

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE EN CONTEXTE D'ADVERSITÉ : DES ÉTUDES  
DE CAS POUR COMPRENDRE LA DÉTRESSE ÉMOTIONNELLE DES  
PERSONNES AUX PRISES AVEC UN TROUBLE DE  
PERSONNALITÉ LIMITE

THÈSE PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU  
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL RECHERCHE)

PAR  
DIANE ROUSSEAU

AVRIL 2021

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

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL RECHERCHE) (Ph. D.)

**Direction de recherche :**

---

Emmanuel Habimana directeur de recherche

---

Carl Lacharité codirecteur de recherche

**Jury d'évaluation :**

---

Emmanuel Habimana directeur de recherche

---

Carl Lacharité codirecteur de recherche

---

Julie Lefebvre présidente du jury

---

Daniela Wiethaeuper évaluatrice interne

---

Nathalie Zajde évaluatrice externe

Thèse soutenue le 10/02/2021

## Sommaire

Entretenir une relation thérapeutique avec une clientèle présentant un trouble de personnalité limite (TPL) constitue toujours un défi d'envergure pour la plupart des intervenants surtout en ce qui a trait à la compréhension de cette pathologie qui provoque de véritables enjeux cliniques. Le TPL, également appelé trouble borderline, est une psychopathologie envahissante qui engendre une grande détresse personnelle et affecte des personnes particulièrement sensibles et vulnérables au plan émotionnel. Ce trouble de santé mentale est considéré comme un syndrome complexe car les personnes qui en sont atteintes semblent nettement affectées par leur versatilité émotionnelle, leur détresse psychologique et leur sentiment chronique de vide intérieur (American Psychiatric Association [APA], 2015; Linehan, 1993; Paris, 2015). Leur mode de fonctionnement adaptatif est considérablement influencé par de l'instabilité affective, des épisodes de colères intenses, des sentiments fréquents de vide qui traduisent, systématiquement, des difficultés émotionnelles importantes et de sérieux problèmes identitaires (Grosjean, 2012). Les personnes souffrant de cette pathologie présentent manifestement une problématique en ce qui concerne la capacité ou l'incapacité à identifier et à réguler leurs états émotionnels.

Dans la pratique clinique, les enjeux émotionnels ne sont pas toujours faciles à décoder et pour plusieurs intervenants, le défi est de composer avec les symptômes redoutables associés à ce trouble qui conduisent généralement à des sentiments d'impasses thérapeutiques. Plusieurs chercheurs rapportent en ce sens que toute forme

d'accompagnement auprès de cette clientèle est généralement une entreprise difficile, exigeante, parfois même très frustrante en raison des nombreuses stratégies dysfonctionnelles qui se répercutent sur leur façon d'interagir avec leur environnement (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006; Bessette, 2010; Cailhol et al., 2010; Cailhol & Ragonnet, 2013; Cheval, Mirabel-Sarron, Guelfi, & Rouillon., 2009; Cousineau, 1997; Gunderson, 2009; Kramer, 2015; Laporte, Baillargeon, Sanchez, & Desrosiers, 2014; Linehan, 1993). Les personnes atteintes d'un TPL sont perçues par la majorité des professionnels de la santé mentale comme étant la clientèle la plus difficile à traiter (Cleary, Siegfried, & Walter, 2002; Laporte et al., 2014; Prada, Guenot, Charbon, Kolly, & Perroud, 2015) car elles ont tendance à susciter envers le thérapeute, de fortes réactions de contre-transfert négatif au plan relationnel à cause de leurs émotions intenses et de leur imprévisibilité comportementale (Aviram et al., 2006; Bessette, 2010).

Un des défis particuliers face à la complexité de cette pathologie suppose que l'intervenant est capable de tolérer et de contenir des expériences émotionnelles intenses de l'autre et de lui-même, tout en demeurant réflexif, flexible et disponible (Lecomte, 2010). La nécessité de créer une bonne alliance thérapeutique est une variable essentielle à la démarche thérapeutique, mais représente aussi une condition difficile à atteindre avec cette clientèle (Bessette, 2012; Cailhol et al., 2010; Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman, & Arntz, 2007). Les sujets limites sont généralement porteurs d'une grande souffrance et éprouvent habituellement un profond sentiment d'impuissance face

à cette souffrance (Cousineau, 1997; Linehan, 1993). Leurs besoins, leurs perceptions et leurs attentes varient considérablement selon leur histoire de vie relationnelle et malgré la sévérité et la chronicité des différents symptômes inhérents à cette pathologie, les intervenants ignorent souvent ou sont incapables de comprendre les mécanismes psychologiques sous-jacents à la détresse vécue par ces personnes (Bessette, 2010; Laporte et al., 2014). Par conséquent, la plupart des intervenants éprouvent de grandes difficultés à transiger avec ces profondes incompréhensions et les effets négatifs sur la relation thérapeutique aboutissent fréquemment à des résultats néfastes qui engendrent des impasses relationnelles.

Dans le cadre de cette étude, un contexte théorique sera présenté afin d'aider les intervenants à mieux cerner la dynamique pathologique et relationnelle des personnes ayant un TPL de même que les mécanismes psychologiques qui peuvent agir à l'encontre du développement d'une saine alliance thérapeutique. Des données épidémiologiques et une description des principales manifestations et symptômes associés à cette pathologie seront dûment identifiés pour faciliter la compréhension du fonctionnement adaptatif des personnes atteintes de ce trouble. Différentes hypothèses étiologiques succéderont afin de bien comprendre la nature de ce trouble. Suivrons la mise en relief de certains éléments de la théorie biosociale de Linehan (1993) pour illustrer, d'une part, comment ces personnes sont vulnérables émotionnellement et déficientes dans leurs compétences à réguler les émotions et, d'autre part, comment leurs difficultés peuvent prendre racine dans des prédispositions biologiques qui sont

exacerbées par des dysfonctionnements environnementaux. La nécessité de mieux comprendre la dynamique pathologique d'instabilité et de dysrégulation émotionnelle, comportementale et cognitive des personnes aux prises avec un TPL vise à ce que les intervenants fassent preuve davantage de sensibilité clinique pour leur éviter de verser dans une série d'erreurs qui pourraient affecter le processus thérapeutique.

Ensuite, la méthode utilisée sera présentée afin d'amener le lecteur à concevoir une autre façon de considérer la complexité des mécanismes qui sont en jeu dans la relation thérapeutique. L'idée de choisir la méthode du cas en psychologie clinique a été retenue car, en plus d'étudier de façon approfondie des situations cliniques particulières, cette méthode permet de mieux saisir le caractère foncièrement humain des problématiques présentées. En ce sens, l'étude de cas multiples de type exploratoire a été privilégiée car, en plus de mettre en évidence les questions de recherche qui devront être analysées et approfondies, elle permet également de donner une signification aux événements observés et de fournir une description plus juste et plus complète du contexte dans lequel les événements se sont déroulés. Ensuite, les résultats et leurs implications théoriques seront présentés à l'intérieur de la section « Discussion ». Finalement, la section « Conclusion » nous permettra de synthétiser les idées importantes à retenir de cette recherche.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux.....	x
Remerciements.....	xi
Introduction.....	1
Contexte théorique .....	8
Épidémiologie.....	9
La description clinique.....	11
Caractéristiques et symptômes du trouble de personnalité limite.....	11
Dimension émotionnelle.....	12
Dimension impulsive.....	15
Dimension cognitive.....	17
Dimension relationnelle.....	19
Hypothèses étiologiques .....	21
Facteurs biologiques .....	23
Facteurs psychologiques .....	24
Facteurs sociaux.....	26
La théorie biosociale de Linehan.....	27
But de la recherche .....	31
Questions de recherche .....	32
Méthode .....	34
La posture du chercheur.....	35



Devis de recherche.....	37
Considérations éthiques .....	39
Déroulement de l'étude.....	39
Portrait des participantes.....	41
Instruments de mesure .....	46
Diagnostic Interview for Borderline-Revised (DIB-R; Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989).....	46
L'Échelle des difficultés de régulation des émotions (EDRE; Côté, Gosselin, & Dagenais, 2013).....	47
Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1994) .....	48
The Invalidating Childhood Environments Scale (ICES; Mountford et al., 2007) .....	49
Questionnaire sociodémographique (Extraits; Éthier, 1985).....	51
Schéma d'entrevue .....	51
Collecte de données .....	52
Cadre d'analyse.....	54
Résultats.....	58
Événements marquants associés au vécu personnel et qui semblent avoir joué un rôle dans l'organisation d'un dysfonctionnement émotionnel.....	61
Facettes de la détresse psychologique qui laissent croire que ces personnes disposent de peu de moyens pour communiquer et gérer leur vulnérabilité émotionnelle .....	65
DIB-R : fonctionnement adaptatif actuel.....	65
SCL-90-R : détresse psychologique .....	71
EDRE : régulation des états émotionnels .....	75

Perception du vécu émotionnel durant l'enfance.....	79
Discussion .....	84
Limites et forces de l'étude.....	93
Conclusion .....	97
Références.....	102
Appendice A. Autorisation éthique du CIUSSS .....	116
Appendice B. Certificat éthique de l'UQTR.....	119
Appendice C. Formulaire de consentement .....	121
Appendice D. Diagnostic Interview for Borderline-Revised.....	128
Appendice E. L'Échelle des difficultés de régulation des émotions .....	144
Appendice F. Symptom Checklist-90-R .....	148
Appendice G. The Invalidating Childhood Environments Scale.....	154
Appendice H. Questionnaire sociodémographique.....	158
Appendice I. Schéma d'entrevue.....	162
Appendice J. Récits des six sujets.....	165

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Portrait sociodémographique des participantes – statut socioéconomique.....	43
2	Portrait sociodémographique des participantes – emploi et éducation.....	44
3	Portrait sociodémographique des participantes – antécédents médicaux .....	45
4	Données d’entrevues – événements marquants associés au vécu personnel .....	62
5	DIB-R – repères diagnostiques et symptômes associés au fonctionnement adaptatif actuel (au cours des 2 dernières années) .....	67
6	SCL-90-R – comportements symptomatiques associés à la détresse psychologique (au cours des 7 derniers jours).....	72
7	EDRE – évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions.....	76
8	ICES – perception du vécu émotionnel durant l’enfance .....	81

## **Remerciements**

L'implication, le support et la bienveillance qu'un bon nombre de personnes ont manifestés à mon égard tout au long de la réalisation de ce projet, m'ont profondément touchée et émue.

Tout d'abord, je tiens à remercier chaleureusement mon directeur de thèse, monsieur Emmanuel Habimana, pour avoir cru en moi et pour avoir rendu possible la réalisation de cette thèse. Je le remercie sincèrement pour son appui inconditionnel, ses judicieux conseils, ses partages toujours aussi riches et intéressants qui invitaient au dépassement. Merci à vous monsieur Habimana pour votre générosité, votre soutien et votre confiance indéfectibles qui m'ont fait grand bien et qui m'ont permis d'avancer contre vents et marées.

Je tiens également à remercier mon codirecteur, monsieur Carl Lacharité, d'avoir toujours été là... par sa présence rassurante, sa grande qualité d'écoute et sa remarquable sensibilité humaine profondément inspirante. Merci, monsieur Lacharité, pour votre loyauté, pour m'avoir soutenue et accompagnée jusqu'au bout dans cette grande et belle aventure.

Ma gratitude s'adresse également aux membres de mon comité de thèse, soit mesdames Julie Lefebvre, Daniela Wiethaeuper et Nathalie Zajde, pour leurs

commentaires judicieux et leurs connaissances cliniques qui ont permis de bonifier ce travail.

Mes remerciements les plus sincères sont également dédiés aux participantes de cette étude que j'ai eu la chance de rencontrer pour réaliser cette thèse. C'est avec reconnaissance que je les remercie de m'avoir donné la possibilité d'écouter, d'entendre et de comprendre ce qu'elles avaient d'unique à raconter et d'avoir eu le privilège d'accéder à leur profonde intimité. Je tiens à les remercier de la confiance qu'elles ont eue à mon égard en se révélant avec autant d'intensité et d'authenticité. Ces personnes sont et resteront pour moi une source d'inspiration et d'admiration.

À Jacques, mon amour, mon conjoint et mon ami... Merci pour ton infinie patience et ton soutien affectif ... Pour tous ces moments que tu as passés seul... Merci pour ta générosité, cher homme de cœur et de mon cœur! Je tiens également à remercier ma famille, mes amis(es) et tout particulièrement mon père, ce fidèle et indéfectible admirateur qui n'a jamais cessé de m'encourager et pour qui j'ai une profonde affection.

Merci, enfin, à tous ceux et celles qui ont participé, de près ou de loin, d'une manière ou d'une autre, à la réalisation de ce projet de thèse ! Votre présence et votre soutien ont permis de contribuer à l'accomplissement de cette œuvre !

*À ma mère Gisèle et à mon ami Ti-Blanc*

*Mes complices de tous les instants ... dans l'Éternité*

## **Introduction**

Les personnes aux prises avec un TPL présentent de fortes difficultés au niveau de la gestion constructive de leurs émotions et de nombreuses études démontrent que ce mode de fonctionnement entraîne des conséquences dévastatrices au plan relationnel. La complexité de leur fonctionnement mental, leurs crises perpétuelles, leur impulsivité et leur tendance à basculer rapidement d'un état affectif intense à un autre représentent immanquablement un défi de taille notamment pour les intervenants peu expérimentés à travailler avec ce type de clientèle (Mehran, 2011). Avant même d'entreprendre une démarche d'accompagnement thérapeutique, l'intervenant devrait, en principe, développer une perception clairvoyante et compréhensive des besoins émotionnels du sujet en plus de posséder de bonnes connaissances sur cette problématique (Cailhol & Ragonnet, 2013). Dans la littérature, le rôle du clinicien se définit avant tout par la manière dont il va comprendre, lire et interpréter un symptôme, un signe, un discours et un comportement (Bouvet & Boudoukha, 2014) afin de dégager des hypothèses cliniques qui vont aider au processus d'exploration et d'interprétation de la symptomatologie. Ce faisant, pour bien orienter la démarche thérapeutique, l'intervenant devrait être en mesure de comprendre et d'analyser les états affectifs qui ont organisé ou perturbé la trajectoire développementale du sujet de même que les significations issues de ses expériences passées qui restreignent ou contraignent son fonctionnement adaptatif. Toutefois, les difficultés rencontrées dans la réalité par de



nombreux intervenants mettent en lumière d'une part, une préparation souvent insuffisante ou même une méconnaissance

plus ou moins grande des manières d'être et d'interagir avec ce type de clientèle et qu'elles mettent en évidence, d'autre part, leur souffrance associée aux circonstances et aux impasses qui surviennent en contexte d'accompagnement.

Au Québec, le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM, 2017) a mis en place un comité de travail composé d'experts en lien avec la problématique du TPL. Ce cadre de référence permet de constater, entre autres choses, que la réponse aux besoins cliniques de cette clientèle est souvent inadéquate et mène à des dérapages importants dans le suivi thérapeutique. Dans plusieurs études, des taux d'abandon de traitement, estimés à plus de 50 %, ont souvent été rapportés (CNESM, 2017; Landes, Chalker, & Comtois, 2016). La mise en place d'interventions adaptées et basées sur les meilleures pratiques dans les services spécifiques s'avère complexe à cause du manque de connaissance des symptômes associés à cette pathologie. Le diagnostic de TPL est parfois difficile à établir et entraîne un traitement qui se centre davantage sur d'autres troubles mentaux (trouble alimentaire, abus/dépendance, trouble anxieux, etc.) en raison des comorbidités qui y sont fréquemment associées. On rapporte aussi que les personnes présentant un TPL font de multiples demandes, se montrent hostiles envers le personnel et créent le chaos dans la dynamique d'intervention. Le manque de soutien aux professionnels ou de formation adéquate amènent certaines organisations à priver cette clientèle de plusieurs services en plus de les étiqueter comme des patients difficiles. Or, plusieurs recommandations émises par le comité de travail sont formelles à savoir que les organisations offrant des services en santé mentale devraient fournir aux intervenants de la

formation et des temps de supervisions en continu afin qu'ils puissent développer des connaissances leur permettant d'acquérir un savoir-faire et un savoir-être pour œuvrer efficacement auprès de cette clientèle.

Face à la complexité des mécanismes qui sont en jeu dans la création et la gestion du lien thérapeutique en contexte d'accompagnement, Côté & Bouchard (1997) propose une grille d'analyse qui permet d'apprécier deux ordres de réalité pour ajuster et faciliter le plan de traitement auprès des personnes aux prises avec un TPL. Ce référentiel suggère de considérer la réalité objective en ayant comme point de mire, le niveau rationnel pour orienter l'intervention de même qu'il faut tenir compte de la réalité subjective qui renvoie au niveau réactif et à la nécessité d'une forme de réflexion dans l'exécution de l'action thérapeutique. De manière plus explicite, le niveau rationnel associé à la réalité objective réfère aux concepts théoriques et aux résultats de recherche que l'on retrouve dans la littérature et qui aident à mettre de l'ordre dans le tableau clinique souvent complexe et déroutant, tel que présenté chez les patients limites. Ces modèles théoriques et empiriques permettent de donner un sens, une direction à l'intervention ou dans certains cas, de faire le choix de l'intervention minimale ou même, de la non-intervention (Cousineau, 1997; Dawson, 1993). D'autre part, les niveaux réactif et réflexif associés à la notion de subjectivité supposent que l'intervenant se doit de cohabiter avec « l'expérience vécue » du sujet. La notion de réalité subjective renvoie davantage à des approches phénoménologiques qui visent l'étude des actes de conscience face à l'expérience qui est en train de se vivre et qui engendre une action et une réflexion telle qu'elle apparaît au

sujet (Vermersch, 1999). Or, les personnes aux prises avec une forte intensité émotionnelle provoquent inévitablement des réactions émotives ou contre-transférentielles dans le processus thérapeutique. Les recherches nous informent que la plupart des intervenants, quelles que soient leur expérience et leur formation professionnelles, éprouvent d'énormes difficultés dans les situations de conflits et de tension interpersonnels, ce qui est typique des processus thérapeutiques avec les sujets aux prises avec un TPL (Bessette, 2010; Binder & Strupp, 1997; Lecomte, 2010). Plusieurs réagissent de façon émotive, soit en exprimant ouvertement leur colère, en manifestant une attitude dépréciative par des conduites d'évitement ou bien, en exprimant subtilement leur rejet (Binder & Strupp, 1997; Lecomte, 2010; Safran & Muran, 1995). Pourtant, plusieurs études démontrent que les intervenants efficaces sont ceux qui savent s'engager dans un processus de conscience réflexive d'eux-mêmes, de manière ouverte et non défensive par rapport à leurs émotions, leurs pensées et leurs actions (Delisle, 2001; Jennings & Skovholt, 1999; Lecomte, 2012; Normandin & Bouchard, 1993). L'expérience d'accompagnement clinique peut devenir une entreprise relationnelle captivante dans la mesure où l'intervenant en arrive à conceptualiser la dynamique et les besoins de la personne aux prises avec un TPL à partir d'une écoute et d'une compréhension unique de l'expérience subjective de l'aidé, tout en étant capable de tolérer et de contenir des expériences émotionnelles intenses de l'autre et de lui-même (Lecomte, 2010).

Par conséquent, dans plusieurs milieux d'intervention, il est primordial d'aborder et de questionner la valeur thérapeutique de la pratique clinique en regard de ce trouble. Bien que les modèles théoriques et empiriques soient une tentative d'explication provisoire ou un échafaudage qui permet de donner un sens et une direction à l'intervention, la réalité est souvent plus complexe que la théorie qui tente de l'expliquer. Intervenir auprès des personnes limites est une entreprise difficile, exigeante, parfois même très frustrante, mais ce n'est cependant qu'un côté de la médaille. De l'autre côté, la souffrance de ces patients ainsi que leur immense besoin d'être compris et apprécié peut rendre la relation thérapeutique extrêmement riche au plan humain (Busque & St-Amour, 2010; Cousineau, 1997; Laporte et al., 2014). Or, choisir de rester en relation avec les personnes aux prises avec un TPL représente un enjeu important car cela implique, très souvent, de transcender les préjugés et les peurs qui découlent de leur récit de vie et de ne pas se laisser impressionner par leur personnalité (Pearson, 2010). Comprendre cette vulnérabilité et la garder à l'esprit sont des étapes fondamentales pour rendre la thérapie efficace, mais trop souvent, les thérapeutes ne parviennent pas à reconnaître la vulnérabilité de leurs patients ou omettent simplement de le faire (Linehan, 1993).

