés à 70,9 %. De plus, ces deux traits semblent se discriminer de l'échantillon global avec un écart significatif respectif de 30,7 % et 38,6 %. En ce qui concerne les « colères intenses », le résultat obtenu dans l'échantillon TPL est en accord

avec les données de la littérature et indique que la plupart de ces jeunes filles éprouvent des difficultés à contrôler leur colère (Martino et al., 2015; Miller et al., 2008). Cette lacune peut souvent être à l'origine de conflits interpersonnels, et alimentant progressivement un sentiment général d'hostilité conjointement à une crainte envahissante d'être rejeté ou abandonné. À ce sujet, le trait « relations interpersonnelles instables » est présent chez près de 50 % des adolescentes de l'échantillon TPL en comparaison à 25,6 % de l'échantillon global.

Quant aux « idéations persécutoires ou symptômes dissociatifs sévères », ce trait démontre bien le caractère paranoïde présent chez ces adolescentes (Chabrol et al., 2001; Meijer et al., 1998). En effet, il est intéressant de constater que la prévalence du trouble de la personnalité paranoïaque est de 38,1 % dans l'échantillon global alors que ce trait est présent chez 34,1 % de ces adolescentes.

L'« impulsivité » est le trait le moins fréquent dans les deux échantillons, soit 18,8 % (échantillon global) et 34,5 % (échantillon TPL). Ce résultat peut renvoyer au fait que l'impulsivité représente une caractéristique propre aux adolescents, discriminant de façon moindre le TPL. Également, il est possible que l'autocritique nécessaire pour déceler l'impulsivité soit lacunaire chez les adolescents, d'autant plus lors de la passation d'un questionnaire auto-administré. Néanmoins, ce résultat est différent de ce qui est démontré dans la littérature. Tel que mentionné précédemment, l'impulsivité serait le trait de personnalité le plus représentatif du tableau clinique du TPL selon Gratz

et al. (2009), Links et al. (1999) et Zanarini (1993). Il jouerait également un rôle majeur dans le passage à l'acte autodestructeur (Paris, 2005). D'ailleurs, le trait « conduites destructrices », qui est estimé à 58,2 % dans l'échantillon TPL et à 23,9 % dans l'échantillon global, apparaît comme similaire aux données dans la littérature. Il apparaît toutefois difficile de comparer ces données puisqu'aucune étude jusqu'à présent ne semble avoir évalué les passages à l'acte autodestructeurs, incluant les conduites suicidaires et l'automutilation, dans un échantillon d'adolescentes non-cliniques. Rappelons néanmoins que Kessler et al. (1999) avaient évalué la présence de pensées suicidaires chez 17 % des adolescentes ayant un TPL et Luyckx et al. (2015) avaient estimé à 75 % l'automutilation chez ces adolescents. Quoi qu'il en soit, les résultats actuels indiquent que plus d'une jeune fille sur deux parmi l'échantillon TPL a des conduites destructrices, l'amenant à vivre de grandes souffrances et pouvant mettre sa vie en danger. En d'autres termes, ces résultats nécessitent que l'on s'y attarde plus spécifiquement.

### **Passages à l'acte autodestructeurs**

Les passages à l'acte autodestructeurs font référence dans cet essai à la fois aux conduites suicidaires et aux automutilations, telles que mesurées par l'ajout d'items plus spécifiques auxquels toutes les participantes ont répondu (voir Tableau 6). Cette sous-section fera état des résultats entre les deux échantillons à l'étude.

En somme, les résultats apparaissent comme plus élevés comparativement à ce qui est présenté dans la littérature, et ce, pour les deux concepts à l'étude. D'abord, les résultats de la présente étude démontrent que les conduites suicidaires sont fréquentes chez les adolescentes des deux échantillons, mais plus élevée pour l'échantillon TPL. Ainsi, les pensées suicidaires sont présentes chez environ 10 % des adolescentes de l'échantillon global (moyenne des items 33, 44 et 65) et chez 27,9 % des adolescentes de l'échantillon TPL. Rappelons que Kessler et al. (1999) estimaient à 17 % les pensées suicidaires chez les adolescents ayant un TPL. Toutefois, aucune étude ne semble avoir évalué les idéations suicidaires chez les adolescentes non-cliniques.

Le détachement à la vie (item 16) est présent chez 9,7 % des adolescentes de l'échantillon global en comparaison à 21,8 % de l'échantillon TPL. De plus, 23,9 % des adolescentes non-cliniques, c'est-à-dire presque une jeune fille sur quatre, a déjà pensé sérieusement au suicide, allant même jusqu'à élaborer un plan de suicide. Ce nombre augmente à 50,9 % pour l'échantillon TPL. Enfin, 26,1 % des adolescentes de l'échantillon global ont rapporté avoir déjà essayé de se tuer ou de se blesser. Une fois de plus, il s'agit d'un peu plus d'une jeune fille sur quatre qui a déjà commis ces gestes autodestructeurs. Bien qu'il soit impossible de faire la distinction entre la tentative de suicide et l'automutilation dans ce résultat, ce dernier demeure préoccupant. Enfin, pour l'échantillon TPL, cette donnée augmente à 63,6 %.

En ce qui concerne l'automutilation comme telle, les résultats démontrent que ce phénomène est présent chez 23,9 % de l'échantillon global. Ce dernier résultat semble être similaire avec ce qu'avaient estimé Heath et al. (2009), soit que cette proportion varierait entre 10 et 44 % dans la population adolescente non-clinique. Ce résultat augmente à 58,2 % pour l'échantillon TPL, ce qui est en accord avec les recherches sur le sujet. À ce propos, Luyckx et al. (2015) évaluaient à 75 % l'automutilation chez les adolescentes ayant un TPL et Heath et al. de 38 à 67 % chez la même population.