## **Contexte théorique**

Dans le cadre de cette étude, un contexte théorique sera présenté afin d'aider les intervenants à mieux cerner la dynamique pathologique et relationnelle des personnes ayant un TPL de même que les mécanismes psychologiques qui peuvent agir à l'encontre du développement d'une alliance thérapeutique. Ces concepts théoriques réfèrent à la réalité objective associé au niveau rationnel, tel que proposée dans la grille de lecture d'analyse de Côté & Bouchard (1997). Des données épidémiologiques et une description des principales manifestations et symptômes associés à cette pathologie seront présentés pour faciliter la compréhension du fonctionnement adaptatif des personnes atteintes de ce trouble.

### **Épidémiologie**

Le TPL est parmi les troubles de personnalité les plus fréquents avec une prévalence estimée entre 1,6 et 5,9 % de la population générale (APA, 2015). Selon la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), ce trouble est défini comme «un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers. » (APA, 2015, p. 780). Dans le système de soins et de santé mentale, les personnes ayant un TPL sont des utilisatrices fréquentes des services tels que les urgences, les centres de crise, les services psychiatriques (Cailhol et al., 2015; Comtois et al., 2003) et ce, en raison de leur instabilité chronique, leurs

épisodes notables de pertes de contrôle des affects et leurs impulsions qui sont les  
symptômes les plus éloquents



en ce qui concerne les demandes de traitement. Le diagnostic est établi généralement chez les femmes dans une proportion de 75 % de l'ensemble des patients (APA, 2015; Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005), mais selon certains auteurs la prévalence serait hypothétiquement la même pour les deux sexes (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011). Des études soutiennent que même si les femmes sont plus nombreuses à suivre un traitement, il n'y a pas de différence significative entre les genres en ce qui concerne l'incidence de ce trouble (Grant et al., 2008). Toutefois, dans les échantillons issus de la population, les hommes auraient alors plus de difficultés à parvenir aux soins ou à entreprendre une démarche de psychothérapie (Goodman et al., 2010)

### **La description clinique**

La section suivante présente des concepts théoriques que l'on retrouve dans la littérature et qui peuvent aider à mettre de l'ordre dans le tableau clinique souvent complexe et déroutant chez les personnes aux prises avec un TPL.

### **Caractéristiques et symptômes du trouble de personnalité limite**

D'entrée de jeu, un des défis les plus importants pour ceux qui côtoient les personnes aux prises avec un TPL est souvent le manque de connaissance de cette pathologie et les conséquences qui en découlent. La combinaison d'une présentation clinique très complexe et les particularités de certains comportements qualifiés de pathologiques et perturbateurs viennent couramment bouleverser le processus

thérapeutique (Benoît, Leclerc, & Dulong, 2007; Hopwood, 2006). Dans la recension des écrits, il est désormais reconnu que de situer le TPL dans un cadre théorique et conceptuel s'avère primordial pour « comprendre avant d'intervenir » (Benoît et al., 2007; Bergman & Eckerdal, 2000; Cousineau, 1996; Laporte et al., 2014). Afin de bien conceptualiser cette pathologie, les caractéristiques et les principaux symptômes, relevant des critères diagnostiques du DSM-5 (APA, 2015) sont regroupés en quatre dimensions : 1) émotionnelle; 2) impulsive; 3) cognitive; et 4) relationnelle.

**Dimension émotionnelle.** Être borderline implique de vivre des fluctuations d'humeur, des changements émotionnels fréquents, intenses qui évoluent rapidement, mais qui durent habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours. Selon Linehan (1993), les réponses émotionnelles sont hautement réactives et la personne peut traverser des périodes d'anxiété, d'irritabilité, de dépression en plus d'éprouver des difficultés à gérer et à exprimer sa colère. Les débordements émotionnels semblent souvent exagérés ou inexplicables dans les circonstances (Cole, Llera, & Pemberton, 2009) car le sujet aux prises avec un TPL éprouve une difficulté majeure à contrôler ses émotions fortes et a tendance à basculer rapidement d'un état affectif intense à un autre. Alors qu'il est en colère, il peut rapidement devenir terrifié et fragile, ou impulsif et angoissé. Le changement est tel qu'on a l'impression d'avoir affaire à une personne différente alors que celle-ci ne souffre pas d'un trouble dissociatif de la personnalité (Mehran, 2011). Les états émotionnels positifs tels que la joie, l'euphorie ou l'enthousiasme sont généralement brefs et transitoires puisque l'humeur de base du

borderline se manifeste, communément, par l'ennui, l'accablement, la tristesse et le sentiment de vide intérieur (Pfeifer, 2010). L'instabilité de son humeur est extrêmement déconcertante car la tristesse, l'angoisse, la colère ou la rage peuvent alterner au cours d'une même journée sans raison apparente (Granger & Karaklic, 2012).

Dans la majorité des études recensées, on signale que le sujet borderline n'a pas appris à gérer ses frustrations, son impulsivité ou son agressivité et il éprouve beaucoup de difficultés à faire des demandes de manière adéquate et à se fixer des objectifs réalistes. Fréquemment, il verse dans l'insécurité, accorde peu de crédibilité à ses compétences, cherche souvent à ce qu'on le prenne en charge puisqu'il se considère généralement comme un être incompetent, inintéressant et de mauvaise compagnie (Busque & St-Amour, 2010). La récurrence et l'importance de ces mouvements émotionnels sont tels qu'ils peuvent avoir un impact inquiétant sur la qualité de son travail, de sa vie scolaire, sociale et relationnelle (Desseilles, Grosjean, & Perroud, 2014).

Or, les réactions émotionnelles intenses, les comportements pulsionnels voire explosifs et les attitudes versatiles, exprimés de façon régulière, font partie intégrante de la personnalité borderline (Granger & Karaklic, 2012), mais peuvent aussi cacher de la douleur ou de l'insécurité (Busque & St-Amour, 2010; Pfeifer, 2010). Dans ce registre émotionnel, l'hypersensibilité, qui est l'une des caractéristiques prédominantes de ce trouble de personnalité, amène ces personnes qualifiées de vulnérables (Linehan, 1993) à

réagir plus rapidement ou avec une plus grande intensité comparativement à la norme. Tout se passe comme si elles étaient dépourvues d'un « système immunitaire émotionnel » les empêchant de se protéger contre les agressions externes alors qu'en réalité, ce sont des états internes provenant de leurs propres réactions émotionnelles qui les envahissent brusquement et rapidement (Granger & Karaklic, 2012). Cette instabilité émotionnelle associée à un éventail de stratégies comportementales à risque témoignent souvent de leur difficulté à gérer une souffrance intérieure, ressentie comme intolérable ou aux limites du désespoir (Pearson, 2010).

Face à la complexité de ces états émotionnels, plusieurs sujets aux prises avec un TPL en arrivent à éprouver un sentiment de vide intérieur (APA, 2015; Linehan, 1993; Pfeifer, 2010). Cet affect se conjugue, généralement, par une baisse d'énergie vitale qui va mener le sujet à se sentir déconnecté des autres, différent, décalé et incompris, comme si rien ne le mobilisait de l'intérieur (Granger & Karaklic, 2012). Ce faisant, cette sensation persistante d'avoir l'impression de ne pas exister, de ne rien sentir, de ne pas trouver de sens à la vie, de ne pas arriver à se projeter dans l'avenir peut être le signe d'une douleur émotionnelle profonde qui s'accompagne de sentiments dépressifs, d'idées suicidaires ou du désir de ne plus exister (Desseilles et al., 2014). Pour échapper à ce vide, il n'est pas rare que certaines personnes vont se jeter délibérément dans de nouvelles relations libertines ou sentimentales uniquement pour se sentir exister dans le regard de l'autre.

**Dimension impulsive.** Une des manifestations cliniques dominante associée au TPL et qui représente un défi majeur pour les intervenants qui côtoient ou travaillent auprès de cette clientèle est l'impulsivité manifeste (Benoît et al., 2007; Caihol & Ragonnet, 2013; Desseilles et al., 2014; Léveillé & Lefebvre, 2007; Paris, 1996, 2005, 2007). Les personnes atteintes de ce trouble présentent notamment des comportements inappropriés, irréfléchis, autodestructeurs, qui se produisent souvent en réaction à des événements survenus dans un contexte émotionnel intense. Des manifestations telles que des insultes, des comportements violents, des abus de drogues variées, des gestes d'automutilations, des menaces suicidaires ou des comportements parasuicidaires sont des facettes de cette impulsivité qui ont des effets dévastateurs sur la qualité des soins thérapeutiques (Benoît et al., 2007; Cailhol et al., 2010; Miller & Davenport, 1996). Les intervenants qui œuvrent auprès de cette clientèle sont couramment confrontés à la grande susceptibilité, à l'irritabilité, aux excès de colère exprimés fréquemment par une perte de contrôle allant de propos accusateurs injustifiés et parfois, jusqu'à l'agression physique. Comme réaction transférentielle, l'impulsivité peut faire vivre une série d'émotions négatives comme l'impuissance, la frustration et l'épuisement (Benoît et al., 2007; Caihol et al., 2010; Gallop & Wynn, 1987; Linehan, 1993; Loughrey, Jackson, Molla, & Wobbleto, 1997; Richard, 1989) et il n'est pas rare que certains intervenants se sentent dépassés lors de ces manifestations d'impulsivité en raison des peurs et de l'anxiété qui y sont associées. Bien que la colère apparaisse lorsque les besoins affectifs des personnes borderline ne sont pas satisfaits ou lorsqu'elles se sentent incomprises par les autres, les débordements de colère, paradoxalement, les éloignent et les isolent des

autres. Par ailleurs, certains patients ne parviennent pas à exprimer ouvertement leur colère, soit parce qu'ils n'en sont pas conscients, ou ils vont simplement la refouler par crainte de détruire les liens et de provoquer l'abandon ou bien, ils vont l'inhiber délibérément comme si elle s'avérait potentiellement dangereuse pour eux-mêmes ou pour autrui (Granger & Karaklic, 2012).

Généralement, la personne qui présente un TPL n'arrive pas à composer de manière adaptée avec les émotions; la détresse ou la frustration, qui prend racine dans les relations interpersonnelles, peut la précipiter littéralement dans des comportements impulsifs, voire autodestructeurs (Léveillé & Lefebvre, 2007). Par exemple, être obstinément à la recherche de sensations « potentiellement » dommageables, tels que conduire de manière imprudente, s'engager dans des conduites sexuelles à risque, avoir recours à diverses drogues, dépenser de manière irresponsable (APA, 2015), représentent autant d'aspects associés à la tendance d'agir impulsivement sans penser aux conséquences de ses actions. Ces agissements fréquents, qualifiés d'autodestructeurs ou d'auto-sabotage, visent notamment à faire diminuer rapidement une tension interne de façon nettement délibérée, mais pas nécessairement de façon pleinement consciente. Selon Linehan (1993), les comportements impulsifs dysfonctionnels sont généralement utilisés pour résoudre de manière inadaptée, un problème causé par un affect négatif envahissant, incontrôlable ou intensément douloureux. Ainsi, des événements vécus ou perçus comme négatifs peuvent faire augmenter dramatiquement la tension interne, susciter une angoisse insupportable et

amener la personne à se tourner vers des actes d'automutilation visant à évacuer cette tension.

Or, ces mouvements impulsifs font partie intégrante de la personnalité borderline et sont omniprésents tant dans les moments de grande fatigue, de deuil ou de circonstances particulières de même qu'en dehors de périodes difficiles. Ces multiples façons de se faire du mal, de se mutiler sont souvent à l'origine d'une demande de soins et peuvent être présentes durant des années (Brodsky, Groves, Oquendo, Mann, & Stanley, 2006; Léveillé & Lefebvre, 2007). Par ailleurs, la désespérance vécue par la personne borderline peut devenir intolérable ou insurmontable et l'idée, la menace ou le geste suicidaire peut s'imposer comme un moyen de soulager la tension interne. La personne peut avoir recours aux gestes suicidaires pour se punir, se venger, pour créer des ennuis à quelqu'un, pour obtenir quelque chose ou pour, essentiellement, appeler au secours (Granger & Karaklic, 2012; Paris, 2005). La répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires sont fréquemment précipités par des menaces de séparations ou de rejet (APA, 2015) et engendrent généralement un sentiment d'abandon qui laisse la personne, dans un état effroyable d'angoisse, de perte et parfois d'anéantissement.

**Dimension cognitive.** Les caractéristiques des processus cognitifs sont extrêmement importantes en ce qui a trait à la possibilité de se construire, de manière solide et cohérente, face à la conception que l'on se fait du monde et de soi-même. Chez les personnes limites, la fragmentation du sens de soi et des autres est quelque chose de

commun (Caihol et al., 2010; Linehan, 1993). Au lieu d'avoir une idée claire de qui elles sont et de leurs relations avec leurs proches, les personnes borderline présentent généralement une identité diffuse, en plus de ne pas savoir qui elles sont, se sentent vides ou sans consistance et ont de la difficulté à se faire une bonne représentation d'elles-mêmes et des autres (Desseilles et al., 2014). Elles changent d'opinion, d'attitudes et d'intérêts en fonction des personnes qu'elles rencontrent en donnant l'impression d'être comme des « caméléons » (Granger & Karaklic, 2012). Des doutes identitaires profonds manifestés par une instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi provoquent souvent de la confusion, notamment en contexte d'accompagnement, car les perceptions et les interprétations du sujet borderline sont parfois bizarres et incohérentes avec la réalité. Selon Mehran (2011), le traitement de l'information est souvent déformé, la relation entre les cognitions, les émotions et les comportements est ambiguë, la lecture des événements est généralement biaisée et leur pensée a tendance à être dichotomique, sans demi-mesure, où « tout est noir ou tout est blanc ». Leurs états émotionnels intenses, exprimés souvent par de la colère et/ou de l'anxiété, perturbent notamment leurs perceptions, leur capacité à se concentrer ou leur capacité à organiser leur pensée et leurs actes.

Dans les moments d'anxiété et de dysrégulation émotionnelle, les personnes aux prises avec un TPL risquent d'interpréter ce que l'autre dit ou fait dans le sens des peurs et idées de persécution (Desseilles et al., 2014). De fait, elles captent et interprètent formellement les informations et peuvent réagir au moindre signe de désapprobation, à



un simple haussement de voix ou à une attitude légèrement distante, venant perturber et ébranler, par le fait même, leur image de soi qui est extrêmement fragile (Busque & St-Amour, 2010; Linehan, 1993). Cette manière de penser, d'être hypervigilant et hypersensible leur permettent de percevoir rapidement l'état émotionnel des personnes avec qui elles entrent en contact et d'avoir des réactions émotionnelles plus intenses en lien avec certaines paroles, gestes ou attitudes. Lors de situations stressantes ou perçues comme stressantes, des symptômes dissociatifs de premier plan peuvent apparaître pour maintenir un sentiment d'intégrité du moi tout en se séparant des expériences nocives (Renaud, 2011). Parmi les principaux symptômes, la personne peut éprouver le sentiment d'être coupé de ses émotions et de son corps, présenter des amnésies partielles, ressentir des sensations corporelles inhabituelles comme des hallucinations brèves (Granger & Karaklic, 2012; Renaud, 2011). Par ailleurs, la dissociation proprement dite est une entité instable, difficile à identifier et représente en contexte clinique, un défi de taille pour les intervenants qui doivent comprendre l'origine et le développement de symptômes complexes associés par exemple à la dépersonnalisation ou aux identités multiples (Renaud, 2011).

**Dimension relationnelle.** Les relations interpersonnelles des sujets borderline sont intenses, conflictuelles, chaotiques, marquées par des débordements émotionnels et une précarité des liens (Granger & Karaklic, 2012; Linehan, 1993). Généralement, ces personnes développent des modes de relations instables et orageuses puisque leurs réactions émotionnelles sont souvent imprévisibles et disproportionnées par rapport à la

situation. Leur difficulté au niveau interpersonnel est à ce point problématique que, plus la relation devient intime, plus elle devient perturbée et perturbante pour les proches. Le dilemme entre le besoin dévorant de relations fusionnelles et l'incapacité à tolérer une certaine intimité rend la mission relationnelle quasi impossible, généralement chaotique, parfois traumatisante (Desseilles et al., 2014). Les sujets borderline peuvent basculer rapidement entre une idéalisation excessive à une soudaine dévalorisation, à cause de leur difficulté à tolérer les compromis et les ambiguïtés dans les attitudes et les paroles des autres. Selon l'APA (2015), de telles oscillations traduisent souvent le fait qu'ils sont déçus par une personne qui ne leur procure pas suffisamment de soutien ou parce qu'ils n'arrivent pas à comprendre que les relations peuvent être parfois gratifiantes ou parfois décevantes. À ce compte, la personne idéalisée qui déçoit le sujet borderline devient d'une certaine façon menaçante pour lui et il peut ressentir le besoin de la mettre à distance pour ne pas être détruit par elle (Granger & Karaklic, 2012).

En ce sens, les personnes borderline ont tendance à se replier sur elles-mêmes, à entretenir des rapports chaotiques avec leur famille, à avoir peu d'amis et à mener généralement, une vie isolée (Mehran, 2011). Leur grande sensibilité face aux circonstances de l'environnement fait qu'elles ressentent une peur intense d'être abandonnée et une colère inappropriée quand elles sont confrontées à une séparation (APA, 2015; Linehan, 1993). Souvent, elles ont la ferme impression qu'un abandon réel ou imaginaire, va survenir dans leur réseau de proximité. Dans l'éventualité de se sentir abandonné, certaines personnes ne supporteront pas d'être seules ou d'être délaissées par

leur entourage et vont interpréter tout signe d'éloignement même minime, comme un abandon réel. D'autres personnes peuvent faire des efforts désespérés pour éviter un abandon qu'elles imaginent ou qu'elles anticipent et ce, même en l'absence de signe évident d'éloignement de l'autre (Desseilles et al., 2014). La peur de l'abandon est liée de très près à différents symptômes du TPL et elle suscite notamment, des changements brusques d'humeur, des crises de colère et des conduites autodestructrices qui vont déclencher nécessairement, des situations de rupture redoutées par la personne borderline. Tel que dans le registre de l'impulsivité, il n'est pas rare que certaines personnes vivent une sexualité chaotique, par exemple en ayant plusieurs partenaires sans aucune attache affective ou d'avoir une vie sexuelle scandaleuse impliquant parents, amis ou collègues de travail.

### **Hypothèses étiologiques**

Les troubles de la personnalité, tels qu'ils sont définis dans le DSM-5, présentent l'avantage de circonscrire dans un tableau clinique donné, les aspects durables et syntones d'une organisation pathologique (Delisle, 2004). Si le DSM nous permet d'appuyer un diagnostic sur des observations contrôlables, il demeure plutôt muet quand vient le temps de comprendre l'étiologie et la fonction psychique d'une pathologie de la personnalité et des autres troubles (anciennement groupés à l'axe I dans les versions). Il importe donc de prendre en considération que les pathologies se construisent à l'intersection de plusieurs facteurs étiologiques où l'on doit nécessairement mettre en relation l'inné et l'acquis, le génétique et le psychologique ainsi que les facteurs de

risque et de résilience, présents tant chez le sujet que dans son environnement développemental (Delisle, 2004).

L'intérêt porté à la personnalité borderline au cours des dernières décennies fait en sorte qu'aujourd'hui, il y a plus de recherches sur ce trouble que sur n'importe quel autre trouble de personnalité (Habimana & Cazabon, 2012). Au plan étiologique, les causes du TPL sont actuellement mieux connues, mais aucune n'en explique à elle seule l'origine. Les recherches sur les causes de la personnalité limite sont particulièrement difficiles à mener car cette pathologie a une étiologie complexe qui est à la fois multifactorielle et biopsychosocial (Paris, 2017). Elle s'articule de façon très variable et plusieurs facteurs de risque, en interaction, contribuent à son développement (Granger & Karaklic, 2012; Paris, 1996, 2015, 2017). Toutefois, des avenues intéressantes ont été explorées pour mieux cerner les facteurs de risque impliqués dans le développement et la chronicisation de cette pathologie. Pour les fins de ce projet de recherche, les aspects biologiques, psychologiques et sociaux seront examinés afin de circonscrire certaines influences impliquées dans l'émergence de ce trouble. De plus, une illustration du modèle transactionnel de Linehan (1993), qui est l'un des mieux circonscrit de la pathologie limite (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009) sera présentée pour démontrer jusqu'à quel point les personnes aux prises avec un TPL sont vulnérables émotionnellement et déficientes dans leurs compétences à réguler les émotions et comment leurs prédispositions biologiques qui sont exacerbées par des expériences environnementales invalidantes spécifiques influencent l'émergence de leurs difficultés.