En accord avec les autres traits associés au TPL, les passages à l'acte autodestructeurs sont plus fréquents dans l'échantillon TPL que dans l'échantillon global. Néanmoins, ces données doivent toutes être prises en considération, et ce, pour les deux échantillons, car elles traduisent un grand sentiment de mal-être et de souffrance personnelle chez ces adolescentes (Corcos & Richard, 2006; Ludäscher et al., 2015; Yen et al., 2013). Dès lors, il appert important de mettre en place des services appropriés dans le milieu scolaire afin de venir en aide à ces jeunes filles.

Les résultats de cette étude démontrent une importante prévalence des TP dans la population adolescente non-clinique, soit une moyenne de 24,1 %. Tel que mentionné précédemment, plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce phénomène. D'abord, la présence de comorbidités entre les différents TP. Également, la période intense de l'adolescence semble exacerber certains traits de personnalité pathologique propres aux divers TP. Concernant le TPL, cette recherche a démontré une prévalence élevée de ce

trouble dans la population adolescente, soit de 31,3 %. Les analyses statistiques effectuées ont permis d'explorer davantage les traits TPL de ces adolescentes. De prime abord, huit des neuf traits diagnostiques apparaissent significativement plus élevés parmi l'échantillon TPL contrairement à l'échantillon global. Il semble que la « perturbation de l'identité » soit le trait le plus fréquent, représentant 92,7 % des adolescentes. De façon plus spécifique, les résultats reliés aux symptômes aigus se sont avérés tous significativement plus élevés dans l'échantillon TPL à l'exception de l'« instabilité affective ». Le trait de l'« impulsivité » apparaît toutefois à une fréquence moindre, soit chez 34,5 % des adolescentes ayant un TPL. Enfin, les données recueillies sur les passages à l'acte autodestructeurs se sont avérées similaires à ce qui est démontré dans la littérature, et ce, pour les deux échantillons respectivement.

En conclusion, tel que mentionné précédemment, il existe des liens certains entre les traits de personnalité des TP et les enjeux psychologiques et interpersonnels de l'adolescence. Néanmoins, lorsque ces traits de personnalité deviennent rigides et inadaptés, et lorsqu'ils deviennent une source de souffrance et de dysfonctionnement notable, il convient alors de considérer la possibilité d'un TP (APA, 2015). À cet effet, un diagnostic précoce adéquat peut avoir une incidence sur le développement du trouble à l'âge adulte et sur l'intervention clinique à privilégier.

### **Forces et limites de l'essai**

L'une des forces de ce projet de recherche est qu'il s'intéresse à une population adolescente et non-clinique. Cette recherche est basée sur un vaste échantillon permettant de tirer des résultats pertinents en regard aux objectifs de cet essai. Aussi, comme il y a peu d'études dans la littérature actuelle sur le TPL à l'adolescence et les passages à l'acte autodestructeurs, cette recherche se veut exploratoire de cette problématique dans cette population. Ce projet peut s'avérer intéressant pour les recherches futures, car il propose plusieurs résultats spécifiques aux traits de personnalité pathologique et aux éléments reliés aux passages à l'acte autodestructeurs (pensées, intention, plan, etc.). Enfin, cet essai apporte une contribution clinique à l'établissement scolaire au centre de ce projet. En effet, les résultats recueillis ont permis d'évaluer les besoins spécifiques de cette clientèle afin, éventuellement, d'orienter les interventions.

Cette recherche comporte aussi des limites. D'abord, l'évaluation de la prévalence des TP est basée sur un questionnaire auto-administré ne permettant pas de confirmer sans équivoque la présence ou non d'un TP. Il s'agit donc d'une présomption d'un diagnostic selon les symptômes auto rapportés des participantes. Les résultats sont donc à interpréter avec prudence. Également, il appert important de mentionner que toutes les participantes ont été recrutées dans une seule école, ce qui limite la généralisation des résultats. Toutefois, la population à l'étude comprenait des jeunes filles de divers programmes. Enfin, il s'agit d'une étude descriptive ayant une portée limitée et ne

permettant pas de faire des liens directs entre les variables. Toutefois, étant donné le peu d'études sur le sujet, le caractère exploratoire a été privilégié dans le cadre de cette recherche.

## **Conclusion**

Ce projet de recherche avait pour objectif d'explorer la prévalence des TP à l'adolescence et plus particulièrement du TPL et des passages à l'acte autodestructeurs. Cette étude a permis de mettre en lumière une prévalence élevée de tous les TP chez les adolescentes à l'étude de façon plus importante que ce qui a été démontré dans la littérature actuelle. À l'instar des autres TP, le TPL est apparu également plus présent parmi ces jeunes filles. Toutefois, ces résultats doivent être nuancés compte tenu de la période développementale traversée par les participantes à l'étude. En effet, l'adolescence est une période importante de changements divers, marquant à différents degrés la personnalité, les relations interpersonnelles et l'estime de soi des adolescentes. Pour plusieurs, elles traverseront cette crise développementale sans trop de soucis. Pour d'autres, cette période est plus intense et marquée par de grandes souffrances personnelles. Les passages à l'acte autodestructeurs font également partie du tableau clinique du TPL. Ce projet a permis d'estimer une prévalence élevée de ces comportements chez les adolescentes à l'étude, tout comme ce qui est démontré dans la littérature. De façon plus spécifique, il a été démontré que certaines de ces adolescentes ont des idéations suicidaires sérieuses, ont déjà commis des actes d'automutilation ou ont déjà fait des tentatives de suicide. Ces résultats sont préoccupants, car ils témoignent d'un besoin important d'intervenir auprès de ces jeunes filles. La plupart d'entre elles ne reçoivent pas l'aide dont elles auraient besoin, soit par manque de service, soit par crainte d'être jugée négativement. Dès lors, il apparaît important de poursuivre les

recherches auprès de cette population pour mieux comprendre l'émergence du TPL, mais également en regard des interventions à privilégier. Également, dans l'objectif d'approfondir les connaissances sur le TPL à l'adolescence, il pourrait être pertinent de poursuivre les recherches, notamment par le biais d'études longitudinales, permettant ainsi d'évaluer la stabilité des symptômes TPL à l'adolescence par rapport au diagnostic à l'âge adulte.