## **Facteurs biologiques**

Au plan biologique, certains chercheurs ont tenté de savoir si certains gènes prédisposaient ou non au TPL et si certaines anomalies du fonctionnement cérébral seraient à l'origine de l'instabilité affective, de l'impulsivité et des perturbations relationnelles, typiques à cette pathologie. C'est dans le domaine de l'impulsivité que les influences génétique et biologique sont apparemment les plus avancées (Granger & Karaklic, 2012). Les études qui se sont intéressées à l'activité des neurotransmetteurs centraux ont démontré notamment que les traits impulsifs sont associés à des déficits du fonctionnement du système central de la sérotonine (Gurvits, Koenigsberg, & Siever, 2000; Paris, 2007; Paris et al., 2004) et représente formellement, un facteur de risque pour les conduites impulsives considérées comme une composante majeure du TPL. D'autres chercheurs se sont intéressés à certaines anomalies associées au système limbique. À cet égard, les relations entre les structures liées aux émotions et les structures corticales, qui inhibent les réactions émotionnelles trop intenses, seraient perturbées et il en découlerait une hyperréactivité émotionnelle plus marquée chez les sujets atteints du TPL lorsqu'ils sont placés dans un environnement hostile ou négatif (Granger & Karaklic, 2012; Paris, 2017, 2015). Bien que les facteurs héréditaires comptent pour environ 50 % de la variabilité dans les traits de personnalité de même que pour l'instabilité affective et l'impulsivité (Livesley, Jang, & Vernon, 1998; Paris, 2007), la part de l'influence génétique dans le trouble borderline semble réduite et les aspects biologiques pouvant expliquer l'instabilité émotive sont pour l'instant inconnus car aucun marqueur biologique

n'a été identifié pour l'ensemble des troubles de la personnalité (Gurvits et al., 2000; Paris, 2007).

### **Facteurs psychologiques**

Les facteurs psychologiques impliqués dans le TPL sont souvent dramatiques. Selon certaines études (Crowell et al., 2009; Zanarini, 2000), un pourcentage élevé d'individus atteints du TPL signalent des antécédents d'abus physique (25 %-73 %), de négligence (92 %) et d'abus sexuel (40 %-76 %). Plusieurs auteurs ont décrit l'abus comme un facteur de risque critique et même un facteur étiologique central dans le développement du TPL (Herman, Perry, & van der Kolk, 1989), mais le consensus actuel dans la littérature est que même si une histoire d'abus est fréquente chez les individus atteints du TPL, elle n'est ni nécessaire ni suffisante pour expliquer le développement de ce désordre (Crowell et al., 2009; Zanarini, et al., 1997). Selon Paris (2017), tous ces événements, même défavorables, ne fournissent pas une explication complète pour justifier l'étiologie de ce trouble. Il y a tout simplement trop de facteurs de risque et de protection à prendre en compte. Par contre, cela ne veut pas dire que de telles expériences ne produisent aucun effet, mais les souvenirs douloureux qui y sont associés ne sont pas forcément synonymes de psychopathologie.

Par ailleurs, en considérant que les caractéristiques associées au TPL sont intégrées dans des interactions complexes entre la vulnérabilité tempéramentale et les expériences de vie (Paris, 2017), il semblerait que la négligence émotionnelle, en référence à

l'absence de reconnaissance et de soutien des enfants en relation avec leurs émotions, pourrait causer des dommages importants et contribuer au développement de la pathologie limite (Frank & Paris, 1981; Paris & Frank, 1989). Les travaux de Linehan (1993) portant sur le traitement des personnes atteintes d'un TPL, et qui seront exposés dans la section suivante, ont mis en perspective le concept d'«invalidation» pour illustrer comment un environnement familial dysfonctionnel caractérisé, entre autres choses, par la négligence, par l'intolérance à l'expression d'expériences émotionnelles de même que par la violence physique et/ou psychologique peut affecter et invalider le développement des futurs patients (Crowell et al., 2009). Les conséquences, pour un enfant émotionnellement vulnérable vivant dans des environnements invalidants, sont nombreuses y compris les effets négatifs de grande envergure qui viennent affecter son développement et son fonctionnement tant émotionnel que social (Fruzzetti, Shenk, & Hoffman, 2005; Shenk & Fruzzetti, 2011). D'autre part, certaines personnes ayant un TPL n'auront pas une histoire d'abus ou d'adversité sévère, mais se démarqueront par des problèmes de tempérament avec une régulation de l'émotion qui a été amplifié par l'échec de validation des émotions de la famille (Paris, 2017). Ce faisant, les transactions partagées entre les vulnérabilités biologiques et les facteurs de risque environnementaux façonnent considérablement le développement du TPL chez les personnes dites vulnérables (Crowell et al., 2009) et par conséquent, plusieurs d'entre elles seront plus à risque de développer des comportements dysfonctionnels sévères suite à l'exposition à des expériences traumatiques ou à des environnements familiaux problématiques (Soloff, Lynch, & Kelly, 2002). Somme toute, les modèles qui mettent

l'accent sur le dysfonctionnement familial et sur l'adversité psychosociale démontrent que le développement du trouble de personnalité, notamment le trouble de personnalité antisociale, le TPL et les troubles de l'humeur (Paris, 2001) sont généralement influencés par des facteurs psychosociaux, par la psychopathologie parentale, par des expériences traumatiques ou par des facteurs de stress sociaux associés à un changement social rapide (MacFarlane, 2004; Magnavita, 2000).

### **Facteurs sociaux**

Les facteurs sociaux associés au TPL sont, quant à eux, expliqués par des évidences indirectes (Paris, 2007, 2015). Certains se demandent si le trouble borderline ne serait pas un produit de la modernité favorisé par la société contemporaine dans laquelle les conditions de vie et la façon dont les humains conçoivent leur existence influenceraient la structuration de la personnalité. Par exemple, dans le passé, la dysrégulation émotionnelle aurait pu être exprimée par le biais de symptômes somatiques alors que dans une société moderne, ils seraient plus susceptibles d'être associés à des comportements impulsifs (Paris, 2017). Certaines études ont évoqué que l'impulsivité serait très renforcée par la culture de l'immédiateté, où l'on presse sur un bouton pour obtenir un résultat instantané, où le sujet contemporain ayant de plus en plus de mal à inscrire son action et ses désirs dans le temps, se situerait plutôt dans l'instant et dans une position d'intolérance à la frustration (Granger & Karaklic, 2012). D'autres données soutiennent que plusieurs jeunes sont aliénés par la famille et qu'ils souffrent d'un sentiment de vide, d'ennui, de solitude et que leur vie serait dénuée de sens (Mehran,



2011). Néanmoins, l'étiologie spécifique du TPL semble beaucoup plus complexe : les abus ou les traumatismes, les prédispositions biologiques, les événements environnementaux, les interactions parent-enfant et autres interactions sociales ne sont pas considérés comme des facteurs de causalité isolés dans le développement du TLP, mais plutôt comme un ensemble de facteurs de fortes influences qui interagissent de manière complexe (Fruzzetti et al., 2005; Meehl, 1977; Paris, 2017).

### **La théorie biosociale de Linehan**

La théorie biosociale de Linehan (1993) est l'un des modèles étiologiques les plus circonscrits du TPL (Crowell et al., 2009) qui sert de base théorique à la thérapie comportementale dialectique (Fruzzetti et al., 2005). Même si la logique de la formulation biosociale du TPL est largement basée sur des observations et des spéculations cliniques (Linehan, 1993), le traitement de ces patients a été une étape importante dans la contribution des travaux de recherche pour expliquer comment les familles pouvaient affecter leurs enfants par des émotions dysrégulées (Paris, 2017). Ce modèle transactionnel du développement a été élaboré pour démontrer jusqu'à quel point les difficultés de régulation émotionnelle, typique de cette pathologie, résultent de transactions répétées entre un individu biologiquement très vulnérable, donc émotionnellement plus réactif que la moyenne, qui évolue dans un environnement dysfonctionnel spécifique, voire invalidant (Crowell et al., 2009; Fruzzetti, et al., 2005; Linehan, 1993).

D'après Linehan (1993), les personnes émotionnellement vulnérables au plan biologique ont une sensibilité élevée et une faible capacité à discriminer les stimuli émotionnels pertinents dans diverses situations, ce qui les amènent à réagir plus rapidement et/ou avec une plus grande intensité comparativement à la norme. Leur haute réactivité émotionnelle suscite une variété de réponses émotionnelles, parfois extrêmes ou disproportionnées, en raison de leur faible seuil de tolérance. Le déclenchement d'une réponse émotionnelle excessive provoque généralement chez la personne borderline, un retour lent à un état émotionnel supportable et la laisse dans un état de fragilité (Linehan, 1993; Nicastro, Dieban, McQuillan, & Huguelet, 2007). Si le sujet se maintient dans cette diminution d'activation émotionnelle et qu'un nouveau stimulus apparaît dans l'environnement, son humeur peut venir contaminer toute une série de processus cognitifs et donner préséance à d'autres réponses émotionnelles qui réactiveront ou amplifieront la tension initiale et rendra les réactions ultérieures plus problématiques. L'état d'excitation émotionnelle sera suffisamment élevé pour perturber la maîtrise personnelle, cognitive et comportementale de l'individu et le rendra excessivement vulnérable à la dysrégulation émotionnelle chronique (Fruzzetti et al., 2005; Linehan, 1993).

Au niveau des caractéristiques environnementales, Linehan (1993) fait référence au concept d'invalidation lorsqu'il existe une discordance majeure entre le vécu de l'individu et un ensemble particulier de réponses inadéquates en lien avec l'expression des expériences émotionnelles qui sont dépréciées par les membres de l'entourage. Dans

un contexte de développement invalidant, l'environnement transmet à la personne qu'elle a tort dans sa manière de vivre, de décrire ou de ressentir les événements parce qu'elle a une trop grande réactivité qui laisse croire à une trop grande sensibilité, à une incapacité d'adopter des attitudes positives ou à des représentations déformées des événements (Linehan, 1993). Selon les circonstances, le ressenti émotionnel est parfois puni, rarement renforcé, tantôt critiqué ou tout simplement ignoré (Crowell et al., 2009) et le sujet apprend très rapidement à ne pas croire en ses capacités, à s'auto-invalider, à dépendre des autres et cherche souvent une façon de correspondre aux attentes de l'environnement (Fruzzetti et al., 2005; Linehan, 1993). Par conséquent, l'environnement invalidant n'enseigne pas à la personne à étiqueter, à comprendre, à réguler ou à tolérer ses réactions émotionnelles et par-dessus tout, ne lui apprend pas à faire confiance à ses émotions comme étant des réponses valides et informatives (Nicastro et al., 2007).

Bien qu'un style cognitif invalidant ne cause pas les mêmes dégâts chez chacun et dans tous les contextes, les observations cliniques de Linehan et Kehrer (1993) ont permis d'identifier trois types d'environnement invalidant qui peuvent influencer l'émergence du TPL soient les familles : typique, parfaite ou chaotique. Dans la famille typique, les parents ont tendance à mettre l'accent sur le contrôle cognitif des émotions et à se centrer sur la maîtrise de celles-ci comme critères de succès. Se comporter « comme un adulte » est un thème central (Mountford, Corstorphine, Tomlinson, & Waller, 2007). Chez la famille parfaite, alors que tout semble parfait à la surface, les parents ne peuvent tolérer l'expression d'émotions négatives peu importe la raison et

l'accent est mis sur la nécessité de cacher les sentiments et de « passer à autre chose » (Mountford et al., 2007). Alors que dans la famille chaotique, les parents sont généralement désengagés physiquement et émotionnellement, en particulier à cause de problèmes financiers, d'abus de substance ou de santé mentale. Dans ce genre de situation, l'enfant peut être laissé à lui-même, ses besoins peuvent être négligés ou ignorés et les demandes de soutien sont souvent accueillies avec colère (Mountford et al., 2007).

Selon la théorie biosociale, les conséquences pour une personne vivant dans des environnements invalidants sont nombreuses et la plupart des comportements des sujets limites sont ou des tentatives pour réguler l'intensité de l'affect ou sont les résultats d'une dysrégulation émotionnelle. Cette ambiguïté émotionnelle qui interfère avec le fonctionnement adaptatif vient appuyer l'hypothèse de Linehan (1993) que la personne qui a grandi dans un environnement dans lequel son vécu émotionnel a massivement été invalidé en arrive à reproduire, forcément, les caractéristiques de l'environnement qu'on lui a apprises c'est-à-dire, à se critiquer, à se punir ou avoir honte (Linehan, 1993; Nicastro et al., 2007). Ce faisant, les personnes qui ont une vulnérabilité, au plan biologique, à éprouver ou à exprimer des émotions intenses et dont les expériences émotionnelles ont été invalidées de manière récurrente développent un dysfonctionnement émotionnel important qui contribue au développement d'un sens inadéquat de soi, à un sentiment permanent de vide intérieur (Kramer, 2015) et à une difficulté majeure à se créer un sens de l'identité solide (Fruzzetti et al., 2005; Linehan,

1993). Or, cette dynamique pathologique qui se répercute manifestement par une panoplie de comportements inadéquats en contexte d'accompagnement nous laisse croire à la prémisse de Linehan (1993), à savoir que les personnes aux prises avec un TPL seraient victimes à la fois d'un modèle d'instabilité émotionnelle, comportementale et cognitive.

### **But de la recherche**

Les sujets aux prises avec un trouble de personnalité limite sont généralement porteurs d'une grande souffrance et éprouvent habituellement un profond sentiment d'impuissance face à cette souffrance (Cousineau, 1997; Linehan, 1993). Leurs besoins, leurs perceptions et leurs attentes varient considérablement selon leur histoire de vie relationnelle et malgré la sévérité et la chronicité des différents symptômes inhérents à cette pathologie, les intervenants ignorent souvent ou sont incapables de comprendre les mécanismes psychologiques sous-jacents à la détresse vécues par ces personnes (Bessette 2010; Laporte et al., 2014). Par conséquent, la plupart des intervenants éprouvent de grandes difficultés à transiger avec ces profondes incompréhensions et les effets négatifs sur la relation thérapeutique aboutissent fréquemment à des résultats néfastes qui engendrent des impasses relationnelles.

Le but de cette recherche est d'illustrer jusqu'à quel point les sujets aux prises avec un TPL sont porteurs d'une détresse émotionnelle et que leur histoire personnelle, lorsqu'elle est bien analysée et mieux recadrée, peut apporter un éclairage différent et

des pistes d'intervention pouvant contribuer à la compréhension de l'expérience subjective de ces sujets.

### **Questions de recherche**

La question générale de recherche vise à circonscrire des éléments qui ont pu organiser et bouleverser l'expérience subjective des sujets aux prises avec un TPL et d'avoir une meilleure compréhension de leur fonctionnement adaptatif. Cette question générale se subdivise en deux questions spécifiques.

1. Quels sont les aspects ou les événements ou les éléments marquants associés au vécu personnel des sujets aux prises avec un trouble de personnalité limite qui semblent avoir joué un rôle dans l'organisation d'un dysfonctionnement émotionnel.
2. Quelles sont les caractéristiques de leur fonctionnement adaptatif qui nous informent que ces sujets sont porteurs d'une détresse émotionnelle et le cas échéant, de quelle façon communiquent-ils et gèrent-ils leurs émotions.

Pour répondre à ces questions de recherche, le choix de privilégier la méthode clinique a été retenu car, en plus d'approfondir des situations cliniques par des informations fiables touchant l'évaluation, le diagnostic ou le traitement de la souffrance, elle permet de recadrer ces informations dans une dimension subjective qui fait ressortir le caractère foncièrement humain de la problématique présentée. La méthode clinique permet d'une part d'avoir recours à des techniques (test, échelles et entretiens) pour faire apparaître des éléments saillants concernant l'individu et permet d'autre part d'analyser un faisceau d'éléments en interrelations pour élaborer une étude

plus approfondie du cas en lien avec le phénomène soulevé (Pedinelli, 2012). Pour la réalisation de cette recherche, l'étude de cas multiples est privilégiée car, en plus d'éclaircir les questions de recherche qui devront être analysées et approfondies, cette dernière fournit une description riche du contexte dans lequel les événements se sont déroulés en plus d'induire une signification aux événements observés (McMillan & Schumacher, 1984; Rothe, 1982). Au niveau des retombées, cette étude vise à mettre en perspective la nécessité de mieux comprendre la dynamique pathologique d'instabilité émotionnelle des personnes aux prises avec un TPL et d'amener les intervenants à faire preuve davantage de sensibilité clinique pour leur éviter de verser dans une série d'erreurs qui pourraient affecter le processus thérapeutique.

## **Méthode**



Cette section présente la méthode de cette étude. Tout d'abord, la posture du chercheur, le devis de recherche, les considérations éthiques, le déroulement de l'étude et le portrait des participantes seront présentés. Ensuite, les instruments de mesure, la collecte de données seront décrits ainsi que le cadre d'analyse.

### **La posture du chercheur**

Pour les fins de ce projet de recherche, des préceptes empruntés à la phénoménologie serviront de base pour réaliser l'examen et l'analyse des données d'entretien dans l'élaboration des études de cas. La phénoménologie porte sur l'étude de phénomènes dont la structure se fonde sur l'analyse directe de l'expérience vécue par le sujet. Cela permet, notamment, de dégager la trame principale des événements rapportés ou observés et de reconstituer le vécu des sujets, les points de vue, les faits ou les contextes contribuant au déploiement même du phénomène étudié. Servant de véritable ancrage empirique pour le chercheur, cette méthode fait partie de l'approche qualitative et consiste à creuser le sens de l'expérience à travers la perception qu'en a le sujet (Paillé & Mucchielli, 2016). Cette posture qui sert de toile de fond à l'interprétation des données revêt un aspect de concrétude et consiste ainsi à donner la parole à l'acteur avant de la prendre soi-même. Cela signifie qu'il importe non seulement d'écouter l'autre, mais aussi de lui accorder du crédit, c'est-à-dire d'accorder de la valeur à son

expérience. Lorsque le chercheur fait appel à des outils qualitatifs, il effectue un travail de contextualisation pour trouver la

signification des choses. Ainsi, considérant que « le sens naît toujours d'une confrontation d'un phénomène remarqué, à des éléments dits contextuels dans lesquels il prend place » (Paillé & Mucchielli, 2016, p. 39), la présentation d'une histoire clinique, lorsqu'elle est bien élaborée, peut être une illustration éloquente des liens puissants qui existent entre la réalité objective et la réalité subjective du sujet.

### **Devis de recherche**

Dans le cadre de ce projet, l'étude de cas est retenue, comme méthode de recherche, afin de circonscrire et mieux comprendre le phénomène de détresse émotionnelle qui apparaît comme un prototype associé relativement à l'histoire personnelle des personnes aux prises avec un TPL. Une des principales forces de l'étude de cas est justement de fournir une compréhension en profondeur et une analyse des phénomènes dans leur contexte (Kennedy, 1979; Stake, 1994; Yin, 2009). La description détaillée de différentes situations impliquant des événements, des gens, leurs comportements et leurs interactions dans un site naturel sont nécessaires pour cerner le phénomène à comprendre et l'objet premier du questionnement qu'il suscite (Gagnon, 2012). Le recours à l'étude de cas, comme méthode de recherche, suppose qu'elle puisse décrire, expliquer, prédire ou contrôler divers phénomènes, qu'ils soient individuels ou collectifs (Thomas, 2011; Woodside & Wilson, 2003; Yin, 2003, 2009). Elle permet donc d'intégrer les caractéristiques uniques de chaque cas et d'examiner des phénomènes complexes dans leur contexte réel. La pratique fondée sur les données probantes, telle qu'endossée par l'American Psychological Association (2010), situe l'étude de cas

comme une démarche clinique qui permet d'intégrer un ensemble de données afin d'orienter une pratique (Pomini, de Roten, Brodard, & Quartier, 2016). La présentation d'un cas devient donc l'objet d'une construction, voire d'une reconstruction ayant pour but d'exposer une problématique et la façon dont le clinicien s'y prend pour la traiter (Marty, 2009). Il ne s'agit pas de révéler la vérité sur un cas, mais d'éclairer une situation qui pose problème en s'appuyant sur des éléments cliniques convaincants qui illustrent la complexité des mécanismes en jeu dans la relation thérapeutique. De fait, les études de cas sont des descriptions empiriques riches d'exemples particuliers d'un phénomène qui reposent généralement sur diverses sources de données (Yin, 1994).

Dans le but de fournir une riche description du contexte dans lequel les événements se déroulent et de mettre en lumière la structure profonde des comportements sociaux en cause, l'étude de cas multiples de type exploratoire a été retenue. Eisenhardt (1989) recommande pour les études exploratoires ou explicatives, un échantillon de 4 à 10 sujets afin que le chercheur puisse tirer des conclusions associées au phénomène susceptible de se produire dans une variété de situations. Le nombre de cas doit permettre de faire un examen suffisamment approfondi de chacun des cas afin que la réponse à la question de recherche soit valide (Dyer & Wilkins, 1991; Gagnon, 2012; Romano, 1988). L'étude de cas multiples fournit généralement une base plus solide pour la construction d'une théorie (Yin, 1994) car les propositions sont ancrées plus profondément dans des preuves empiriques variées (Eisenhardt & Graebner, 2007). Elle est notamment préconisée pour son potentiel de comparaison et de réplication en

favorisant la genèse ou la confirmation de théories susceptibles d'être généralisées (Yin, 2003).

### **Considérations éthiques**

Ce projet a été approuvé sous les auspices du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) et a été accepté par la Direction des programmes de santé mentale adulte et dépendance. Une approbation éthique de convenance a été obtenue pour pouvoir recruter les participantes à la Clinique du Centre, du CIUSSS MCQ (voir Appendice A). Ce projet de recherche a également été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR; voir Appendice B).

### **Déroulement de l'étude**

Le processus de sélection des participantes été effectué conformément aux autorisations émises par la Direction des programmes de santé mentale adulte et dépendance du CIUSSS MCQ. À cet effet, une approbation éthique de convenance a été obtenue pour pouvoir recruter les participantes à la Clinique du Centre du CIUSSS MCQ, cette dernière étant spécialisée dans l'évaluation et le traitement des troubles de la personnalité limite d'intensité modérée à sévère. Dans un premier temps, une lettre de recrutement expliquant les éléments essentiels de la recherche fut acheminée au psychiatre de l'établissement et à son équipe multidisciplinaire afin qu'ils puissent la remettre aux personnes présentant un TPL et ayant un suivi actif à la Clinique du Centre.

Comme première tentative de recrutement, 28 lettres furent distribuées, en main propre par le personnel soignant de l'équipe (psychologue, ergothérapeute et travailleuse sociale), à ceux ou celles qui recevaient déjà un suivi actif. Afin de préserver la confidentialité, les personnes intéressées devaient retourner leurs coordonnées dans une enveloppe préaffranchie au nom de la chercheuse et à l'adresse postale du département de psychologie de l'université. Les personnes avaient un délai d'un mois pour donner une réponse. Cette démarche, qui s'avérait des plus hasardeuses, a malgré tout été fructueuse car six femmes ont donné leur accord au projet.

Les critères d'inclusion pour la participation à cette recherche consistaient, essentiellement : a) à avoir un diagnostic de TPL d'intensité modérée à sévère; b) à être âgé de 18 ans et plus; et c) à avoir un suivi actif à la clinique. Les critères d'exclusion reposaient quant à eux : a) sur l'absence d'une problématique d'abus et/ou de dépendance à une substance, d'un retard mental, d'un trouble psychotique grave et/ou des éléments paranoïdes trop envahissants; et b) sur la présence d'un trop faible contrôle pulsionnel.

Avant d'effectuer la collecte de données proprement dite, une rencontre individuelle a été effectuée par la chercheuse, et ce, pour chacune des participantes, afin d'expliquer les objectifs du projet ainsi que son déroulement. Considérant que les personnes aux prises avec un TPL éprouvent souvent de grandes difficultés à s'engager dans une démarche thérapeutique, des précisions furent dûment spécifiées juste avant la signature

du formulaire d'information et de consentement (voir Appendice C) à savoir que leur participation s'effectuait uniquement sur une base volontaire. De plus, il fut clairement dit et redit à chacune des étapes du projet qu'elles pouvaient se retirer en tout temps sans avoir à fournir d'explications, de même qu'elles avaient le droit de refuser de répondre à certaines questions, et ce, sans aucun préjudice pour ce qui était des services auxquels elles avaient droit à la Clinique du Centre.

### **Portrait des participantes**

Un questionnaire sociodémographique, complété par chacune des participantes, a permis de colliger certaines informations permettant d'établir un profil général des six personnes rencontrées pour les fins de cette recherche. L'échantillon comporte des femmes âgées entre 29 et 54 ans et dont la moyenne d'âge est de 39,7 ans. Au niveau de leur statut conjugal, elles sont toutes célibataires sauf que trois d'entre elles ont eu des enfants (enfant et adultes). Quant à leur statut de vie actuelle, quatre femmes vivent seules, une avec sa famille d'origine et une autre avec son conjoint (voir Tableau 1).

En ce qui a trait au plus haut niveau d'étude complété dans le domaine de l'éducation, une personne a terminé son primaire, trois ont obtenu un diplôme professionnel au niveau du secondaire, une a complété ses études collégiales avec une spécialisation et une autre a complété une maîtrise au niveau universitaire. Concernant leur statut d'emploi, quatre femmes sur six occupent un emploi stable occasionnel alors que les deux autres sont sans emploi, mais une d'entre elles s'adonne au bénévolat (voir Tableau 2).





Tableau 1

*Portrait sociodémographique des participantes – statut socioéconomique*

Sujets	Âge	Statut conjugal	Situation de vie actuelle	Nombre d'enfants
Marjolaine	54	Célibataire	Vit seule	1
Mireille	45	Célibataire	Vit seule	0
Mélanie	40	Célibataire	Vit seule	2 (adultes - hommes)
Martine	29	Célibataire	Vit avec son conjoint	0
Marianne	39	Célibataire	Vit avec sa famille d'origine	0
Monica	31	Célibataire	Vit seule	1 (fille de 6 ans)

Au niveau des antécédents médicaux, toutes ces femmes ont fait une dépression dans leur passé ou dans une période plus récente, et toutes sont actuellement médicamenteuses, elles consomment notamment des antidépresseurs et/ou des anxiolytiques, puis elles ont toutes un diagnostic de TPL. Les participantes présentent également, en comorbidité, des problèmes psychologiques diagnostiqués soient au niveau d'un trouble dépressif, un trouble d'anxiété généralisée, un trouble bipolaire ou un trouble alimentaire (voir Tableau 3).

Tableau 2

*Portrait sociodémographique des participantes – emploi et éducation*

Sujet	Plus haut niveau d'éducation complété	Formation technique	Statut d'emploi	Source de revenus
Marjolaine	Secondaire	DEP esthétique	Sans emploi	Prestation d'aide sociale
Mireille	Secondaire	DEP Fleuriste	Sans emploi	Prestation d'aide sociale
Mélanie	Primaire	N/A	Emploi stable Emploi saisonnier	Revenu du travail Allocations de la SAAQ
Martine	Cégep / Collégial	AEC en assurances	Emploi stable Temps partiel	Revenu du travail Revenu du conjoint
Marianne	Maîtrise	N/A	Emploi stable Temps partiel	Revenu du travail Assurance-emploi
Monica	Secondaire	DEP Aide-pâtissière	Emploi stable Sur appel	Revenu du travail Prestation d'aide sociale Revenu de l'ex-conjoint

*Note.* SAAQ = Société de l'assurance automobile du Québec.

Tableau 3

*Portrait sociodémographique des participantes – antécédents médicaux*

Participant	Problèmes de santé	Médicaments	Consommation	Problèmes psychologiques diagnostiqués
Marjolaine	Dépression Asthme Psychoses	Antidépresseurs Antipsychotiques Anxiolytiques	Drogues – passé	11 ans – Tentative de suicide 20- 50 ans – Toxicomanie Actuel – TPL – Dépression (sevrage)
Mireille	Bipolarité Dépression majeure Anxiété généralisée	Antidépresseurs Anxiolytiques	Drogues – passé Alcool – occasion	24 ans – bipolaire – plusieurs années Actuel – TPL – Anxiété généralisée
Mélanie	TPL – Anxiété Migraines Dépression majeure	Antidépresseurs Antipsychotiques	Drogue – actuel Alcool – rarement	10 ans – Migraine 18 ans – TPL – suivi actuel Depuis toujours – Dépression
Martine	Dépression majeure Bipolarité Migraines	Antidépresseurs Lithium	Alcool – rarement	22 ans – Bipolarité – suivi actuel 22 ans – TDAH – faux diagnostic 28 ans – TPL – suivi actuel
Marianne	Dépression majeure Trouble alimentaire Hypothyroïdie, Insomnie Anxiété généralisée	Antidépresseurs Anxiolytiques	Drogues – passé Alcool – rarement	33 ans et 37 ans – Dépressions majeures Récemment – TPL
Monica	Anxiété généralisée Dépression	Anxiolytiques Antidépresseurs	Drogues – passé Alcool – rarement	28 ans – Dépression, Chutes de pression

*Note.* TPL = Trouble de personnalité limite. TDAH = Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

### **Instruments de mesure**

La section suivante présente les différents instruments de mesure qui ont servi pour les fins de collecte de données. Ces différents instruments sont le Diagnostic Interview for Borderline-Revised (DIB-R), l'Échelle des difficultés de régulation des émotions (EDRE), le Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) et le The Invalidating Childhood Environments Scale (ICES). De plus, un questionnaire sociodémographique ainsi qu'un schéma d'entrevue, élaborée par la chercheuse, ont été utilisés pour recueillir des informations plus approfondies concernant différents aspects de la vie des participantes.

#### **Diagnostic Interview for Borderline-Revised (DIB-R; Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989)**

Le DIB-R est un entretien semi-structuré recueillant des informations sur quatre plans supposés avoir une importance diagnostique pour le TPL, soient les affects, les cognitions, les actions impulsives et les relations interpersonnelles (voir Appendice D). Le sujet est l'unique source d'information en ce qui concerne la grande majorité des items. Par le biais d'une entrevue, le questionnaire évalue 87 items concernant la façon dont le sujet s'est senti, a pensé et s'est comporté pendant les deux dernières années. Chacune de ces affirmations représente un critère diagnostique important de la personnalité borderline et est utilisée pour juger ou non de l'existence de ce désordre. Pour les fins de cette recherche, l'analyse par items, répertoriée dans chacune des sections, est utilisée comme une source d'information valide au plan clinique. Les dimensions servent de repères diagnostiques et permettent de mesurer l'état du sujet et les symptômes qui l'accompagnent. Ce questionnaire vise à mieux cerner les états qui

ont organisés l'expérience subjective des sujets TPL et à mieux comprendre la valeur adaptative des principaux symptômes manifestés à travers cette problématique.

**L'Échelle des difficultés de régulation des émotions (EDRE; Côté, Gosselin, & Dagenais, 2013)**

Ce questionnaire permet d'évaluer les difficultés de régulation des émotions selon un construit multidimensionnel (voir Appendice E). Il s'agit d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale de Gratz & Roemer (2004). Des études appuient notamment sa fidélité et démontrent une corrélation élevée auprès de patients ayant un TPL (Gratz & Roemer, 2004). L'EDRE est un instrument rapide et simple à remplir et contient 36 items. La cotation s'effectue sur une échelle de type Likert allant de *presque jamais* (1) à *presque toujours* (5). Pour les fins d'analyse, seuls les items indiquant, un score de (3), (4) ou (5) ont été retenus comme étant représentatifs d'une difficulté actuelle de régulation émotionnelle. L'EDRE mesure six dimensions de la régulation des émotions soient : 1) le manque de conscience émotionnelle; 2) le manque d'acceptation émotionnelle; 3) le manque de clarté émotionnelle; 4) les difficultés à contrôler des comportements impulsifs; 5) les difficultés à s'engager dans des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives; et 6) l'accès limité à des stratégies de régulation des émotions. Pour favoriser la compréhension de chacune des dimensions, il est pertinent d'expliquer le sens de chacune à savoir que le manque de conscience émotionnelle correspond à la difficulté de reconnaître ses propres émotions tout en étant capable de les différencier de celles des autres (Sloan & Kring, 2007). Le manque de clarté émotionnelle s'apparente au construit associé à une faible

compréhension de ses émotions (Mennin, 2004). Le manque d'acceptation émotionnelle fait référence à l'inacceptation des émotions négatives (Gross & John, 2003). La difficulté à contrôler des comportements impulsifs consiste à s'abstenir de tout comportement impulsif en cas d'émotions négatives (Gratz & Roemer, 2004). La difficulté à engager des comportements orientés vers un but est déterminante surtout en présence d'émotions négatives (Thompson, 1994; Thompson & Calkins, 1996). Finalement, l'accès limité à des stratégies de régulation des émotions fait référence notamment à des stratégies perçues comme efficaces selon certains facteurs contextuels (Sloan & Kring, 2007).

#### **Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1994)**

Traduction française de Fortin & Coutu-Wakulczyk (1985; Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale), le SCL-90-R est un auto-questionnaire de 90 items (voir Appendice F). Il est conçu pour évaluer de manière rapide, sensible et objective, la détresse psychologique et le profil psychopathologique à partir de neuf échelles symptomatiques : la somatisation, l'obsession-compulsion, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, la sensibilité interpersonnelle, l'anxiété phobique, l'idéation paranoïde et le psychotisme. Pour les fins de passation, le sujet doit indiquer la fréquence à laquelle le problème l'a troublé au cours des sept derniers jours, y compris la journée même. Les fréquences possibles vont de *pas du tout* (0) à *extrêmement* (4). Trois indices globaux (indice global de gravité [IGG], intensité des symptômes rapportés [ISR] et nombre de symptômes rapportés [NSR]) permettent également de situer le niveau de

détresse. L'IGG constitue l'indicateur le plus sensible de la détresse psychologique du sujet, alliant des informations relatives au nombre de symptômes et à l'intensité de la détresse. L'ISR représente une mesure de l'intensité des symptômes et de la perception que le patient a de sa détresse. Le NSR indique le nombre de symptômes rapportés par le patient quelle que soit leur intensité et contribue à l'interprétation du profil de détresse. Par contre, pour les fins de cette étude, seule une analyse par items indiquant une fréquence de (3) et de (4) a été retenue pour établir l'intensité du problème éprouvée par la personne au cours des sept derniers jours.

### **The Invalidating Childhood Environments Scale (ICES; Mountford et al., 2007)**

Cette échelle évalue le vécu émotionnel expérimenté avec les parents et dans la famille. Pour les fins de l'étude, la version française de Compagnone & Lo Monaco (2015) a été utilisée (voir Appendice G). L'ICES est un auto-questionnaire divisé en deux parties qui évalue, sur une base rétrospective et selon la perception de l'adolescent ou du jeune adulte, le vécu émotionnel expérimenté durant l'enfance. Les résultats de la première partie du questionnaire font références aux comportements empathiques parentaux et aux pratiques parentales disqualifiantes. Les comportements parentaux empathiques mettent en perspective la reconnaissance de l'état émotionnel de l'enfant par des attitudes d'écoute et de compréhension alors que les pratiques parentales disqualifiantes illustrent l'incapacité de la part de l'adulte à accueillir les besoins et les émotions de son enfant et ce, par un discours et des attitudes dévalorisantes. Dans cette première partie, il est demandé d'évaluer le vécu émotionnel avec chacun des parents

séparément sur une échelle de type Likert allant de *jamaïs* (1) à *tout le temps* (5). Plus le score est élevé, plus la perception d'invalidation de l'environnement est forte.

La deuxième partie du questionnaire évalue la perception globale du style familial proposée par Linehan (1993) et ce, à partir d'une description axée sur trois types d'environnements familiaux invalidants à savoir les types d'environnements « typique », « parfait » et « chaotique » et un type d'environnement validant c'est-à-dire celui qui répond de façon appropriée aux émotions de l'enfant. Un type d'environnement est qualifié d'invalidant lorsque l'expression des émotions et des expériences personnelles n'a pas reconnue, mais au contraire a été ignorée, punie ou dévalorisée (Mountford et al., 2007; Robertson, Kimbrel, & Nelson-Gray, 2013). Dans cette section, chacun des items est évalué sur une échelle de type Likert allant de *pas du tout comme ma famille* (1) à *tout à fait comme ma famille* (5). Il est possible pour un répondant de correspondre à différents types d'environnement et ce, à différents degrés. Ainsi, le score de chaque item est considéré individuellement.

Dans la validation française du questionnaire ICES, les résultats de l'étude, incluant la fiabilité interne et la structure factorielle, attestent de la qualité psychométrique de celui-ci (Compagnone & Lo Monaco, 2015). L'ICES évalue la relation avec chacun des parents en offrant une appréciation qualitative globale de l'environnement durant l'enfance et propose au répondant de faire le lien entre sa famille et un type d'environnement familial. Pour une utilisation adéquate de l'ICES, il est important de considérer deux caractéristiques : l'ICES ne repose pas sur des mesures objectives, mais sur des



perceptions et il reflète essentiellement l'évaluation que le sujet fait en fonction de ses impressions actuelles (Mountford et al., 2007). Cette approche est notamment intéressante dans une démarche clinique afin de cerner le fonctionnement actuel de l'individu. Cependant, dans une démarche rétrospective, on ne peut pas évoquer de lien de causalité (Mountford et al., 2007).

### **Questionnaire sociodémographique (Extraits; Éthier, 1985)**

Ce questionnaire vise à recueillir des informations sociodémographiques permettant d'établir le portrait des participantes au niveau du statut économique, de l'emploi, de l'éducation et des antécédents médicaux (voir Appendice H). Il est utilisé comme complément d'information pour cibler et dresser un portrait global des sujets qui vont faire l'objet des études de cas.

### **Schéma d'entrevue**

Élaboré par la chercheuse, ce schéma comprend une série de questions ouvertes et permet de recueillir auprès des sujets, des informations sur la perception qu'ils ont d'eux-mêmes et de leur entourage (voir Appendice I). Certaines questions sont récapitulatives du vécu de l'enfance et d'autres portent sur les modes de vie actuels. Cet instrument vise à aller chercher une information documentaire plus poussée et plus précise concernant leurs pensées, leurs perceptions, leurs sentiments et leurs réflexions face aux événements significatifs qui ont marqué le parcours de leur vie.

### **Collecte de données**

La collecte de données a été réalisée en totalité par la chercheuse dans un local de l'université. Chacune des participantes a été rencontrée sur une base individuelle à trois reprises et une allocation financière de vingt dollars (20 \$) leur a été remise, à chaque fois, pour couvrir les frais encourus pour leur déplacement. Un aspect très important à souligner en ce qui concerne la démarche pour recueillir les données tient du fait que la première rencontre visait à mettre stratégiquement les participantes en confiance. Au niveau de la forme, les quatre questionnaires complétés à la première rencontre étaient plus simples à remplir et offraient plus de souplesse quant à leur implication personnelle. La deuxième rencontre était plus stratégique au niveau du canevas car elle consistait en une entrevue semi-structurée élaborée à l'aide d'un questionnaire conçu pour faire ressortir la présence de traits significatifs associés au TPL et qui laissait place à des commentaires et à des réactions émotionnelles très spontanés. Par ailleurs, la troisième rencontre consistait en une entrevue plus corsée, prenant assise sur une série de questions ouvertes et qui demandaient de la part des participantes, un plus grand niveau d'introspection face aux événements significatifs qui avaient marqué leur récit de vie. Cette façon de procéder visait intentionnellement à renforcer, au fil des rencontres, le sentiment de confiance et le niveau d'implication personnelle des participantes à l'égard de la chercheuse, en ne perdant pas de vue que ces personnes pouvaient aussi se laisser emporter facilement par de l'instabilité émotionnelle et choisir d'abandonner promptement la démarche en cours.

Comme indiqué antérieurement, lors de la première rencontre, les participantes devaient remplir quatre questionnaires d'une durée approximative de 20 minutes chacun. Le premier questionnaire visait à recueillir des informations sociodémographiques pour établir le portrait des participantes au niveau du statut économique, de l'emploi, de l'éducation et des antécédents médicaux. Le deuxième questionnaire (ICES) portait sur la perception du vécu émotionnel expérimenté durant l'enfance. Ce faisant, lors de la passation de ce questionnaire et à la lecture de chacune des questions, une participante semblait être affectée au plan émotionnel, notamment lorsqu'il était question de ses parents. Elle a d'ailleurs indiqué sur son questionnaire qui lui était pénible de répondre à ces questions. Après lui avoir rappelé la possibilité de poursuivre ou d'arrêter sa participation, elle a décidé de poursuivre. Le troisième questionnaire (EDRE) visait à recueillir des données portant sur la gestion des émotions en lien avec le TPL. Puis le quatrième (SCL) permettait de vérifier l'intensité de symptômes associés à un certain niveau de détresse psychologique. Dans l'ensemble, cette première étape s'est bien déroulée puisqu'elle a permis d'établir un premier contact et de répondre aux questions entourant leur contribution à ce projet de recherche.