## Références

- Aelterman, N., Decuyper, M., & De Fruyt, F. (2010). Understanding obsessive-compulsive personality disorder in adolescence: A dimensional personality perspective. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(4), 467-478.
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 94-104.
- Altman, H., Collins, M., & Mundy, P. (1997). Subclinical hallucinations and delusions in nonpsychotic adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(4), 413-420.
- American Psychiatric Association. (APA, 2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd., rév.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (APA, 2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> éd.) (version internationale) (Washington, DC, 2013). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Paris, France : Masson.
- Arie, M., Haruvi-Catalan, L., & Apter, A. (2005). Personality and suicidal behavior in adolescence. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 2(1), 37-47.
- Badoud, D., Chanal, J., Van Der Linden, M., Eliez, S., & Debbané, M. (2011). Validation de la version française du questionnaire de personnalité schizotypique de Raine dans la population adolescente : étude de la structure factorielle. *Encéphale*, 37(4), 299-307.
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2000). Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults. *The American Journal of Psychiatry*, 157(12), 2011-2016.
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Morey, L. C., Walker, M. L., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (1999). Applicability of personality disorder criteria to hospitalized adolescents: Evaluation of internal consistency and criterion overlap. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(2), 200-205.

- Belloc, V., Leichsenring, F., & Chabrol, H. (2004). Relations entre les symptomatologies dépressive et limite et les idées suicidaires dans un échantillon de lycéens. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52(4), 219-224.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Velez, C. N., Schwab-Stone, M., Siever, L. J., & Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 150(8), 1237-1243.
- Bessette, M. (2007). L'approche Masterson de la psychothérapie des troubles de la personnalité. Dans R. Labrosse & C. Leclerc (Éds), *Trouble de personnalité limite et réadaptation : points de vue de différents acteurs* (Chapitre 11). Québec : Éditions Ressources.
- Bleiberg, E. (2004). *Treating personality disorders in children and adolescents: A relational approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Bondurant, H., Greenfield, B., & Tse, S. M. (2004). Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: A review. *Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13(3), 53-57.
- Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 61-85.
- Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolescent Psychiatry*, 6, 5-33.
- Bowlby, J. (2005). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiappetta, L. (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497-1505.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
- Buttitta, M., Rousseau, A., Gronnier, P., & Guerrien, A. (2014). Anxiété sociale et satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance sociale chez les adolescents obèses. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62(5), 271-277.

- Calvo, N., Gutiérrez, F., Caseras, X., Torrubia, R., & Casas, M. (2012). Psychometric properties of the Spanish version of the self-report Personality Diagnostic Questionnaire-4+(PDQ-4+) in psychiatric outpatients. *Psicothema*, 24(1), 156-160.
- Carlson, E. A., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1311-1334.
- Chabrol, H., Chouicha, K., Montovany, A., & Callahan, S. (2001). Symptomatologie de la personnalité limite du DSM-IV dans une population non clinique d'adolescents : étude d'une série de 35 cas. *L'Encéphale : revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 27(2), 120-127.
- Chabrol, H., Chouicha, K., Montovany, A., Callahan, S., Doconge, E., & Sztulman, H. (2002). Troubles de la personnalité dans un échantillon non clinique d'adolescents. *L'Encéphale : revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 28(6), 520-524.
- Chagnon, J.-Y. (2007). Les états-limites : approche psychanalytique francophone contemporaine. Dans R. Labrosse & C. Leclerc (Éds), *Trouble de personnalité limite et réadaptation : points de vue de différents acteurs* (Chapitre 13). Québec : Éditions Ressources.
- Coles, M. E., Pinto, A., Mancebo, M. C., Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (2008). OCD with comorbid OCPD: A subtype of OCD? *Journal of Psychiatric Research*, 42(4), 289-296.
- Corcos, M., & Richard, B. (2006). L'émotion mutilée : approche psychanalytique des automutilations à l'adolescence. *La psychiatrie de l'enfant*, 49(2), 459-476.
- Courtney-Seidler, E. A., Klein, D., & Miller, A. L. (2013). Borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 20(4), 425-444.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Lenzenweger, M. F. (2008). The development of borderline personality disorder and self-injurious behavior. Dans T. P. Beauchaine & S. P. Hinshaw (Éds), *Child and adolescent psychopathology* (pp. 510-539). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- 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.

- Davison, S., Leese, M., & Taylor, P. J. (2001). Examination of the screening properties of the Personality Diagnostic Questionnaire 4+ (PDQ-4+) in a prison population. *Journal of Personality Disorders*, 15(2), 180-194.
- Declercq, S., & Nicolis, H. (2010). La théorie de l'attachement au secours des adolescents limites hospitalisés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58(3), 107-111.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J. F. M., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27(1), 4-15.
- De Luca, M. (2015). La dépersonnalisation à l'adolescence : entre étrangeté ordinaire et conscience disloquée. *Évolution psychiatrique*, 80(1), 71-82.
- Delvenne, V., de Kernier, N., Guénolé, F., Gicquel, L., Douniol, M., Barbe, R., & Speranza, M. (2013). Tenter de se tuer pour supporter le vide et l'angoisse. Dans M. Corcos, A. Pham-Scottez, & M. Speranza (Éds), *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence* (pp. 129-140). Paris : Dunod.
- De Zulueta, F. (1999). Borderline personality disorder as seen from an attachment perspective: A review. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9(3), 237-253.
- Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95-102.
- Erikson, E. H., Nass, J., & Louis-Combet, C. (1972). *Adolescence et crise : la quête de l'identité*. Paris : Flammarion.
- Favazza, A. R. (1989). Normal and deviant self-mutilation: An essay-review. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 26(2), 113-127.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259-268.
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1990). Varieties of pathological self-mutilation. *Behavioural Neurology*, 3(2), 77-85.
- Feldman, M. D. (1988). The challenge of self-mutilation: A review. *Comprehensive Psychiatry*, 29(3), 252-269.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129-1146.

- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder-A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4-21.
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 103-122.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., & Versiani, M. (2006). The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(3), 327-337.
- Garel, P. (2008). L'automutilation superficielle à l'adolescence : le corps dans tous ses états. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 40, 227-235.
- Garyfallos, G., Katsigiannopoulos, K., Adamopoulou, A., Papazisis, G., Karastergiou, A., & Bozikas, V. P. (2010). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive-compulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder? *Psychiatry Research*, 177(1-2), 156-160.
- Gicquel, L., & Corcos, M. (2011). *Les automutilations à l'adolescence*. Paris : Dunod.
- Gicquel, L., Pham-Scottez, A., Robin, M., & Corcos, M. (2011). États-limites à l'adolescence : diagnostic et clinique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 59(5), 316-322.
- Glenn, C. R., Bagge, C. L., & Osman, A. (2013). Unique associations between borderline personality disorder features and suicide ideation and attempts in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 27(5), 604-616.
- Golombek, H., Marton, P., Stein, B., & Korenblum, M. (1986). Personality dysfunction and behavioral disturbance in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(5), 697-703.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Reynolds, E. K., Bagge, C. L., Latzman, R. D., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2009). Extending extant models of the pathogenesis of borderline personality disorder to childhood borderline personality symptoms: The roles of affective dysfunction, disinhibition, and self- and emotion. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1263-1291.
- Gregory, R. J. (2005). Axis I disorders are common in people with severe borderline personality disorder, but decrease with time. *Evidence Based Mental Health*, 8(2), 50.

- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., ... Weissman, M. M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162(1), 53-60.
- Heath, N. L., Schaub, K., Holly, S., & Nixon, M. K. (2009). Self-injury today: Review of population and clinical studies in adolescents. Dans M. K. Nixon & N. L. Heath (Éds), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (pp. 9-27). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Holmes, J. (2003). Borderline personality disorder and the search for meaning: An attachment perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 524-531.
- Hyler, S. E. (1994). *Personality Diagnostic Questionnaire-4*. New York, NY: New York State Psychiatric Institute.
- Jeannot, M. (2013). Parcours scolaires des adolescents borderline. Dans M. Corcos, A. Pham-Scottez, & M. Speranza (Éds), *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence* (pp. 173-186). Paris : Dunod.
- Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T., & Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 289-298.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Smailes, E., Kasen, S., Oldham, J. M., Skodol, A. E., & Brooks, J. S. (2000). Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1406-1412.
- Kernberg, O. (1979). *Les troubles limite de la personnalité*. Toulouse : Privat.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617-626.
- Klonsky, E. D. (2008). What is emptiness? Clarifying the 7<sup>th</sup> criterion for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 418-426.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981-1986.

- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M., & Washburn, J. J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: Converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 1-9.
- Knafo, A., Greenfield, B., & Guilé, J.-M. (2014). Le trouble de personnalité limite de l'adolescence à l'âge adulte : quelle stabilité diagnostique ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62(1), 3-9.
- Knafo, A., Labelle, R., Guilé, J.-M., Belloncle, V., Mille, C., Mirkovic, B., ... Breton, J. J. (2014). Coping, suicidalité et trouble de personnalité limite à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62(7), 431-436.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M., ... Sievey, L. J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 159(5), 784-788.
- Korenblum, M., Marton, P., Golombek, H., & Stein, B. (1990). Personality status: Changes through adolescence. *Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 389-399.
- Lafreniere, P. (2009). A functionalist perspective on social anxiety and avoidant personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1065-1082.
- Lauzon, N., Mercier, F., & Meunier, L. (2003). Réflexions autour du concept de la pathologie borderline chez l'enfant et l'adolescent. *Revue québécoise de psychologie*, 24(2), 139-165.
- Lebel, V., & Normandin, L. (2015). Troubles de la personnalité à l'adolescence : état des connaissances et facteurs de risque. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 56(2), 242-252.
- Légaré, G., Gagné, M., & Alix, C. (2016). *La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2013 – Mise à jour 2016*. Repéré à [http://www.aqps.info/media/documents/Portrait\\_statistique2016\\_suicide\\_Quebec\\_I\\_NSPQ.pdf](http://www.aqps.info/media/documents/Portrait_statistique2016_suicide_Quebec_I_NSPQ.pdf)
- Lemelin, S., & Villeneuve, É. (2003). L'impulsivité associée au trouble de personnalité limite. *Revue québécoise de psychologie*, 24(2), 195-210.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

- Links, P. S., Heslegrave, R., & van Reekum, R. (1999). Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 13(1), 1-9.
- Ludäscher, P., von Kalckreuth, C., Parzer, P., Kaess, M., Resch, F., Bohus, M., ... Brunner, R. (2015). Pain perception in female adolescents with borderline personality disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(3), 351-357.
- Ludolph, P. S., Westen, D., Mislé, B., Jackson, A., Wixom, J., & Wiss, F. C. (1990). The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms and developmental history. *The American Journal of Psychiatry*, 147(4), 470-476.
- Luyckx, K., Gandhi, A., Bijttebier, P., & Claes, L. (2015). Non-suicidal self-injury in female adolescents and psychiatric patients: A replication and extension of the role of identity formation. *Personality and Individual Differences*, 77, 91-96.
- Lyons-Ruth, K. (2008). Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Mental Health Journal*, 29(3), 203-218.
- Mahler, M. S. (1971). A study of the separation-individuation process: And its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403-424.
- Martino, F., Caselli, G., Berardi, D., Fiore, F., Marino, E., Menchetti, M., ... Tyrer, P. (2015). Anger rumination and aggressive behaviour in borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 9(4), 277-287.
- Meijer, M., Goedhart, A. W., & Treffers, P. D. A. (1998). The persistence of borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 12(1), 13-22.
- Melioli, T., Sirou, J., Rodgers, R. F., & Chabrol, H. (2014). Étude du profil des personnes victimes d'intimidation réelle et d'intimidation sur Internet. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 63(1), 30-35.
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
- Merrell, K. W. (2008). *Helping students overcome depression and anxiety: A practical guide* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Guilford Press.