Une semaine plus tard, la deuxième série de rencontres a eu lieu et pour chacune des participantes, un entretien semi-structuré (DIB-R) d'une durée approximative de 60 minutes, a été effectué afin de recueillir des informations permettant de mieux cerner les caractéristiques du TPL et ce, en interrogeant différents critères associés aux affects, aux cognitions, aux actions impulsives et aux relations interpersonnelles. Ces rencontres ont

suscité manifestement l'intérêt de la plupart des participantes car lorsque la chercheuse posait les questions, souvent elles réagissaient par des intonations, des éclats de rire, des commentaires, des approbations signifiant qu'elles se reconnaissaient face à ce qui était énoncé. Par contre, une participante a réagi manifestement par de l'impulsivité comportementale (s'est levée et a quitté la salle) suite à une question qui portait sur la colère. Après avoir effectué un suivi téléphonique, elle a décidé de se retirer définitivement du projet de recherche. Cette personne est celle qui, précédemment, avait inscrit sur son questionnaire (ICES) qu'il lui était pénible de répondre aux questions portant sur le vécu rétrospectif de son enfance.

Finalement, pour la troisième étape du projet, une entrevue semi-structurée d'une durée approximative de 60 minutes, a été effectuée une semaine plus tard par la chercheuse afin de recueillir des données sur des aspects plus personnels sur la perception de leur enfance et sur leur mode de vie actuel. Une série de questions ouvertes a permis aux participantes d'exprimer plus librement et plus en profondeur leurs pensées, leurs perceptions, leurs sentiments, leurs impressions et leurs réflexions face aux événements significatifs qui ont marqué leur parcours de vie.

### **Cadre d'analyse**

Une des cibles importantes de cette recherche est d'en arriver à circonscrire et mieux comprendre le phénomène de détresse émotionnelle qui semble être associé au vécu personnel des sujets aux prises avec un TPL. Comme spécifié dans le devis de recherche,

le choix de se tourner vers des études de cas permet d'intégrer les caractéristiques uniques de chaque cas et d'examiner des phénomènes complexes dans leur contexte réel. En rappel, il ne s'agit pas de révéler la vérité sur un cas, mais d'éclairer une situation qui pose problème en s'appuyant sur des éléments cliniques convaincants qui illustrent la complexité des mécanismes en jeu dans la relation thérapeutique. En ce sens, l'examen et l'analyse des données d'entretiens, inspirés des préceptes de la phénoménologie, visent à approfondir le sens de l'expérience du sujet notamment à travers la lecture qu'il en fait et surtout d'accorder de la valeur à son vécu à partir d'une écoute et d'une compréhension unique de son expérience subjective. En référence à la grille d'analyse proposée par Côté & Bouchard (1997) dans la problématique, nous tombons alors dans les niveaux réactif et réflexif associés à la notion de subjectivité c'est-à-dire que nous nous tournons vers les éléments qui vont amener l'intervenant à cohabiter avec « l'expérience vécue » du sujet.

Comme étape préliminaire, l'histoire des six sujets est présentée à l'Appendice J, sous forme de résumé, pour illustrer les principaux éléments qui semblent avoir eu une portée significative dans leur trajectoire de vie. À certains endroits, le choix d'utiliser des extraits d'entrevues en citant le verbatim permet de mettre en valeur la connotation émotionnelle et l'éloquence de certains événements. Cette forme de récit aide à reconstituer certains segments de l'histoire des cas en jetant les bases d'une compréhension empathique et circonstanciée du monde vécu à travers le regard et l'expérience du sujet (Paillé & Mucchielli, 2016). Par la suite, l'expérience vécue par les sujets ayant un TPL est analysée selon quatre catégories correspondant au but de chaque

instrument de mesure, soit : 1) le fonctionnement adaptatif actuel; 2) la régulation des états émotionnels; 3) la détresse psychologique; et 4) la perception du vécu émotionnel durant l'enfance. Créées à partir des entrevues, des questionnaires et des observations, ces catégories sont dites «conceptualisantes», car elles permettent de visualiser une action, un incident, un processus ou une logique en induisant une image mentale précise à partir d'une dynamique ou d'une série d'événements (Paillé & Mucchieli, 2016). Puisque l'analyse des données est au cœur de la construction des études de cas, ces catégories permettent un véritable ancrage empirique, car elles impliquent nécessairement une intention d'analyse en faisant directement référence au phénomène à l'étude, soit la détresse émotionnelle des personnes aux prises avec un TPL et ses constituants. Cette première étape répond aux critères de la démarche proposée par Eisenhardt (1989), à savoir une «analyse intra-site» et implique nécessairement une analyse détaillée pour chaque cas. Dans l'Appendice J, cette opération prend appui sur une description détaillée de chaque cas et permet d'explorer de façon plus conceptuelle les données recueillies. Considérant également que ce travail d'analyse contribue à la construction d'une théorie émergente, une deuxième étape, appelée «analyse-croisée inter-site» est requise pour trouver une explication conceptuelle plausible du phénomène étudié (Eisenhardt, 1989; Glaser et Strauss, 1967; Hlady Rispal, 2002a, 2002b; Stake, 1994). En tenant compte de la problématique telle que circonscrite et du développement de la question de recherche, l'analyse-croisée inter-site, couplée avec l'analyse intra-site, vise à comparer les tendances qui ressortent des analyses en regardant les données de diverses façons (Eisenhardt, 1989). Il convient donc d'établir des contrastes, des

comparaisons, de vérifier la signification des cas atypiques, d'utiliser les cas extrêmes pour mettre à l'épreuve les interprétations contradictoires ou toutes autres explications (Stake, 1994; Yin, 2009).

## Résultats



La présentation des résultats est fondée sur la reconstitution des événements associés au vécu personnel de chaque participantes, et que l'on retrouve dans à l'Appendice J. Afin de préserver la confidentialité des participantes à l'étude et celle de leur famille, certaines données nominatives et descriptives ont été modifiées. Ainsi, nous avons pris soin d'utiliser des noms fictifs pour toutes les personnes nommées dans chacune des études de cas. Ces récits de vie permettent notamment d'exposer des aspects ou des événements marquants qui semblent avoir joué un rôle dans l'organisation d'un dysfonctionnement émotionnel.

En rappel, le but de cette recherche est d'illustrer jusqu'à quel point les sujets aux prises avec un TPL sont porteurs d'une détresse émotionnelle et que leur histoire personnelle, lorsqu'elle est bien analysée et mieux recadrée, peut apporter un éclairage différent et des pistes d'intervention pouvant contribuer à la compréhension du vécu de ces sujets. Ce faisant, la question générale de recherche vise à circonscrire des éléments qui ont pu organiser et bouleverser l'expérience subjective des sujets aux prises avec un TPL et d'avoir une meilleure compréhension de leur fonctionnement adaptatif. Pour les fins de cette recherche, deux questions spécifiques retiennent l'attention de la chercheuse à savoir :

1. Quels sont les aspects ou les événements ou les éléments marquants associés au vécu personnel des sujets aux prises avec un trouble de personnalité

limite qui semblent avoir joué un rôle dans l'organisation d'un dysfonctionnement émotionnel ?

2. Quelles sont les caractéristiques de leur fonctionnement adaptatif qui nous informent que ces sujets sont porteurs d'une détresse émotionnelle et le cas échéant, de quelle façon communiquent-ils et gèrent-ils leurs émotions ?

D'une part, la présentation des résultats, élaborée sous forme de tableaux, sera commentée en tenant compte des résultats obtenus des entrevues et des quatre instruments de mesure qui ont servi à structurer les analyses intra-sites. D'autre part, afin de comparer les tendances, d'établir des contrastes ou de vérifier la signification des cas atypiques, des analyses inter-sites seront présentées pour tenter de trouver une explication conceptuelle plausible au phénomène étudié.

#### **Événements marquants associés au vécu personnel et qui semblent avoir joué un rôle dans l'organisation d'un dysfonctionnement émotionnel**

Le Tableau 4 présente un portrait global des aspects ou des événements marquants associés à l'histoire personnelle de chaque sujet. On doit ici noter, en ce qui concerne le cas de Monica, qu'aucune donnée n'a été recueillie car elle a mis fin à sa participation au début de la deuxième rencontre du processus. À première vue, il est important de constater qu'au niveau de l'environnement familial, des événements particuliers sont venus exercer une influence dans la trajectoire développementale de ces sujets. Dans l'histoire de deux sujets, il est question d'un contexte familial particulièrement dysfonctionnel. On peut également constater que les interactions impliquant un parent ou les deux dans l'histoire de cinq sujets ont été problématiques et soulèvent un questionnement en ce qui regarde la qualité de l'expérience émotionnelle vécue dans cette relation.

Tableau 4

*Données d'entrevues – événements marquants associés au vécu personnel*

Sujet	Événements
Marjolaine	<p>Famille dysfonctionnelle – négligence émotionnelle</p> <p>Abusée sexuellement par son beau-frère (9-11 ans)</p> <p>Tentative de suicide (11 ans)</p> <p>Fugues (12 ans +)</p> <p>Placement dans une école de réforme durant 3 ans (12-15 ans)</p> <p>Naissance du premier enfant (17 ans)</p> <p>Au total, 6 fausses-couches et 3 avortements</p> <p>Problématique de consommation aux drogues (18-50 ans)</p> <p>Dépression majeure (50 ans)</p> <p>Diagnostic du trouble de personnalité limite (52 ans)</p>
Mireille	<p>Suicide de son père (avait 11 ans)</p> <p>Expérience pénible aux Grands Ballets – stress de performance (12-14 ans)</p> <p>Conflit majeur avec sa mère (15 ans)</p> <p>Médication – stabiliser les humeurs (15 ans +)</p> <p>Problème de consommation – prostitution (15-30 ans)</p> <p>Dépression majeure (23 ans) – hospitalisation</p> <p>Diagnostics - bipolarité et trouble d'anxiété généralisée</p> <p>Diagnostic du trouble de personnalité limite (30 ans)</p>
Mélanie	<p>Famille dysfonctionnelle – négligence émotionnelle</p> <p>Violence physique et verbale du père</p> <p>Rejet et sarcasme de la part de sa mère</p> <p>Divorce de ses parents – déménagement (13 ans)</p> <p>Naissance du premier enfant – anorexie de grossesse (15 ans)</p> <p>Naissance du deuxième enfant (18 ans)</p> <p>Voies de fait sur son ex-conjoint (18 ans)</p> <p>Médication – réduire l'agressivité (18 ans +)</p> <p>Dépression majeure (29-31 ans)</p> <p>Diagnostic du trouble de personnalité limite (31 ans)</p>

Tableau 4

*Données d'entrevues – événements marquants associés au vécu personnel (suite)*

Sujet	Événements
Martine	<p>Surprotection de la part de sa mère</p> <p>Intimidation à l'école – surplus de poids (8-12 ans)</p> <p>Décrochage scolaire – problème de consommation – vie festive (18 ans)</p> <p>Dépression majeure – (22 ans) – trouble d'anxiété généralisée</p> <p>Prise de médication importante – bipolarité (22 ans)</p> <p>Avortement (26 ans)</p> <p>Diagnostic du trouble de personnalité limite (28 ans)</p>
Marianne	<p>Mépris de la part de son père – conflit majeur</p> <p>Déménagement (13 ans) – intégration difficile</p> <p>Problème de consommation (15-20 ans)</p> <p>Suivi médical pour état dépressif (18 ans)</p> <p>Suivi médical pour un trouble alimentaire et anxiété (23 ans +)</p> <p>Relation amoureuse toxique (18-24 ans)</p> <p>Avortement (31 ans)</p> <p>Dépressions majeures (33-37 ans)</p> <p>Diagnostic du trouble de personnalité limite (39 ans)</p>
Monica	Aucune donnée

La comparaison des données nous permet de voir qu'il y a eu une forme de négligence physique (violence physique et abus sexuels) ou émotionnelle (mépris, rejet et sarcasme) pour trois sujets (Marjolaine, Mélanie et Marianne) en plus de repérer un mode relationnel de surprotection, possiblement nuisible, pour l'une d'entre elles (Martine). Que ce soit au niveau de l'enfance ou de l'adolescence, on remarque la présence de conflits familiaux qui perdurent dans le temps. Chez Marjolaine, les fugues et le placement dans une école de réforme laissent croire en des relations

interpersonnelles plutôt perturbées. Pour Mélanie, Marianne, Mireille et même Martine, les tensions existantes avec un parent ou les deux sont critiques et amènent à penser que la construction d'un sens du soi, à travers le regard du parent, a possiblement été un enjeu de taille. Chez la plupart d'entre elles, on retrouve des comportements qui s'apparentent à une forme d'exutoire leur permettant de se soulager, de se débarrasser ou de se libérer de quelque chose. Par exemple, chez Marjolaine, Marianne, Mireille et Martine, on constate une problématique de consommation qui s'installe assez tôt et qui amène son lot de conséquences. On retrouve également, des événements chargés en émotions comme des naissances et des avortements qui laissent une empreinte joyeuse ou douloureuse dans la vie de certaines d'entre elles. D'autres éléments tels, la prostitution, la vie festive, le décrochage scolaire, les fugues et même la tentative de suicide de Marjolaine à 11 ans, s'inscrivent dans un scénario qui s'apparente à des comportements de fuite. Ceux-ci semblent être associés à un trouble de régulation émotionnelle ou à des tentatives pour réguler l'intensité d'un affect.

Pareillement, ce qui ressort d'intéressant dans le portrait global, c'est la présence d'événements déclencheurs qui semblent avoir provoqué des comportements problématiques dans le parcours de vie ultérieur de ces sujets. Deux d'entre elles (Mélanie et Marianne) ont vécu un déménagement qui a laissé des conséquences pénibles en lien avec la réintégration sociale qui a suivi. En ce qui concerne Mireille, elle a dû s'adapter au fait de perdre subitement son père (par suicide), d'être séparée de sa mère pour aller vivre une expérience, durant une période de 2 ans à l'extérieur de la

région, une expérience qui fut particulièrement troublante aux Grands Ballets. Marjolaine a subi malencontreusement des agressions sexuelles de la part de son beau-frère durant 2 ans. Pour Martine, l'intimidation en milieu scolaire ressort comme un élément difficile de son enfance à cause des effets de solitude et d'isolement qu'elle a subis durant cette période. Aussi, un autre aspect important à considérer, pour quatre d'entre elles, concerne la prise de médicaments qui est survenue hâtivement dans leur trajectoire de vie, et ce, pour stabiliser l'humeur. Encore aujourd'hui, toutes ces personnes sont médicamentées pour soutenir leur bien-être physique et psychologique. Somme toute, on retrouve également, pour chaque cas, un ou des épisodes de dépression majeure à l'âge adulte. La plupart ont reçu un diagnostic du TPL vers l'âge de 30 ans. Par contre, Marjolaine et Marianne ont été diagnostiquées plus tardivement à cause de la présence et des conséquences d'autres troubles en comorbidité.

**Facettes de la détresse psychologique qui laissent croire que ces personnes disposent de peu de moyens pour communiquer et gérer leur vulnérabilité émotionnelle**

Cette section présente un résumé des principaux résultats associés aux différents instruments de mesure qui ont permis de répondre à la deuxième question de recherche spécifique.

**DIB-R : fonctionnement adaptatif actuel**

Le Tableau 5 présente un résumé des principaux symptômes selon quatre dimensions et nous informe sur la façon dont les sujets se sont sentis, ont pensé et se

sont comportés pendant les 2 dernières années. Ces sources informations sont d'une richesse inouïe au plan clinique car, en plus d'avoir une importance diagnostique, elles illustrent jusqu'à quel point des sentiments déplaisants et dérangeants produisent une forme d'inconfort émotionnel ou mental. Afin de réaliser un portrait global en vue de produire des analyses croisées, les principales données, ressortant de manière significative dans les analyses intra-sites, seront mises à contribution. On doit noter ici qu'aucune donnée n'a été considérée, concernant le cas de Monica, puisqu'elle a mis fin à sa participation au début de la deuxième rencontre du processus.

En tout premier lieu, on retrouve pour les affects chez tous les sujets, la présence d'états émotionnels qui se traduisent par de la dépression, par de l'anxiété et par des aspects dysphoriques. Concrètement, cela veut dire que des sentiments de perte d'espoir, d'impuissance, d'indignité et de culpabilité sont omniprésents au niveau de leur fonctionnement adaptatif actuel de même que sont présents plusieurs symptômes somatiques (tremblements, palpitations et migraines) ou des peurs irrationnelles associés à un haut niveau d'anxiété. Chez tous les sujets, on constate également que des aspects dysphoriques sont manifestement présents tels des sentiments intenses de vide intérieur, de l'ennui ou de la tristesse. Le sentiment de colère est pareillement présent chez la plupart, mais il s'exprime de différentes façons soit par des crises, de la rage, du sarcasme ou elle est retournée contre soi.



Tableau 5

*DIB-R – repères diagnostiques et symptômes associés au fonctionnement adaptatif actuel (au cours des 2 dernières années)*

Sujet	Affect	Cognitions	Actes impulsifs	Relations interpersonnelles
Marjolaine	Dépression : impuissance Colère : envers elle-même Anxiété : obsessions Aspects dysphoriques : vide intérieur, ennui	Pensées bizarres : a un sixième sens – lui permet de capter l'énergie des autres Expériences perceptuelles inhabituelles : sentir la présence de son ex-conjoint décédé Expériences psychotiques : pense qu'une maladie grave va arriver bientôt	Automutilations : baignoire, eau très chaude – brûlure Autres actes impulsifs : conduites dangereuses, dépenses inconsidérées	Refuse de dépendre des autres Relations harmonieuses avec ses proches (fils) Nombreuses disputes avec son chum Aime sa solitude
Mireille	Dépression : très déprimée Anxiété : peurs irrationnelles Aspects dysphoriques : ennui, vide intérieur	Pensées bizarres : troisième œil et sixième sens – lui permet d'observer les gens et de les ressentir Modes de pensées persécutoires non délirants : méfiance	Déviance sexuelle Autres actes impulsifs : dépenses inconsidérées	Sentiment de solitude Peur de perdre son Identité : se sent étouffée Craint d'être abandonnée

Tableau 5

*DIB-R – repères diagnostiques et symptômes associés au fonctionnement adaptatif actuel (au cours des 2 dernières années; suite)*

Sujet	Affect	Cognitions	Actes impulsifs	Relations interpersonnelles
Mélanie	Dépression : sentiments de ne rien valoir, impuissance	Pensées bizarres : pense avoir un mauvais sort	Autres actes impulsifs : conduites dangereuses et menaces, coups, bris de matériel, hurlements	Contact peu fréquent avec ses enfants
	Anxiété : peurs irrationnelles	Expériences perceptives inhabituelles : superstitieuse		Refuse catégoriquement toute forme d'aide
	Colère : sentiment de rage	Expériences psychotiques : pense qu'une maladie va lui arriver bientôt		Sentiment de solitude
Martine	Dépression : sentiment d'indignité, désespoir, impuissance	Modes de pensée persécutoires non délirants : peur du jugement des autres	Abus de substances toxiques : effet des médicaments	Intolérance à la solitude : déprime, ennui, vide
	Colère : crises	Expériences psychotiques : pense qu'une maladie grave va lui arriver bientôt	Automutilations : se frappe le visage	Se sent contrarié si les gens veulent l'aider
	Anxiété : migraines, palpitations		Menace de suicide : souvent	Nombreuses disputes avec son conjoint
	Aspects dysphoriques : vide intérieur		Autres actes impulsifs : dépenses inconsidérées, conduites dangereuses, hurlements	Dépendance à autrui, peur d'être abandonnée
	Autres : irritabilité, exaltation			Dévalorise les autres, très critique – manipulatrice

Tableau 5

*DIB-R – repères diagnostiques et symptômes associés au fonctionnement adaptatif actuel (au cours des 2 dernières années; suite)*

Sujet	Affect	Cognitions	Actes impulsifs	Relations interpersonnelles
Marianne	Dépression : impuissance, indigne	Pensées bizarres : très superstitieuse	Abus de substances : alcool	Intolérance à la solitude
	Colère : ironique, sarcastique	Modes de pensée persécutoires non délirants : méfiance, suspicion	Trouble alimentaire	Sentiment de déprime, anxiété, colère, vide
	Anxiété : palpitation, insomnie	Expériences psychotiques : pense qu'une maladie grave va lui arriver bientôt	Menaces de suicide	Craint d'être abandonnée
	Aspects dysphoriques : vide intérieur, ennui, solitude		Autres actes impulsifs : conduite dangereuse, crier, hausser le ton,	Se sent contrariée si les gens veulent l'aider
Monica				Nombreuses disputes avec amis et parents
	Dépression : sentiment de ne rien valoir	Aucune donnée	Aucune donnée	Aucune donnée
	Colère ( <i>a mis fin à l'entrevue</i> )			

Concernant la dimension des cognitions, la majorité des sujets présentent des pensées bizarres, des modes de pensées persécutoires ou des expériences psychotiques. Ces diverses variations de la pensée sont souvent justifiées, en ce qui concerne leur origine, par une trop forte sensibilité qui ont pour effet de ressentir, de flairer des phénomènes surnaturels ou encore, de deviner les idées des autres et de prêter des intentions de malveillance aux gens qu'ils rencontrent. Chez la majorité des sujets, un aspect qui ressort de façon particulière est relié au fait que ces derniers pensent et croient qu'une maladie grave va leur arriver dans un avenir rapproché.

La dimension de l'impulsivité ressort particulièrement de manière éloquente et elle se manifeste par des comportements inappropriés axés sur la tendance à agir rapidement sans penser aux conséquences de ses actions. Chez l'ensemble des sujets, on retrouve des actes impulsifs incarnés dans des comportements verbaux intempestifs, des dépenses massives inconsidérées, des recherches de sensations fortes ou des prises de risques irréfléchies sur la route. Des particularités concernant deux sujets (Marjolaine et Martine) sont notamment préoccupantes en ce qui concerne des comportements d'automutilations, de même que la présence fréquente et répétitive de menaces de suicide chez cette dernière. Selon la théorie, on sait que ces actes peuvent survenir suite à des événements vécus ou perçus comme négatifs et ont pour but d'évacuer une tension extrême. Deux participantes (Martine et Marianne) présentent aussi des comportements d'abus de substances, soient en lien avec l'effet d'une médication mal ajustée ou à cause d'un problème de consommation d'alcool.

Au niveau des relations interpersonnelles, on retrouve formellement chez trois sujets (Marjolaine, Martine et Marianne) le fait d'avoir de nombreuses disputes avec leurs amis ou leurs proches. On remarque également chez trois personnes (Mélanie, Martine et Marianne) le refus catégorique de toute forme d'aide et plus encore le fait de se sentir contrariée à l'idée même de se faire aider. Par ailleurs, trois personnes (Marjolaine, Mireille et Mélanie) semblent à l'aise avec le fait de vivre dans la solitude et même d'éprouver un certain plaisir à être seule à des moments bien précis alors que deux autres (Marianne et Martine) vivent de l'intolérance à la solitude en éprouvant de puissants sentiments d'ennui, de vide ou de déprime. Finalement, un autre point à souligner est que trois personnes (Mireille, Martine et Marianne) craignent intensément et fortement d'être abandonnées par leurs proches.

### **SCL-90-R : détresse psychologique**

Le Tableau 6 présente un résumé des comportements symptomatiques associés à la détresse psychologique éprouvée au cours des sept derniers jours précédents. Ces résultats sont particulièrement intéressants et significatifs car ils font ressortir, concrètement, des indices de détresse selon diverses échelles symptomatiques. Pour l'ensemble des sujets, on retrouve, de manière unanime, les échelles de dépression et d'anxiété. Les principaux symptômes rattachés à la dépression sont entre autres choses, les pleurs, le cafard, le manque d'énergie, le sentiment de tristesse ou le sentiment de désespoir face à l'avenir. Quant à l'anxiété, on constate la présence de symptômes comme de la nervosité, des états

de tension et de surexcitation, des tremblements intérieurs ou des tendances à être effrayé sans raison.

Tableau 6

*SCL-90-R – comportements symptomatiques associés à la détresse psychologique (au cours des 7 derniers jours)*

Sujet	Échelles symptomatiques
Marjolaine	<p>Somatisation – douleur à la poitrine, engourdissement dans certaines parties du corps, douleurs musculaires, difficulté respiratoire</p> <p>Dépression – manque d’énergie, sentiment de tristesse, sentiment que tout est un effort</p> <p>Anxiété – nervosité état de tension et de surexcitation</p> <p>Hostilité – colère exprimée par le fait de se disputer souvent, facilement irritée ou contrariée</p> <p>Psychotisme – obsession extrême à l’idée que quelque chose de grave affecte son corps</p>
Mireille	<p>Dépression – pleure facilement, inquiétude pour tout, sentiment de ne rien valoir, se culpabilise pour certaines choses, sentiment de solitude</p> <p>Anxiété – nervosité, impression de tremblements intérieurs, état de tension et de surexcitation, tendance à être effrayé sans raison</p> <p>Somatisation – maux de tête, nausées, engourdissement, sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps, douleur à la poitrine</p> <p>Obsession-compulsion – trouble de mémoire, sentiment d’être bloquée pour compléter des tâches, difficulté à prendre des décisions</p> <p>Sensibilité interpersonnelle – tendance à se sentir facilement blessée, sentiment d’infériorité envers les autres</p> <p>Psychotisme – sentiment de solitude même en compagnie d’autres personnes</p>

Tableau 6

*SCL-90-R – comportements symptomatiques associés à la détresse psychologique (au cours des 7 derniers jours; suite)*

Sujet	Échelles symptomatiques
Mélanie	<p>Somatisation – étourdissement, serrement de gorge, douleurs musculaires, sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps</p> <p>Dépression – sentiment de solitude, culpabilité pour certaines choses, inquiétude pour tout, se sent sans espoir face à l’avenir</p> <p>Anxiété – impression de tremblements intérieurs, nervosité, attitudes craintives, battements très forts du cœur</p> <p>Hostilité – crises de colère incontrôlables, envie de frapper, de blesser, de faire du mal à quelqu’un, crier, lancer des objets</p> <p>Sensibilité interpersonnelle – sentiment d’embarras face aux autres, sentiment que les autres ne la comprennent pas</p> <p>Idéation paranoïde – impression que ce sont les autres qui sont responsables de ses problèmes, ne peut faire confiance à la plupart des gens</p> <p>Psychotisme – l’idée que... quelque chose ne va pas dans sa tête, quelqu’un contrôle ses pensées, quelque chose de grave affecte son corps</p>
Martine	<p>Dépression – sentiment de manquer d’énergie, pleure facilement, se culpabilise pour certaines choses, manque d’intérêt pour tout</p> <p>Sensibilité interpersonnelle – tendance à se sentir facilement blessée, sentiment que les autres ne la comprennent pas</p> <p>Anxiété – battements très fort ou très rapides du cœur, nervosité, impression de tremblements intérieurs, sentiment de tension</p> <p>Obsession - compulsion – pensées désagréables incessantes dont elle ne peut se débarrasser, difficulté à se concentrer</p> <p>Somatisation – maux de tête, faiblesses ou étourdissements, nausées, maux d’estomacs, douleurs musculaires</p> <p>Hostilité – tendance à se sentir facilement agacée ou contrariée et peut faire des crises incontrôlables</p> <p>Psychotisme – sentiment de solitude même en compagnie d’autres personnes, l’idée que quelque chose ne va pas dans sa tête</p>

Tableau 6

*SCL-90-R – comportements symptomatiques associés à la détresse psychologique (au cours des 7 derniers jours; suite)*

Sujet	Échelles symptomatiques
Marianne	<p>Obsession-compulsion – troubles de mémoire, pensées désagréables incessantes dont elle ne peut se débarrasser</p> <p>Anxiété – sentiment de tension ou de surexcitation, agitation qui l’empêche de rester en place</p> <p>Dépression – diminution du plaisir ou de l’intérêt sexuel, sentiment de manquer d’énergie ou de fonctionner au ralenti</p> <p>Sensibilité interpersonnelle – sentiment que les autres ne l’aiment pas, Tendance à se sentir facilement blessée ou à critiquer les autres</p> <p>Idéation paranoïde – sentiment d’être observée ou que l’on parle d’elle, sentiment que les gens profitent d’elle</p> <p>Somatisation – douleurs dans le bas du dos, nausées, maux d’estomac, douleurs musculaires</p>
Monica	<p>Sensibilité interpersonnelle – se sent facilement blessée, sentiment que les autres ne la comprennent pas, tendance à critiquer les autres</p> <p>Idéation paranoïde – impression que ce sont les autres qui sont responsables de ses problèmes, ne peut faire confiance à la plupart des gens</p> <p>Hostilité – se sent facilement agacée ou contrariée, peut faire des crises incontrôlables, se laisse facilement entraîner dans des discussions</p> <p>Dépression – pleure facilement, se culpabilise pour certaines choses, a le cafard, a l’impression que tout est un effort</p> <p>Anxiété – est effrayée sans raison, attitudes craintives, sentiment de tension ou de surexcitation, agitation qui l’empêche de rester en place</p>

De plus, on remarque des symptômes de somatisation, de psychotisme, de sensibilité interpersonnelle et d’hostilité. Cela est d’ailleurs particulièrement représentatif pour la majorité des sujets. D’abord, les principaux symptômes associés à la somatisation se traduisent par des étourdissements, des serremments de gorge, des douleurs musculaires, des maux de tête ou des difficultés respiratoires. L’échelle de psychotisme évoque, quant à



elle, des sentiments de solitude même en compagnie d'autres personnes ou l'idée que quelque chose ne tourne pas rond dans la tête ou que quelque chose affecte gravement le corps. Les symptômes associés à la sensibilité interpersonnelle s'incarne dans la tendance à se sentir facilement blessée, à avoir le sentiment que les autres ne les comprennent pas ou à avoir un sentiment d'infériorité envers les autres. L'échelle d'hostilité est pareillement signifiante, et ce, par le déploiement d'une panoplie de comportements récurrents tels des crises de colère, le fait de se sentir facilement irritée ou contrariée ou même d'éprouver l'envie de frapper, de blesser ou de faire du mal à quelqu'un. Enfin, chez trois personnes, on retrouve des symptômes associés aux échelles d'obsession-compulsion et d'idéation paranoïde. Les symptômes associés à l'obsession-compulsion révèlent par exemple, des pensées désagréables incessantes dont la personne ne peut se débarrasser, des troubles de mémoire ou des difficultés à se concentrer. L'idéation paranoïde se traduit, entre autres choses, par le fait de ne pas faire confiance à la plupart des gens, que les autres sont responsables des problèmes qui surviennent, d'avoir le sentiment d'être observé ou de faire parler de soi.

### **EDRE : régulation des états émotionnels**

Le Tableau 7 présente les aspects qui ressortent significativement et qui représentent une difficulté actuelle de la régulation émotionnelle. Une brève explication et quelques exemples sont donnés pour opérationnaliser chacune de ces difficultés. Pour ce qui est du portrait global, la majorité des sujets semblent avoir un accès limité à des stratégies

de régulation émotionnelles et présentent des difficultés à adopter des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives.

Tableau 7

*EDRE – évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions*

Sujet	Dimensions
Marjolaine	<p>Difficultés à contrôler ses comportements impulsifs – se laisse submerger par ses émotions</p> <p>Difficultés à s'engager dans des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives – difficulté à faire son travail</p> <p>Manque de clarté émotionnelle – difficulté à comprendre ses émotions</p>
Mireille	<p>Manque d'acceptation émotionnelle – se sent mal à l'aise ou s'en veut lorsqu'une situation la bouleverse</p> <p>Accès limité à des stratégies de régulation des émotions – croit qu'elle va tomber en dépression lorsqu'une situation la bouleverse</p> <p>Difficulté à engager des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives – difficulté à faire son travail ou à se concentrer sur autre chose</p> <p>Manque de conscience émotionnelle (habileté) – prête attention à ce qu'elle ressent, est à l'écoute de ses émotions</p>
Mélanie	<p>Difficulté à contrôler des comportements impulsifs – se laisse submerger par ses émotions, impression de perdre le contrôle de soi-même</p> <p>Difficulté à engager des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives – difficulté à faire son travail</p> <p>Accès limité à des stratégies de régulation des émotions – croit qu'elle va tomber en dépression lorsqu'une situation la bouleverse</p> <p>Manque de conscience émotionnelle (habileté) – prête attention à ce qu'elle ressent, croit que ses émotions sont valables</p> <p>Manque de clarté émotionnelle (habileté) – sait clairement et exactement ce qu'elle ressent</p>

Tableau 7

*EDRE – évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions (suite)*

Sujet	Dimensions
Martine	Manque d'acceptation émotionnelle – honte de sentir émotive lorsqu'une situation la bouleverse, se sent coupable, s'en veut
	Difficulté à contrôler des comportements impulsifs – se laisse submerger par ses émotions, impression de perdre le contrôle de soi-même
	Manque de clarté émotionnelle – difficulté à comprendre ses émotions, ne sait pas trop ce qu'elle ressent
	Difficulté à engager des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives – difficulté à faire son travail
	Accès limité à des stratégies de régulation des émotions – se sent envahi par ses émotions lorsqu'une situation la bouleverse
	Manque de conscience émotionnelle – ne prête pas attention à ce qu'elle ressent, n'est pas à l'écoute de ses émotions
Marianne	Manque d'acceptation émotionnelle – honte de se sentir émotive lorsqu'une situation la bouleverse, se sent coupable, s'en veut
	Accès limité à des stratégies de régulation des émotions – croit qu'elle va tomber en dépression lorsqu'une situation la bouleverse
	Manque de conscience émotionnelle (habileté) – prête attention à ce qu'elle ressent, est à l'écoute de ses émotions
	Manque de clarté émotionnelle (habileté) – sait clairement et exactement ce qu'elle ressent
Monica	Difficultés à contrôler des comportements impulsifs – ne maîtrise plus ses comportements lorsqu'une situation la bouleverse
	Accès limité à des stratégies de régulation émotionnelle – croit qu'elle va tomber en dépression lorsqu'une situation la bouleverse
	Difficulté à engager des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives – difficulté à penser à faire son travail
	Manque de conscience émotionnelle (habileté) – prends le temps de comprendre ce qu'elle ressent

Concrètement, l'accès limité à des stratégies de régulation suppose que ces personnes ont de la difficulté à avoir recours à des stratégies perçues comme efficaces

selon certains facteurs contextuels. Par exemple, lorsqu'une situation les bouleverse, certaines d'entre elles se sentent envahies par leurs émotions ou croient qu'elles vont tomber en dépression. Ces personnes présentent également des difficultés à engager des comportements orientés vers un but particulièrement en présence d'émotions négatives. Cela suppose qu'elles ont par exemple de la difficulté à réaliser leur travail ou à se concentrer sur autre chose. La plupart éprouvent aussi des difficultés à contrôler des comportements impulsifs c'est-à-dire de s'abstenir de tout comportement d'impulsivité en présence d'émotions négatives. À cet égard, ces sujets se laissent submerger par leurs émotions ou ont l'impression de perdre le contrôle d'eux-mêmes lors de situations bouleversantes. La moitié des sujets éprouvent un manque d'acceptation émotionnelle en présence d'émotions négatives. Cela peut se traduire notamment par de la culpabilité ou de la honte concernant le fait de se sentir émotive lorsqu'une situation se révèle stressante. Un dernier aspect est à préciser, à propos de la dimension du manque de conscience émotionnelle est, qu'à l'inverse, la plupart de ces sujets ont plutôt une habileté à reconnaître leurs propres émotions tout en étant capable de les différencier de celles des autres. Finalement, pour le manque de clarté émotionnelle, qui correspond à une faible compréhension de ses émotions, deux personnes ont de la difficulté à comprendre leurs émotions ou à ne pas savoir clairement ce qu'elles ressentent. Par contre, pour cette même dimension, deux autres personnes se sentent plutôt habiles à comprendre leurs émotions et à savoir exactement ce qu'elles ressentent.

### **Perception du vécu émotionnel durant l'enfance**

Le Tableau 8 présente d'une part, les résultats de la première partie du questionnaire faisant référence aux comportements parentaux empathiques (a), c'est-à-dire à la capacité des parents à répondre aux besoins émotionnels de leur enfant et ce, selon la perception du répondant. Les pratiques parentales dites « disqualifiantes » (b) sont également évaluées, toujours selon la perception du répondant, quant à la capacité des parents d'accueillir les émotions par un discours et des attitudes de protection. Dans la première partie du questionnaire, la moitié des sujets ont la perception que leur mère avait la capacité de reconnaître le vécu et les besoins émotionnels de leur enfant et qu'elle manifestait un discours et des attitudes de protection à leur égard. Pour l'autre moitié, c'est tout à fait l'inverse. Les participantes soulignent l'ambivalence ou les difficultés majeures à répondre aux besoins émotionnels de l'enfant en adoptant des attitudes ou discours axés sur la dévalorisation, le sarcasme et le mépris. En ce qui est de la perception pour les mêmes dimensions à l'égard du père, la moitié affirme que la reconnaissance du vécu émotionnel était défailante, de même qu'il y avait une incapacité à accueillir les émotions, et ce, par de l'indifférence ou du rejet.

D'autre part, les résultats de la deuxième partie du questionnaire font référence à la perception du style familial selon trois types d'environnement invalidants (typique, parfaite et chaotique) et un type d'environnement validant. Selon la perception des participantes, deux d'entre elles et une autre (perception associée seulement du côté de

la mère) ont conservé une représentation positive en lien avec un type d'environnement qualifié de validant.

Par ailleurs, trois participantes et une autre (perception associée seulement du côté du père) ont conservé une représentation plutôt négative du style familial par rapport aux trois types d'environnement familial par des indices élevés qui suggèrent l'invalidation du vécu émotionnel.

Tableau 8

*ICES – perception du vécu émotionnel durant l'enfance*

Sujet	Partie 1				Partie 2
	Comportements empathiques parentaux (a) Reconnaissance de l'état émotionnel		Pratiques parentales disqualifiantes (b) Discours et attitudes dévalorisantes		Perception globale du style familial (typique, chaotique et parfaite)
	Mère	Père	Mère	Père	
Marjolaine	Difficulté à répondre aux besoins émotionnels	Présence chaleureuse et attentionnée	Incapacité d'accueillir les émotions – dévalorisation, sarcasme	Sensibilité et ouverture face vécu émotionnel	Indices élevés d'invalidation du vécu émotionnel pour les trois types d'environnements familiaux
Mireille	Capacité d'écoute et de compréhension de l'état émotionnel	Aucune donnée (décès du père)	Sensibilité et ouverture face au vécu émotionnel	Aucune donnée (décès du père)	Perception globale positive en lien avec un type d'environnement validant le vécu émotionnel

Tableau 8

*ICES – perception du vécu émotionnel durant l'enfance (suite)*

Sujet	Partie 1				Partie 2
	Comportements empathiques parentaux (a) Reconnaissance de l'état émotionnel		Pratiques parentales disqualifiantes (b) Discours et attitudes dévalorisantes		Perception globale du style familial (typique, chaotique et parfaite)
	Mère	Père	Mère	Père	
Mélanie	Difficulté majeure à répondre aux besoins émotionnels – incompréhension	Difficulté majeure à répondre aux besoins émotionnels – colère, violence	Incapacité d'accueillir les émotions – sarcasme, mépris	Incapacité d'accueillir les émotions – indifférence, rejet	Indices élevés d'invalidation du vécu émotionnel pour les trois types d'environnements familiaux
Martine	Capacité d'écoute et de compréhension de l'état émotionnel	Présence et soutien face aux besoins exprimés	Sensibilité et ouverture face au vécu émotionnel	Ouverture face vécu émotionnel	Perception globale positive en lien avec un type d'environnement validant le vécu émotionnel

Tableau 8

*ICES – perception du vécu émotionnel durant l'enfance (suite)*

Sujet	Partie 1				Partie 2
-------	----------	--	--	--	----------



	Comportements empathiques parentaux (a) Reconnaissance de l'état émotionnel		Pratiques parentales disqualifiantes (b) Discours et attitudes dévalorisantes		Perception globale du style familial (typique, chaotique et parfaite)
	Mère	Père	Mère	Père	
Marianne	Capacité d'écoute et de compréhension de l'état émotionnel	Difficulté importante à répondre aux besoins émotionnels – mépris	Sensibilité et ouverture face au vécu émotionnel	Incapacité d'accueillir les émotions – indifférence	Perception en lien avec le père : indices élevés d'invalidation du vécu émotionnel pour les trois types d'environnements familiaux  Perception en lien avec la mère : perception globale positive en lien avec un type d'environnement validant le vécu émotionnel
Monica	Ambivalence face à la capacité de répondre aux besoins émotionnels	Ambivalence face à la capacité de répondre aux besoins émotionnels	Incapacité d'accueillir les émotions	Incapacité d'accueillir les émotions	Indices élevés d'invalidation du vécu émotionnel pour deux types d'environnements familiaux – parfaite et chaotique

## Discussion

Cette thèse repose sur la prémisse que le trouble de personnalité limite est une psychopathologie envahissante qui engendre une grande détresse personnelle et affecte particulièrement des personnes sensibles et vulnérables. Dans cette étude, une des cibles importantes était d'en arriver à circonscrire le fonctionnement adaptatif de ces sujets et de comprendre le phénomène de détresse émotionnelle qui semblait être associé à leur vécu personnel. En outre, le but de la recherche était d'illustrer jusqu'à quel point les sujets aux prises avec un TPL étaient porteurs d'une détresse émotionnelle et que leur histoire personnelle, lorsqu'elle était bien analysée et mieux recadrée, pouvait apporter un éclairage différent et des pistes d'intervention pouvant contribuer à la compréhension de l'expérience subjective de ceux-ci. Désirant en savoir davantage sur ce phénomène de détresse qui semblait intrinsèque à leur fonctionnement, la question générale a été formulée d'une part, pour mettre en perspective les éléments ou les événements qui semblaient avoir organisés ou bouleversés leur vécu personnel. D'autre part, il était également nécessaire de cibler et de comprendre les caractéristiques associées à leur fonctionnement adaptatif qui nous laissaient croire que celles-ci étaient porteuses d'une détresse émotionnelle et qu'elles éprouvaient des difficultés évidentes à gérer ou à communiquer leurs émotions. Pour les fins de cette recherche, l'opérationnalisation de ces composantes s'avérait capitale pour tenter de comprendre, dans une certaine mesure, les enjeux thérapeutiques auxquels les intervenants étaient confrontés et qui aboutissaient souvent à des impasses relationnelles.