- Meyer, R. E., Salzman, C., Youngstrom, E. A., Clayton, P. J., Goodwin, F. K., Mann, J. J., ... Seehan, D. V. (2010). Suicidality and risk of suicide - Definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: A consensus statement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(8), 1-21.
- Middleton, A. E. (2004). *Differentiating adolescents with borderline personality disorder from normal adolescents and adolescents with other disorders* (Thèse de doctorat inédite). The University of Texas, Austin, US.
- Miller, A. L., Neft, D., & Golombeck, N. (2008). Borderline personality disorder and adolescence. *Social Work in Mental Health*, 6(1-2), 85-98.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). *Idées suicidaires et tentatives de suicide au Québec*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-202-04F.pdf>
- Minois, G. (1999). *History of suicide: Voluntary death in western culture*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Mishara, B. L., & Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Nicastro, R., Dieben, K., & McQuillan, A. (2007). Thérapie comportementale dialectique : description du traitement standard et application novatrice dans un programme intensif. Dans R. Labrosse & C. Leclerc (Éds), *Trouble de personnalité limite et réadaptation : points de vue de différents acteurs* (Chapitre 6). Québec : Éditions Ressources.
- Nixon, M. K., Cloutier, P., & Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: A population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178(3), 306-312.
- Ortiz, A. E., Morer, A., Moreno, E., Plana, M. T., Cordovilla, C., & Lázaro, L. (2016). Clinical significance of psychiatric comorbidity in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: Subtyping a complex disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(3), 199-208.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53(6), 738-742.
- Paris, J. (2005). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1091-1104.

- Paris, J. (2009). The treatment of borderline personality disorder: Implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 277-290.
- Park, J. M., Storch, E. A., Pinto, A., & Lewin, A. B. (2016). Obsessive-compulsive personality traits in youth with obsessive-compulsive disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 47(2), 281-290.
- Pearson, L. (2004). Treating personality disorders in children and adolescents: A relational approach, Efrain Bleiberg. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory, & Research*, 32(2), 58-60.
- Power, J., & Brown, S. L. (2010). *L'automutilation : analyse documentaire et répercussions sur les services correctionnels*. Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- Robin, M. (2013). État limite, personnalité borderline, ou crise borderline à l'adolescence? Dans M. Corcos, A. Pham-Scottez, & M. Speranza (Éds), *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence* (pp. 375-390). Paris : Dunod.
- Robin, M., & Rechtman, R. (2014). Un changement de paradigme au sein du DSM? Le cas de la personnalité borderline à l'adolescence. *L'évolution psychiatrique*, 79(1), 95-108.
- Ross, R. R., & McKay, H. B. (1979). *Self-mutilation*. Los Angeles, CA: Aero Publishers.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (2000). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris : Fayard.
- Sadeh, N., Londahl-Shaller, E. A., Piatigorsky, A., Fordwood, S., Stuart, B. K., McNiel, D. E., ... Yaeger, A. M. (2014). Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with borderline personality disorder symptoms. *Psychiatry Research*, 216(2), 217-222.
- Saraff, P. D., & Pepper, C. M. (2014). Functions, lifetime frequency, and variety of methods of non-suicidal self-injury among college students. *Psychiatry Research*, 219(2), 298-304.
- Scaramozzino, S. (2004). Pour une approche psychiatrique de l'automutilation : implications nosographiques. *Champ psychosomatique*, 36(4), 25-38.

- Selby, E. A., & Yen, S. (2014). Six-month trajectory of suicidal ideation in adolescents with borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 89-100.
- Sharp, C., Green, K. L., Yaroslavsky, I., Venta, A., Zanarini, M. C., & Pettit, J. (2012). Incremental validity of borderline personality disorder relative to major depressive disorder for suicidal ideation and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 927-938.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.
- Speranza, M., Pham-Scottez, A., Revah-Levy, A., Barbe, R. P., Perez-Diaz, F., Birmaher, B., & Corcos, M. (2012). Factor structure of borderline personality disorder symptomatology in adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 57(4), 230-237.
- Steele, M., Bate, J., Nikitiades, A., & Buhl-Nielsen, B. (2015). Attachment in adolescence and borderline personality disorder. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 14(1), 16-32.
- Storch, E. A., & Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of Adolescence*, 27(3), 351-362.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.
- Urfer, F.-M. (2016). Les troubles de la personnalité à l'adolescence : évaluation, orientation psychothérapique et enjeux familiaux. *Psychologie Québec*, 33(1), 29-31.
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 13-24.
- Wang, Y., Zhu, X., Cai, L., Wang, Q., Wang, M., Yi, J., & Yao, S. (2013). Screening cluster A and cluster B personality disorders in Chinese high school students. *BMC Psychiatry*, 13, 116.

- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.
- Yen, S., Gagnon, K., & Spirito, A. (2013). Borderline personality disorder in suicidal adolescents. *Personality and Mental Health*, 7(2), 89-101.
- Zanarini, M. C. (1993). Borderline personality disorder as an impulse spectrum disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 44(6), 405-408.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 167(6), 663-667.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., Weinberg, I., & Gunderson, J. G. (2008). The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(3), 177-184.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 929-935.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Ridolfi, M. E., Jager-Hyman, S., Hennen, J., & Gunderson, J. G. (2006). Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 20(1), 9-15.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30(1), 18-25.
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 381-387.
- Zohar, A. H. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(3), 445-460.

**Appendice A**  
Critères diagnostiques de la « Personnalité borderline »  
selon l'approche dimensionnelle du DSM-5

---

### Critères diagnostiques proposés

---

A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans au moins deux des quatre domaines suivants :

1. **Identité** : image de soi appauvrie de façon marquée, peu développée ou instable, souvent associée à une autocritique excessive, à des sentiments chroniques de vide et à des états dissociatifs sous l'influence de stress.
2. **Autodétermination** : Instabilité des objectifs, des aspirations, des valeurs ou des plans de carrière.
3. **Empathie** : Incapacité de reconnaître les sentiments et les besoins d'autrui associée à une hypersensibilité personnelle (c.-à-d. prêt à se sentir blessé ou insulté), perception d'autrui sélectivement biaisée vers des caractéristiques négatives et des fragilités ou « points faibles ».
4. **Intimité** : Relations proches intenses, instables et conflictuelles, avec manque de confiance, besoins affectifs excessifs et préoccupations anxieuses concernant un abandon réel ou imaginé; relations proches souvent extrêmes, soit idéalisées, soit dévalorisées, alternant entre implication excessive et retrait.

B. Au moins quatre des sept traits pathologiques de personnalité suivants, au moins l'un d'entre eux devant être : (5) impulsivité, (6) prise de risque ou (7) hostilité :

1. **Labilité émotionnelle** (un aspect de l'**affectivité négative**) : Expériences émotionnelles instables ou changements d'humeurs fréquents, émotions facilement réveillées, intention et/ou hors de proportion avec les événements et les circonstances.
  2. **Tendance anxieuse** (un aspect de l'**affectivité négative**) : Sentiment intense de nervosité, tension ou panique, souvent en réaction à des stress interpersonnels, préoccupations par les effets négatifs d'expériences passées et d'éventualités futures négatives; se sentir craintif, inquiet, menacé par l'incertitude; peur de s'effondrer ou de perdre le contrôle.
  3. **Insécurité liée à la séparation** (un aspect de l'**affectivité négative**) : Peur d'être rejeté par des gens qui comptent ou être séparé(e) d'eux, associée à des peurs d'une indépendance excessive et d'une perte complète d'autonomie.
  4. **Dépressivité** (un aspect de l'**affectivité négative**) : Sentiments fréquents d'être au plus bas, misérable, sans espoir, difficultés à se remettre de tel état d'âme, pessimisme à propos du futur, sentiment envahissant de honte, sentiment d'infériorité, idées de suicide et conduite suicidaire.
-

- 
5. **Impulsivité** (un aspect de la **désinhibition**) : Agit sur un coup de tête en réponse à des stimuli immédiats, dans l'instant, sans plan ou considération pour les conséquences, difficultés à élaborer ou à suivre des plans, vécu d'urgence et comportement d'auto-agression dans les situations de détresse émotionnelle.
  6. **Prise de risque** (un aspect de la **désinhibition**) : Engagement dans des activités dangereuses, risquées, potentiellement auto-dommageables et superflues, sans penser aux conséquences; ne se soucie pas de ses propres limitations et dénie la réalité d'un danger personnel.
  7. **Hostilité** (un aspect de l'**antagoniste**): Sentiments de colère persistants ou fréquents, colères ou irritabilité en réponse à des insultes et des affronts mineurs.
-

**Appendice B**  
Questionnaire PDQ-4 adapté

Le but de ce questionnaire est de vous aider à décrire le genre de personne que vous êtes. Pour répondre aux questions, pensez à la manière dont vous avez eu tendance à ressentir les choses, à penser et à agir durant ces dernières années. Afin de vous rappeler cette consigne, chaque question commence par la phrase : « *Depuis plusieurs années...* ».

**V (vrai)** signifie que cet énoncé est **généralement vrai** pour vous.

**F (faux)** signifie que cet énoncé est **généralement faux** pour vous.

Même si vous n'êtes pas tout à fait certain(e) de votre réponse, veuillez indiquer **V** ou **F** à chaque question. Par exemple, à l'énoncé suivant :

J'ai tendance à être têtue(e)

V

F

Si, *depuis plusieurs années*, vous êtes effectivement têtue(e), vous répondrez « vrai » en entourant le **V**. Si cet énoncé ne s'applique pas du tout à vous, vous répondrez « faux » en entourant le **F**.

Il n'y a pas de réponses justes ou fausses.

Vous pouvez prendre tout le temps qu'il vous faut.

*Depuis plusieurs années...*

1. J'évite de travailler avec des gens qui pourraient me critiquer.

V

F

2. Je ne peux prendre aucune décision sans le conseil ou le soutien des autres.

V

F

3. Je me perds souvent dans les détails et n'ai plus de vision d'ensemble.

V

F

4. J'ai besoin d'être au centre de l'attention générale.

V

F

*Depuis plusieurs années...*

5. Parfois, je deviens si bouleversé(e) que je veux me blesser sérieusement.  
V F
6. J'ai accompli beaucoup plus de choses que ce que les autres me reconnaissent.  
V F
7. Je ferais n'importe quoi pour éviter que ceux qui me sont chers ne me quittent.  
V F
8. Les autres se sont plaint que je ne sois pas à la hauteur professionnellement ou que je ne tienne pas mes engagements.  
V F
9. J'ai eu des problèmes avec la loi à plusieurs reprises (ou j'en aurais eu si j'avais été pris(e)).  
V F
10. Passer du temps avec ma famille ou avec des amis ne m'intéresse pas vraiment.  
V F
11. Je reçois des messages particuliers de ce qui se passe autour de moi.  
V F
12. Je sais que, si je les laisse faire, les gens vont profiter de moi ou chercher à me tromper.  
V F
13. Parfois, je me sens bouleversé(e).  
V F
14. Je ne me lie avec les gens que lorsque je suis sûr(e) qu'ils m'aiment.  
V F
15. Je suis habituellement déprimé(e).  
V F
16. Ça ne dérange personne que je sois mort ou vivant(e).  
V F