La richesse et la pertinence des données émergeant des entrevues ainsi que des différents instruments de mesure ont permis de dégager des conclusions intéressantes et révélatrices en lien avec la problématique identifiée. Comme première vue d'ensemble, les résultats démontrent clairement que ces personnes sont aux prises avec un problème d'instabilité émotionnelle important et qu'un éventail de stratégies comportementales à risque confirme leur difficulté à gérer une souffrance intérieure (Grosjean, 2012; Linehan, 1993; Paris, 2015; Pearson, 2010). La reconstitution des événements associés au vécu personnel de chaque participante a permis, sous forme de récit, de mettre en perspective des éléments qui semblaient avoir une portée significative dans le parcours de vie de ces personnes. Cette première étape a permis d'identifier, en référence avec la première question spécifique de cette recherche, des aspects ou des événements marquants qui ont semblé jouer un rôle dans l'organisation d'un dysfonctionnement émotionnel de ces sujets. La compilation des résultats nous montre clairement que des événements particuliers émergents d'un environnement familial dysfonctionnel (abus sexuel, négligence émotionnelle, mépris et rejet) ont pu causer des dommages importants et contribuer au développement de la pathologie limite (Frank & Paris, 1981; Paris & Frank, 1989). Les données démontrent également, pour la majorité des sujets, que les conflits familiaux ont perduré dans le temps et semblent avoir exacerbés la vulnérabilité émotionnelle de ceux-ci. La plupart d'entre eux se sont compromis dans des comportements à risque (fugue, prostitution, consommation et vie festive) pour possiblement apaiser ou réguler l'intensité de certains affects. On retrouve chez tous les sujets la prise d'une médication hâtive dans leur trajectoire développementale en plus de

constater un ou des épisodes de dépression majeure à l'âge adulte. L'assemblage de ces données, qui ne représentent qu'une parcelle des informations contenues dans les études de cas de cette thèse, mettent en perspective une bonne illustration de l'expérience subjective de ces sujets et contiennent des vérités significatives que chaque personne a bien voulu partager de son récit de vie lors de la cueillette de données. On ne peut passer sous silence, ici, un des premiers enjeux fondamentaux pour accompagner des personnes aux prises notamment avec une détresse émotionnelle, soit celui de créer un environnement dans lequel l'expression de l'expérience subjective peut se déployer librement et où le dialogue thérapeutique peut se s'établir de façon efficace (Lecomte & Richard, 2003). Or, la véritable posture d'écoute empathique, qui consiste à voir le monde intérieur et intime de la personne comme si c'était le sien, peut encourager un dialogue permettant de saisir et de transformer l'expérience souffrante de ces personnes en rendant signifiante leur expérience partagée (Lecomte & Richard, 2003; Orange, 1995). Pour les fins de cette recherche, le fait d'avoir eu accès au récit de vie d'un certain échantillon de ces personnes aux prises avec un TPL fut un privilège exceptionnel car cette démarche a permis de mettre en lumière l'importance déterminante de l'expérience subjective de ces personnes et d'entrevoir l'ampleur et la complexité de cette pathologie.

D'autre part, les résultats recensés pour répondre à la deuxième question de recherche spécifique ont procurés également des explications fortes et éclairantes permettant de circonscrire les caractéristiques du fonctionnement adaptatif de ces sujets.

De fait, les différents instruments de mesure ont permis d'opérationnaliser, de manière concrète, une facette de la détresse psychologique éprouvée par ces sujets en plus de nous donner plusieurs indications sur la façon dont ils communiquaient et géraient leurs états émotionnels. Pour mieux saisir les facettes de cette détresse, quatre catégories correspondant au but de chaque instrument de mesure, ont été façonnées pour mesurer le fonctionnement adaptatif actuel de ces personnes, la régulation de leurs états émotionnels, leur détresse psychologique et la perception de leur vécu émotionnel durant l'enfance.

Hors de tout doute, les résultats émergeant de ces quatre instruments de mesure viennent corroborer les particularités de plusieurs comportements qualifiés de pathologiques, et ce, en lien direct avec le fonctionnement adaptatif de ces personnes. En guise de survol, l'entretien semi-structuré (DIB-R) a permis d'apporter des informations singulières puissantes au plan clinique en examinant quatre dimensions concernant les affects, les cognitions, les actes impulsifs et les relations interpersonnelles. La pertinence de ces données a permis d'illustrer, généreusement chez ces sujets, une indisposition émotionnelle ou un inconfort mental qui vient influencer directement le fonctionnement adaptatif de ceux-ci. L'apport des résultats, en lien avec l'échelle des difficultés de régulation des émotions (EDRE), a permis également d'identifier de manière significative, des dimensions critiques qui traduisaient des états émotionnels perturbés chez ces sujets de même qu'une problématique manifeste de régulation émotionnelle. Les analyses de cas croisées ont mis aussi en évidence des indices considérables de

détresse psychologique (SCL-90-R) chez tous les sujets en faisant ressortir concrètement les comportements symptomatiques problématiques qui y étaient associés. Puis, la perception du vécu émotionnel expérimenté durant l'enfance (ICES) a offert, en complément, une appréciation qualitative globale du type d'environnement permettant de constater que l'expression des émotions et des expériences personnelles ont été reconnues par certains, mais aussi ignorées, punies ou dévalorisées par d'autres. Or, ce bilan nous confirme formellement que ces personnes sont aux prises avec une vulnérabilité émotionnelle véritable et flagrante, qu'elles ont des déficits importants dans leurs compétences à réguler leurs émotions et que toute forme d'accompagnement auprès d'elles peut être difficile et hasardeux parce que les symptômes de ce trouble, à eux seuls, présentent des défis majeurs (Habimana & Cazabon, 2012; Yalom, 1997).

Ce deuxième segment nous plonge inévitablement dans la complexité de ce trouble et nous mène à des enjeux particuliers. D'une part, on sait déjà que les besoins, les perceptions et les attentes de ces personnes varient considérablement selon leur histoire de vie relationnelle et que, malgré la sévérité et la chronicité des différents symptômes inhérents à cette pathologie, plusieurs intervenants ignorent ou sont incapables de comprendre les mécanismes psychologiques sous-jacents à la détresse vécue par ces personnes (Bessette, 2010; Laporte et al., 2014). D'autre part, on sait également que les personnes atteintes d'un TPL sont perçues par la majorité des professionnels de la santé mentale comme une clientèle très difficile à traiter (Cleary et al., 2002; Laporte et al., 2014; Prada et al., 2015) et qu'elles ont tendance à susciter envers le thérapeute, de

fortes réactions de contre-transfert négatif au plan relationnel à cause de leurs émotions intenses et de leur imprévisibilité comportementale (Aviram et al., 2006; Bessette, 2010).

Tout compte fait, pour travailler plus efficacement avec cette clientèle, les professionnels de la santé mentale ont besoin de développer une compréhension de la dynamique et de l'histoire du sujet dans le cadre de la relation thérapeutique et de faire appel absolument à un cadre de référence théorique pour diriger le traitement au lieu de répondre involontairement aux pressions de l'aidé (Bessette, 2012; Betan & Westen, 2009). En ce sens, le cadre conceptuel de l'intervenant fait partie des éléments cruciaux pour l'établissement de la distance psychologique nécessaire durant la phase de traitement (Bessette, 2012; Tansey & Burke, 1989) car celui-ci devra s'attendre, tôt ou tard, à des manifestations émotives intenses et chaotiques de la part des sujets à cause de la sévérité et de la chronicité des composantes pathologiques inhérentes à ce trouble.

Dans ce même ordre d'idée, un référentiel (Côté & Bouchard, 1997) a été proposé, dans l'introduction de cette thèse, afin que les intervenants puissent faire face à la complexité des mécanismes qui sont en jeu dans la création et la gestion du lien thérapeutique en contexte d'accompagnement et qu'ils puissent ajuster le plan de traitement auprès des personnes aux prises avec un TPL. En rappel, ce référentiel suggère de considérer la réalité objective en ayant comme point de mire, le niveau rationnel pour orienter l'intervention et pour mettre de l'ordre dans le tableau clinique souvent complexe et déroutant tel que présenté chez les patients limites. Ce référentiel



propose également de faire appel à la réalité subjective qui renvoie au niveau réactif et à la nécessité d'une forme de réflexion dans l'exécution de l'action thérapeutique. Les niveaux réactif et réflexif associés à la notion de subjectivité supposent que l'intervenant doit nécessairement cohabiter avec « l'expérience vécue » du sujet.

Dans le traitement des troubles de la personnalité, il est de la plus haute importance d'accorder une attention particulière à l'établissement et au maintien de l'alliance thérapeutique (Bessette, 2012). Avec cette clientèle, la création du lien thérapeutique se fait très lentement, progressivement, et exige de la persévérance, de l'engagement et des interventions spécifiques pour garantir une forme de progrès pouvant mener à des changements durables (Bender, 2005; Bessette, 2012; Campling, 1996; Masterson, 1990; Oldham, 2009; Spinhoven et al., 2007).

Toutefois, les recherches indiquent clairement que pour arriver à utiliser des techniques avec efficacité tout en tenant compte des caractéristiques de l'aidé, l'intervenant doit s'assurer de réguler sa propre expérience et la relation thérapeutique (Lecomte, 2010). À l'aide d'une position empathique-introspective, le thérapeute doit se mettre à l'écoute de ses propres indicateurs internes de régulation c'est-à-dire de se mettre en contact avec sa propre expérience subjective dans un contexte d'accompagnement intersubjectif. À la lumière de ce qui précède et au-delà d'un support théorique, l'intervenant qui est en relation avec une personne aux prises avec un TPL a besoin forcément d'un espace de réflexion pour considérer la régulation de ses propres

états internes et émotionnels de même que la régulation interactive entre lui et le client. Le défi consiste à tenter d'arrimer deux mondes subjectifs de façon productive et significative. En ce sens, les écrits sur la thérapie du trouble de personnalité limite encourage formellement le thérapeute à prendre conscience de son contre-transfert (ou de ses réactions émotionnelles) afin de le gérer efficacement au lieu de le minimiser, de l'ignorer et de donner à l'aidé l'étiquette de « client difficile » (Bessette 2012; Book, 1997; Davidtz, 2008; Galloway & Brodsky, 2003; Schumacher Finell, 1985).

Par ailleurs, compte tenu que les problèmes émotionnels sont au cœur de cette pathologie et que les difficultés en découlant interfèrent sérieusement avec le maintien et l'établissement d'une alliance thérapeutique solide, il peut être difficile pour le thérapeute de demeurer empathique (Bessette 2012; Muran et al., 2009). Ce faisant, le thérapeute doit être capable de distinguer ses propres sentiments de ceux du client et pour autoréguler son contre-transfert au lieu de l'agir, il se doit de parvenir à reconnaître, à accepter et à analyser les sentiments négatifs intenses qu'il vit et il doit aussi être apte à les démontrer de façon calme et posée au client (Bessette, 2012). Pour atteindre un plus grand accordage empathique, un dévoilement de soi et une honnêteté affective, s'appuyant sur une démarche introspective de ses propres enjeux personnels, peut permettre d'établir ou de restaurer un véritable dialogue thérapeutique en contexte d'accompagnement (Lecomte, 2010; Perlman, 1999). Maintenir une telle attitude dans des moments affectifs intenses, en particulier d'hostilité, représente sans doute, un des enjeux les plus complexes du processus d'intervention.

### **Limites et forces de l'étude**

Dans le cadre de cette recherche, la méthode de l'étude de cas a été utilisée pour mieux comprendre le phénomène de détresse émotionnelle qui apparaît comme un prototype associé inévitablement à l'histoire personnelle des personnes aux prises avec un TPL. Les études de cas sont des descriptions empiriques riches d'exemples particuliers d'un phénomène qui reposent généralement sur diverses sources de données (Yin, 1994). Elles ont généralement une forte validité interne car les phénomènes relevés sont des représentations authentiques de la réalité étudiée. Elles permettent d'intégrer les caractéristiques uniques de chaque cas et d'examiner des phénomènes complexes dans leur contexte réel. Par contre, la validité externe pose problème car une étude de cas peut difficilement être reproduite par un autre chercheur. De plus, une des principales limites, souvent relevées par certains chercheurs, vient du fait qu'elle présente des lacunes importantes quant à la généralisation des résultats. Cette critique laisse présager qu'il y a peu de chances d'avoir suffisamment d'autres cas exactement comparables pour rendre les conclusions applicables à toute une population. Toutefois, Flyvbjerg (2011) précise qu'il ne faut pas se désoler de cette faiblesse car le fait de rechercher à tout prix cette généralisation pourrait distraire le chercheur des éléments nécessaires pour bien comprendre le cas lui-même. Il ne faut pas oublier que l'étude de cas peut servir à raffiner une théorie ou à en établir les limites, en autant qu'elle soit empreinte de la rigueur dont fait preuve le chercheur dans la réalisation de chacune des étapes de la

recherche (Eisenhardt, 1989). Dans le cadre de cette recherche, le choix d'effectuer des études de cas créait une opportunité permettant de reconnaître la singularité des sujets rencontrés, de faire des liens avec d'autres situations cliniques, de développer de nouvelles façons de percevoir cette pathologie et de construire, le cas échéant, de nouvelles théories.

Une des principales limites identifiées dans cette recherche tient du fait que l'échantillon comportait seulement des femmes. Il aurait été particulièrement intéressant d'entendre le récit de vie d'au moins un homme aux prises avec un trouble de personnalité limite pour pouvoir circonscrire les particularités associées à la détresse émotionnelle masculine. Dans la littérature, on souligne, entre autres choses, que dans les groupes d'aide qui accueillent des hommes abusifs et violents, 40 % possèdent une structure de la personnalité borderline (Dutton, 2002).

Un autre aspect qui pourrait potentiellement être considéré comme une limite concerne la cueillette de données qui a été effectuée exclusivement par la chercheuse. La raison pour laquelle nous avons retenu cette façon de procéder tient du fait que les critères d'inclusion pour la participation à cette recherche étaient complexes et qu'il ne fallait surtout pas prendre le risque de perdre, par désistements, des candidates au cours de processus. D'ailleurs, il fallait considérer avec prudence, les particularités de plusieurs comportements qualifiés de pathologiques en lien avec le TPL et il ne fallait

pas perdre de vue que ces personnes éprouvaient de grandes difficultés à s'engager dans une démarche thérapeutique.

En contrepartie, on peut affirmer que cette recherche comporte des forces considérables. D'une part, cette étude a été réalisée avec un échantillon clinique composé de personnes ayant un diagnostic de TPL d'intensité modérée à sévère et qui avaient déjà un suivi actif dans une clinique spécialisée en santé mentale. Le choix de recruter de « véritables cas » pour répondre aux questions de recherche a permis de poser le regard sur une autre façon de considérer la complexité des mécanismes qui étaient en jeu dans la relation thérapeutique et d'induire une interprétation aux données rapportées en tenant compte du contexte dans lequel les événements s'étaient déroulés. Or, cette démarche, qui consistait à reconstituer des segments de vie à travers le regard et l'expérience de ces sujets, a permis de rejoindre ces personnes au cœur de leur réalité subjective, d'écouter ce qu'elles avaient d'unique à raconter, en ayant conscience d'avoir le privilège d'accéder au partage de leur profonde et unique intimité.

De plus, cette thèse a le mérite d'avoir apporté une contribution intéressante et pertinente dans le fait de fournir un modèle explicatif pour comprendre la détresse émotionnelle des personnes atteintes d'un TPL. L'idée de présenter un contexte théorique, en considérant sa pertinence et ses retombées éventuelles au plan clinique, était fondamentale dans la réalisation de cette thèse. En guise de référentiel, ces fondements théoriques avaient pour but de circonscrire la dynamique pathologique et

relationnelle de ces personnes aux prises avec ce trouble. Cet exposé intellectuel visait également à mieux comprendre les mécanismes psychologiques en action et qui allaient à l'encontre du développement d'une saine alliance thérapeutique. Considérant que la réponse aux besoins cliniques de cette clientèle était souvent inadéquate et menait à des dérapages importants dans le suivi thérapeutique, à cause du manque de connaissance des symptômes associés à cette pathologie (CNESM, 2017), cet apport théorique s'inscrit donc dans une volonté et une nécessité de rejoindre les intervenants afin qu'ils soient mieux équipés pour saisir les enjeux cliniques dissimulés qui surviennent en contexte d'accompagnement. Ces repères théoriques deviennent définitivement un incontournable car la psychothérapie du TPL pose un très grand défi sur le plan de la régulation émotionnelle et la mise en place d'interventions adaptées et basées sur les meilleures pratiques. Ce qui, en définitive, doit être considérées comme prioritaire et nécessaire dans l'offre de services.

## **Conclusion**

Une des cibles importantes de cette recherche était de fournir un modèle explicatif pour comprendre la détresse émotionnelle des personnes aux prises avec un TPL et de mettre en scène le caractère foncièrement humain de la problématique présentée. Le recours à l'étude de cas comme méthode de recherche a offert la possibilité d'investiguer, de façon systématique, un phénomène de l'intérieur et dans son contexte naturel (Gagnon, 2012). Dans le cadre de ce projet, les études de cas ont été généreuses car elles ont permis, dans une certaine mesure, de faire émerger un certain nombre d'énoncés généraux, à partir d'une procédure qui conjugue observations cliniques et théorie. Cette étude en arrive donc à présenter, en résumé, des points de repère pouvant aider les intervenants à développer une réflexion plus adaptée et une vision plus réaliste des enjeux entourant la relation d'aide auprès des personnes qui sont atteintes de cette pathologie.

Pour résumer certains aspects de cette démarche, il est plausible de croire que l'accompagnement d'une personne souffrant d'un trouble émotionnel peut se révéler particulièrement difficile et très exigeant, mais à un autre niveau, le fait de posséder une compréhension plus nuancée de la détresse psychologique de ces sujets peut faciliter grandement le processus d'aide. Aussi, la reconnaissance que ces personnes sont souvent en lutte avec elle-même et qu'elles cherchent des moyens pour diminuer leur souffrance peut permettre de recadrer plus adéquatement l'intention attribuée face aux



comportements inadaptés et amener les intervenants à apprivoiser la complexité de leur fonctionnement

adaptatif. Il est donc primordial que les intervenants en arrivent à se référer à des cadres conceptuels pour aborder, sous un angle plus objectif, la problématique du TPL afin d'entretenir des attentes plus réalistes envers l'aidé, mais aussi envers eux-mêmes.