*Depuis plusieurs années...*

17. Je préfère que ce soit les autres qui soient responsables pour moi.  
V F
18. Je perds du temps à m'efforcer de tout faire parfaitement.  
V F
19. Je suis plus « sexy » que la plupart des gens.  
V F
20. Je me surprends souvent à penser à la personne importante que je suis ou que je vais devenir un jour.  
V F
21. J'aime ou je déteste quelqu'un, il n'y a pas de milieu pour moi.  
V F
22. Je me bagarre beaucoup physiquement.  
V F
23. Je sens très bien que les autres ne me comprennent pas ou ne m'apprécient pas.  
V F
24. J'aime mieux faire les choses tout(e) seul(e) qu'avec les autres.  
V F
25. Je suis capable de savoir que certaines choses vont se produire avant qu'elles n'arrivent.  
V F
26. Je me demande souvent si les gens que je connais sont dignes de confiance.  
V F
27. Parfois, je parle des gens dans leur dos.  
V F
28. Je suis inhibé(e) dans mes relations intimes parce que j'ai peur d'être ridiculisé(e).  
V F

*Depuis plusieurs années...*

- |     |  |   |
|-----|--|---|
| 29. | Je crains de perdre le soutien des autres si je ne suis pas d'accord avec eux.                         |   |
|     | V  | F |
| 30. | Je souffre d'un manque d'estime de moi.  |   |
|     | V  | F |
| 31. | Je place mon travail avant la famille, les amis ou les loisirs.  |   |
|     | V  | F |
| 32. | Je montre facilement mes émotions.   |   |
|     | V  | F |
| 33. | Je pense de plus en plus à me suicider.  |   |
|     | V  | F |
| 34. | Seules certaines personnes tout à fait spéciales sont capables de m'apprécier et de me comprendre.     |   |
|     | V  | F |
| 35. | Je me demande souvent qui je suis réellement.  |   |
|     | V  | F |
| 36. | J'ai de la peine à payer mes factures parce que je ne reste jamais bien longtemps dans le même emploi. |   |
|     | V  | F |
| 37. | Le sexe ne m'intéresse tout simplement pas.  |   |
|     | V  | F |
| 38. | Les autres me trouvent « soupe au lait » (susceptible) et colérique.                                   |   |
|     | V  | F |
| 39. | Il m'arrive souvent de percevoir ou de ressentir des choses alors que les autres ne perçoivent rien.   |   |
|     | V  | F |
| 40. | Les autres vont utiliser ce que je dis contre moi.   |   |
|     | V  | F |

*Depuis plusieurs années...*

- |     |   |   |
|-----|---|---|
| 41. | Il y a des gens que je n'aime pas.  |   |
|     | V   | F |
| 42. | Je suis plus sensible à la critique et au rejet que la plupart des gens.                |   |
|     | V   | F |
| 43. | J'ai de la peine à commencer quelque chose si je dois le faire tout(e) seul(e).         |   |
|     | V   | F |
| 44. | La façon la plus simple de régler mes problèmes serait peut-être de me suicider.        |   |
|     | V   | F |
| 45. | J'ai un sens moral plus élevé que les autres gens.                                      |   |
|     | V   | F |
| 46. | Je suis mon « propre » pire critique.   |   |
|     | V   | F |
| 47. | Je me sers de mon apparence pour attirer l'attention dont j'ai besoin.                  |   |
|     | V   | F |
| 48. | J'ai un immense besoin que les autres gens me remarquent et me fassent des compliments. |   |
|     | V   | F |
| 49. | J'ai essayé de me blesser ou de me tuer.  |   |
|     | V   | F |
| 50. | Je fais beaucoup d'activités qui retiennent mon intérêt.                                |   |
|     | V   | F |
| 51. | Il n'y a pas beaucoup d'activités qui retiennent mon intérêt.                           |   |
|     | V   | F |
| 52. | Les gens ont souvent de la difficulté à comprendre ce que je dis.                       |   |
|     | V   | F |

*Depuis plusieurs années...*

53. Je m'oppose verbalement à mes supérieurs lorsqu'ils me disent de quelle façon faire mon travail.  
V F
54. Je suis très attentif(ve) à déterminer la signification réelle de ce que les gens disent.  
V F
55. Je n'ai jamais dit un mensonge.  
V F
56. J'ai peur de rencontrer de nouvelles personnes parce que je me sens inadéquat(e).  
V F
57. J'ai tellement envie que les gens m'aiment que j'en viens à me porter volontaire pour des choses qu'en fait je préférerais ne pas faire.  
V F
58. J'ai accumulé énormément de choses dont je n'ai pas besoin mais que je suis incapable de jeter.  
V F
59. Bien que je parle beaucoup, les gens me disent que j'ai de la peine à faire passer mes idées.  
V F
60. Je me fais beaucoup de soucis.  
V F
61. J'attends des autres qu'ils m'accordent des faveurs, quand bien même il n'est pas dans mes habitudes de leur en consentir.  
V F
62. Je suis très « soupe au lait » (susceptible).  
V F
63. Mentir m'est facile et je le fais souvent.  
V F

*Depuis plusieurs années...*

- |     |  |   |
|-----|--|---|
| 64. | Je ne suis pas intéressé(e) à avoir des amis proches.  |   |
|     | V  | F |
| 65. | Tout le monde serait mieux si j'étais mort(e).   |   |
|     | V  | F |
| 66. | Je suis souvent sur mes gardes de peur que l'on ne profite de moi.                             |   |
|     | V  | F |
| 67. | Je n'oublie pas et je ne pardonne jamais à ceux qui m'ont fait du mal.                         |   |
|     | V  | F |
| 68. | J'en veux à ceux qui ont plus de chances que moi.  |   |
|     | V  | F |
| 69. | Une guerre atomique ne serait peut-être pas une si mauvaise idée.                              |   |
|     | V  | F |
| 70. | Lorsque je suis seul(e), je me sens désemparé(e) et incapable de m'occuper de moi-même.        |   |
|     | V  | F |
| 71. | Si les autres sont incapables de faire les choses correctement, je préfère les faire moi-même. |   |
|     | V  | F |
| 72. | J'ai un penchant pour le « dramatique ».   |   |
|     | V  | F |
| 73. | Il y a des gens qui pensent que je profite des autres.   |   |
|     | V  | F |
| 74. | Il me semble que ma vie est sans intérêt et n'a aucun sens.                                    |   |
|     | V  | F |
| 75. | Je suis critique à l'égard des autres.   |   |
|     | V  | F |

*Depuis plusieurs années...*

- |     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 76. | Je ne me soucie pas de ce que les autres peuvent avoir à dire à mon sujet.                            | V | F |
| 77. | J'ai des difficultés à soutenir un face-à-face.   | V | F |
| 78. | Les autres se sont souvent plaints que je ne remarquais pas qu'ils étaient bouleversés.               | V | F |
| 79. | En me regardant, les autres pourraient penser que je suis plutôt original(e), excentrique et bizarre. | V | F |
| 80. | J'aime faire des choses risquées.   | V | F |
| 81. | J'ai déjà pensé à quand et comment je pourrais me suicider.   | V | F |
| 82. | J'ai beaucoup menti dans ce questionnaire.  | V | F |
| 83. | Je me plains beaucoup de toutes les difficultés que j'ai.   | V | F |
| 84. | J'ai de la peine à contrôler ma colère ou mes sautes d'humeur.  | V | F |
| 85. | Certaines personnes sont jalouses de moi.   | V | F |
| 86. | Je suis facilement influencé(e) par les autres.   | V | F |
| 87. | J'estime être économe, mais les autres me trouvent pingre.  | V | F |

*Depuis plusieurs années...*

88. Quand une relation proche prend fin, j'ai besoin de m'engager immédiatement dans une autre relation.

V F

89. Je souffre d'un manque d'estime de soi.

V F

90. Je suis un(e) pessimiste.

V F

91. Je ne perds pas mon temps à répliquer aux gens qui m'insultent.

V F

92. Être au milieu des gens me rend nerveux(se).

V F

93. Dans les situations nouvelles, je crains d'être mal à l'aise.

V F

94. Je suis terrifié(e) à l'idée de devoir m'assumer tout(e) seul(e).

V F

95. Les gens se plaignent que je sois aussi têtu(e) qu'une mule.

V F

96. Je prends les relations avec les autres beaucoup plus au sérieux qu'ils ne le font eux-mêmes.

V F

97. Je peux être méchant(e) avec quelqu'un à un moment et, dans la minute qui suit lui présenter mes excuses.

V F

98. Les autres pensent que je suis prétentieux(se).

V F

*Depuis plusieurs années...*

99. Quand je suis stressé(e), il m'arrive de devenir « parano » ou même de perdre conscience.

V

F

100. Tant que j'obtiens ce que je veux, il m'est égal que les autres en souffrent.

V

F

101. Je garde mes distances à l'égard des autres.

V

F

102. Je me demande souvent si mon copain(e) m'a trompé(e).

V

F

103. Je me sens souvent coupable.

V

F

104. J'ai fait, de manière impulsive, des choses (*comme celles indiquées ci-dessous*) qui pourraient me créer des problèmes.

*Veillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :*

- a. Dépenser plus d'argent que je n'en ai.
- b. Avoir des rapports sexuels avec des gens que je connais à peine.
- c. Boire trop.
- d. Prendre des drogues.
- e. Manger de façon boulimique.
- f. Conduire imprudemment.

105. Je suis une sorte de délinquant(e) juvénile et il m'est arrivé de faire certaines des choses ci-dessous.

*Veillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :*

- 1. Je suis considéré(e) comme une brute.
- 2. J'ai souvent déclenché des bagarres avec les autres enfants.
- 3. J'ai utilisé une arme dans mes bagarres.

4. J'ai volé ou agressé des gens.
5. J'ai été physiquement cruel(le) avec d'autres gens.
6. J'ai été physiquement cruel(le) avec des animaux.
7. J'ai forcé quelqu'un à avoir des rapports sexuels avec moi.
8. J'ai beaucoup menti.
9. J'ai découché sans la permission de mes parents.
10. J'ai dérobé des choses aux autres.
11. J'ai allumé des incendies.
12. J'ai cassé des fenêtres ou détruit la propriété d'autrui.
13. Je me suis plus d'une fois enfui(e) de la maison en pleine nuit.
14. J'ai commencé à beaucoup manquer l'école avant l'âge de 13 ans.
15. Je me suis introduit(e) par effraction dans la maison, le bâtiment ou la voiture de quelqu'un.

106. Dans quel programme scolaire es-tu?

1. Régulier
2. PEI
3. LM
4. PEC
5. PALS

107. Présentement, je vis avec :

1. Mes deux parents
2. Ma mère (la plupart du temps)
3. Mon père (la plupart du temps)
4. En garde partagée (1 semaine/1 semaine)
5. Tuteur
6. Centre de réadaptation
7. Autres