Un autre aspect fondamental à considérer, avant même d'envisager la possibilité de mettre en place un changement concret dans les interactions, c'est d'amener les intervenants à modifier absolument leurs croyances et leurs émotions pour devenir efficaces face aux demandes de cette clientèle (Busque & St-Amour, 2010). Les professionnels de la santé mentale ont souvent une perception négative de cette pathologie et sa stigmatisation implique une dévalorisation globale de la personne qui dépasse celle des autres maladies mentales (Aviram et al., 2006; Bessette, 2012).

De plus, des recherches suggèrent également que le processus thérapeutique auprès des personnes aux prises avec un TPL se déploie particulièrement dans l'expérience de la subjectivité et de l'intersubjectivité des deux personnes concernées, surtout dans les moments difficiles. L'expérience d'accompagnement clinique peut devenir alors une entreprise relationnelle captivante dans la mesure où l'intervenant en arrive à conceptualiser la dynamique et les besoins de la personne aux prises avec un TPL, tout en étant capable de tolérer et de contenir des expériences émotionnelles intenses de l'autre et de soi, à partir d'une écoute et d'une compréhension unique de l'expérience subjective de l'aidé (Lecomte, 2010).

Par ailleurs, la théorie nous rappelle qu'il ne faut jamais perdre de vue que les personnes qui ont des pathologies de la personnalité mettent particulièrement à l'épreuve la maturité du thérapeute en ne répondant pas au traitement, en y réagissant de manière négative ou en communiquant leur exigence pour que l'intervenant en fasse plus (Book, 1997; Bessette, 2012). Pour travailler plus efficacement, les professionnels de la santé mentale doivent nécessairement apprendre à moduler des émotions intenses tout en développant des cadres de réflexion pour conceptualiser et comprendre les réactions émotionnelles et contre-transférentielles qui perturbent l'alliance thérapeutique, mais aussi, de bien être conscient de leur empathie et de leur engagement. En s'engageant dans un processus de conscience réflexive, les intervenants doivent en arriver à développer progressivement une connaissance de leurs modalités de régulation d'eux-mêmes et de régulation interactive pour mieux intervenir. Ainsi ils peuvent en arriver à développer leur propre sagesse clinique.

## Références

- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> éd.). Paris, France: Masson.
- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC: Auteur.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249-256. doi:10.1080/10673220600975121.
- Bender, D. S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(2), 73-87. doi:10.1097/00131746-200503000-00002
- Benoît, A., Leclerc, C., & Dulong, S. (2007). Perception des cliniciens en regard des personnes présentant un TPL. Dans R. Labrosse & C. Leclerc (Éds), *Trouble de personnalité limite et réadaptation : points de vue de différents acteurs* (pp. 1-13). Saint-Jérôme, QC: Éditions Ressources.
- Bergman, B., & Eckerdal, A. (2000). Professional skills and frame of work organization in managing borderline personality disorder. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 14(4), 245-252. doi:10.1111/j.1471-6712.2000.tb00592.x
- Bessette, M. (2010). Psychothérapie des troubles de la personnalité : quand l'impasse n'est pas du côté du client. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 87-116. doi:10.7202/1000555ar
- Bessette, M. (2012). *Changements dans la régulation du contre-transfert avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité après une supervision centrée sur la théorie de Masterson* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Betan, E. J., & Westen, D. (2009). Countertransference and personality pathology: Development and clinical application of the countertransference questionnaire. Dans R. A. Levy & J. S. Ablon (Éds), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 179-198). Totowa, NJ: Humana Press.

Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). Negative process: A recurrently discovered and underestimated facet of therapist process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 121-129.

- Book, H. E. (1997). Countertransference and the difficult personality-disordered patient. Dans I. D. Yalom & M. Rosenbluth (Éds), *Treating difficult personality disorders* (pp. 173-203). San Francisco, CA: Jossey Bass
- Bouvet, C., & Boudoukha, A. H. (2014). *22 grandes notions de psychologie clinique et de psychopathologie*. Paris, France: Dunod.
- Brodsky, B. S., Groves, S. S., Quendo, M. A., Mann, J. J., & Stanley, B. (2006). Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 313-322. doi:10.1521/suli.2006.36.3.313
- Busque, H., & St-Amour, D. (2010). Aimer et aider un proche qui souffre d'un TPL : la base d'un bon coffre à outils. Dans C. Leclerc (Éd.), *Trouble de personnalité limite et réadaptation : points de vue de différents acteurs* (pp. 1-43). Saint-Jérôme, QC: Éditions Ressources.
- Cailhol, L., Bouchard, S., Belkadi, A., Benkirane, G., Corduan, G., Dupouy, S., ... Guelfi, J.-D. (2010). Acceptabilité et faisabilité de la psychothérapie par les patients avec trouble de personnalité limite. *Annales médico-psychologiques*, 168(6), 435-439. doi:10.1016/j.amp.2009.06.020f
- Cailhol, L., Lesage, A., Rochette, L., Pelletier, É., Villeneuve, É., Laporte, L., & David, P. (2015). Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. *Institut national de santé publique du Québec*, 11, 1-20.
- Cailhol, L., & Ragonnet, C. (2013). Besoins ressentis des patients et des soignants quant à la prise en charge troubles de personnalité limite. *Annales médico-psychologiques*, 171(2), 100-103. doi:10.1016/j.amp.2012.06.025
- Campling, P. (1996). Maintaining the therapeutic alliance with personality-disordered patients. *Journal of Forensic Psychiatry*, 7(3), 535-550.
- Centre national d'excellence en santé mentale. (2017). *Cadre de référence. Offre de services de groupe pour troubles de la personnalité en contexte de 1<sup>re</sup> ligne santé mentale – le trouble de personnalité limite*. Repéré à [https://cnesm.org/wp-content/uploads/2017\\_CadreRefTPL\\_CNESM.pdf](https://cnesm.org/wp-content/uploads/2017_CadreRefTPL_CNESM.pdf)
- Cheval, S., Mirabel-Sarron, C., Guelfi, J.-D., & Rouillon, F. (2009). L'alliance thérapeutique avec les patients limite en thérapie cognitivo-comportementale. *Annales médico-psychologiques*, 167(5), 347-354. doi:10.1016/j.amp.2008.09.006

- Cleary, M., Siegfried, N., & Walter, G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(3), 181-191. doi:10.1046/j.1440-0979.2002.00246.x
- Cole, P. M., Llera, S. J., & Pemberton, C. K. (2009). Emotional instability, poor emotional awareness, and the development of borderline personality. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1293-1310. doi:10.1017/S0954579409990162
- Compagnone, P. D., & Lo Monaco, G. (2015). Validation française du questionnaire d'évaluation de l'environnement invalidant durant l'enfance. The invalidating childhood environments scale (ICES). *Revue européenne de psychologie appliquée*, 65(1), 43-52. doi:10.1016/j.erap.2014.11.001
- Comtois, K. A., Russo, J., Snowden, M., Srebnik, D., Ries, R., & Roy-Byrne, P. (2003). Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 54(8), 1149-1154. doi:10.1176/appi.ps.54.8.1149
- Côté, G., Gosselin, P., & Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions : propriétés psychométriques d'une version francophone du difficulties in emotion regulation scale. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 23(2), 63-72. doi:10.1016/j.jtcc.2013.01.005
- Côté, M. A., & Bouchard, D. (1997). Interview de Marc-André Bouchard. *Psychologie Québec*, 14(1), 12.
- Cousineau, P. (1997). Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 5-15. doi:10.7202/502091ar
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biological developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510. doi:10.1037/a0015616
- Davidtz, J. (2008). *Psychotherapy with difficult patients: Personal narratives about managing countertransference* (Thèse de doctorat inédite). University of Massachusetts, Amherst, MA.
- Dawson, D. F. (1993). Relationship management and the borderline patient. *Canadian Family Physician*, 39, 833-839.
- Delisle, G. (2001). *Vers une psychothérapie du lien*. Montréal, QC: Les Éditions du Reflet.



- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité : perspectives développementales*. Montréal, QC: Les Éditions du reflet.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Symptom checklist-90-R. Administration, scoring, and procedures manual* (3<sup>e</sup> éd.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Desseilles, M., Grosjean, B., & Perroud, N. (2014). *Manuel du borderline*. Paris, France: Groupe Eyrolles.
- Dutton, D. G. (2002). Personality dynamics of intimate abusiveness. *Journal of Psychiatric Practice*, 8, 216-228.
- Dyer, W. G. Jr., & Wilkins, A. L. (1991). Better stories, not better constructs, to generate better stories: A rejoinder to Eisenhardt. *Academy of Management Review*, 16(3), 613-619.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14, 532-550.
- Eisenhardt, K. M., & Graebner, M. E. (2007). Theory building from cases: Opportunities and challenges. *Academy of Management Journal*, 50(1), 25-32. doi:10.5465/amj.2007.24160888
- Éthier, L. S. (1985). *Questionnaire sociodémographique*. Trois-Rivières, QC: Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille.
- Flyvbjerg, B. (2011). Case Study. Dans K. N. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds), *The sage handbook of qualitative research* (4<sup>e</sup> éd., pp. 301-316). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fortin, F., & Coutu-Wakulczyk, G. (1985). *Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale : le SCL-90-R* (Rapport N° RS-787-S83). Rapport de recherche adressé au Conseil québécois de la recherche sociale (RS-787-S83), Université de Montréal.
- Frank, H., & Paris, J. (1981). Recollections of family experience in borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1031-1034.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17, 1007-1030. doi:10.1017/S0954579405050479
- Gagnon, Y.-C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.

- Gallop, R., & Wynn, F. (1987). The difficult inpatient: Identification and responses by staff. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 211-215.
- Galloway, V. A., & Brodsky, S. L. (2003). Caring less, doing more: The role of therapeutic detachment with volatile and unmotivated clients. *American Journal of Psychotherapy*, 57(1), 32-38.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, Chicago, IL: Aldine Publishing Company.
- Goodman, M., Patil, U., Steffel, L., Avedon, J., Sasso, S., Triebwasser, J., & Stanley, B. (2010). Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(3), 155-163. doi:10.1097/01.pra.0000375711.47337.27
- Granger, B., & Karaklic, D. (2012). *Les borderlines*. Paris, France: Odile Jacob.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545. doi:10.4088/jcp.v69n0404
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi:10.1007/s10862-008-9102-4
- Grosjean, B. (2012). *Régulation des émotions et troubles de la personnalité limite. Traité de régulation des émotions*. Belgique, Bruxelles: De boeck.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gunderson, J. (2009). Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530-539. doi:10.1176/appi.ajp.2009.08121825
- Gurvits, I. G., Koenigsberg, H. W., & Siever, L. J. (2000). Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 27-40. doi:10.1016/s0193-953x(05)70141-6.

- Habimana, E., & Cazabon, C. (2012). *Les troubles psychologiques : comprendre et accompagner les personnes qui en sont touchées*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490-495. doi:10.1176/ajp.146.4.490
- Hlady Rispal, M. (2002a). *Méthode de cas : application à la recherche en gestion*. Pessac, France: Université Montesquieu-Bordeaux IV.
- Hlady Rispal, M. (2002b). *Méthode de l'étude de cas : les défis du chercheur en gestion*. Pessac, France: Université Montesquieu-Bordeaux IV.
- Hopwood, C. J. (2006). Brief treatments for borderline personality. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(4), 269-283. doi:10.1002/cpp.494
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counselling Psychology*, 46(1) 3-11. doi:10.1037/0022-0167.46.1.3
- Kennedy, M. M. (1979). Generalizing from single case studies. *Evaluation Quarterly*, 3(4), 661-678. doi:10.1177/0193841X7900300409
- Kramer, U. (2015). De la régulation à l'approfondissement de l'affect en psychothérapie : l'exemple du trouble de la personnalité borderline. *Annales médico-psychologiques*, 173(1), 60-65. doi:10.1016/j.amp.2013.07.007
- Landes, S. J., Chalker, S. A., & Comtois, K. A. (2016). Predicting dropout in outpatient dialectical behavior therapy with patients with borderline personality disorder receiving psychiatric disability. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(9), 1-8. doi:10.1186/s40479-016-0043-3
- Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I., & Desrosiers, L. (2014). Être intervenant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre. *Revue de psychoéducation*, 43(2), 323-347. doi:10.7202/1061187ar
- Lecomte, C. (2010). La supervision clinique comme espace de réflexion. Dans C. Leclerc (Éd.), *Trouble de personnalité limite et réadaptation : points de vue de différents acteurs* (pp. 1-60). Saint-Jérôme, QC: Éditions Ressources.

- Lecomte, C. (2012). La supervision efficace : la primauté du savoir-être. *Psychologie Québec*, 29(3), 28-32.
- Lecomte, C., & Richard, A. (2003). L'approche intersubjective : une psychothérapie pleinement relationnelle. *Revue de la psychologie de la motivation*, 35, 64-73.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74-84. doi:10.1016/S0140-6736(10)61422-5
- Léveillé, S., & Lefebvre, J. (2007). Automutilation, comportements suicidaires et parasuicidaires. Dans R. Labrosse & C. Leclerc (Éds), *Trouble de personnalité limite et réadaptation : points de vue de différents acteurs* (pp. 1-18). Saint-Jérôme, QC: Éditions Ressources.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M., & Kehrer, C. A. (1993). *Borderline personality disorder*. Dans D. H. Barlow (Éd.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 396-441). Guilford Press.
- Livesley, W. J., Jang, K. I., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 941-994. doi:10.1001/archpsyc.55.10.941
- Loughrey, L., Jackson, J., Molla, P., & Wobbleto, J. (1997). Patient self-mutilation: When nursing becomes a nightmare. *Journal of Psychosocial Nursing*, 35(4), 30-34. doi:10.3928/0279-3695-19970401-16
- MacFarlane, M. M. (2004). *Family treatment of personality disorders: Advances in clinical practice*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Magnavita, J. J. (2000). *Relational therapy for personality disorders*. New York, NY: John Wiley and Sons.
- Marty, F. (2009). La méthode du cas. Dans S. Ionescu & A. Blanchet (Éds), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* (pp. 53-76). Paris, France: Presses universitaires.
- Masterson, J. F. (1990). Psychotherapy of borderline and narcissistic disorders: Establishing a therapeutic alliance. *Journal of Personality Disorders*, 4(2), 182-191.
- McMillan, J. H., & Schumacher, S. (1984). *Research in education: A conceptual introduction*. Boston, MA: Little, Brown.

- Meehl, P. E. (1977). Specific etiology and other forms of strong inference: Some quantitative meanings. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 2(1), 33-53. doi:10.1093/jmp/2.1.33
- Mehran, F. (2011). *Traitement du trouble de la personnalité borderline : thérapie cognitive émotionnelle, approche intégrative* (2<sup>e</sup> éd.). Paris, France: Elsevier Masson.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 17-29. doi:10.1002/cpp.389
- Miller, S. A., & Davenport, N. C. (1996). Increasing staff knowledge of and improving attitudes toward patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 47(5), 533-535. doi:10.1176/ps.47.5.533
- Mountford, V., Corstorphine, E., Tomlinson, S., & Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating Behavior*, 8(1), 48-58. doi:10.1016/j.eatbeh.2006.01.003
- Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 233-248.
- Nicastro, R., Dieban, K., McQuillan, A., & Huguelet, P. (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* (pp. 1-38). Saint-Jérôme, QC: Éditions Ressources.
- Normandin, L., & Bouchard, M. A. (1993). The effect of theoretical orientation and experience on rational, reactive and reflexive counter transference. *Psychotherapy Research*, 3(2), 77-94. doi:10.1080/10503309312331333689
- Oldham, J. M. (2009). Borderline personality disorder comes of age. *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 509-511.
- Orange, D. M. (1995). *Emotional understanding: Studies in psychoanalytic epistemology*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4<sup>e</sup> éd.). Paris, France: Armand Colin.

- Paris, J. (1996). Traumatisme et trouble de personnalité limite. *Revue santé mentale au Québec*, 21(1), 177-188. doi:10.7202/032386ar
- Paris, J. (2001). Psychosocial adversity. Dans W. J. Livesley (Éd.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 231-241). New York, NY: Guilford Press.
- Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 172(12), 1579-1583. doi:10.1503/cmaj.045281
- Paris, J. (2007). Description du trouble de personnalité limite. Dans R. Labrosse & C. Leclerc (Éds), *Trouble de personnalité limite et réadaptation : points de vue de différents acteurs* (pp. 2-17). Saint-Jérôme, QC: Éditions Ressources.
- Paris, J. (2015). Borderline personality disorder. Dans J. Paris (Éd.), *A concise guide to personality disorders* (pp. 73-89). Washington, DC: American Psychological Association.
- Paris, J. (2017). *Stepped care for borderline personality disorder: Making treatment brief, effective, and accessible*. Londres, Royaume-Uni: Academic Press.
- Paris, J., & Frank, H. (1989). Perceptions of parental bonding in borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*, 146(11), 1498-1499. doi:10.1176/ajp.146.11.1498
- Paris, J., Zweig-Frank, H., Kin, N. M., Schwartz, G., Steiger, H., & Nair, V. (2004). Neurobiological correlates of diagnosis and underlying traits in patients with borderline personality disorder compared with normal controls. *Psychiatry Research*, 121(3), 239-252. doi:10.1016/s0165-1781(03)00237-3
- Pearson, D. (2010). TPL, pauvreté et marginalité. Dans C. Leclerc (Éd.), *Trouble de personnalité limite et réadaptation : points de vue de différents acteurs* (pp. 1-20). Saint-Jérôme, QC: Éditions Ressources.
- Pedinielli, J. L. (2012). *Introduction à la psychologie clinique* (3<sup>e</sup> éd.). Paris, France: Armand Colin.
- Perlman S. D. (1999). *The therapist's emotional survival. Dealing with the pain of exploring trauma*. New Jersey, NJ: Jason Aronson.
- Pfeifer, S. (2010). *Borderline, états limites : comprendre l'instabilité émotionnelle*. Paris, France: Empreinte temps présent.
- Pomini, V., de Roten, Y., Brodard, F., & Quartier, V. (2016). *L'étude de cas : dialogue entre recherche et pratique en psychologie clinique et en psychothérapie*. Lausanne, Suisse: Éditions Antipodes.

- Prada, P., Guenot, F., Charbon, P., Kolly, S., & Perroud, N. (2015). Thérapies actuelles du trouble de personnalité borderline. *Revue médicale suisse*, 11, 1686-1690.
- Renaud, S. (2011). Comprendre la dissociation chez les patients avec un trouble de personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 217-242. doi:10.7202/1005822ar
- Richard, H. (1989). Les leçons de Cléopâtre ou réflexions sur le contre-transfert et les états-limites. *Santé mentale au Québec*, 14(1), 35-44. doi:10.7202/031486ar
- Robertson, C. D., Krimbrel, N. A., & Nelson-Gray, R. O. (2013). The invalidating childhood environment scale (ICES): Psychometric properties and relationship to borderline personality symptomatology. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), 402-410. doi:10.1521/pedi\_2012\_26\_062
- Romano, C. A. (1988). Research strategies for small business: A case study approach. *International Small Business Journal*, 7(4), 35-43. doi:10.1177/026624268900700403
- Rothe, J. P. (1982). Researching native education: An ethnomethodological perspective. *Canadian Journal of Native Education*, 9(4), 1-11.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1995). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Psychotherapy in Practice*, 1(1), 81-92.
- Schumacher Finell, J. (1985). Narcissistic problems in analysts. *International Journal of Psycho Analysis*, 66(4), 433-445.
- Shenk, C. E., & Fruzzetti, A. E. (2011). The impact of validating and invalidating responses on emotional reactivity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(2), 163-183. doi:10.1521/jscp.2011.30.2.163
- Sloan, D. M., & Kring, A. M. (2007). Measuring changes in emotion during psychotherapy: Conceptual and methodological issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 307-322. doi:10.1111/j.1468-2850.2007.00092.x
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16(3), 201-214. doi:10.1521/pedi.16.3.201.22542
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 104-115. doi:10.1037/0022-006X.75.1.104

- Stake, R. E. (1994). Case studies. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds), *Handbook of qualitative research* (pp. 236-247), Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tansey, M. J., & Burke, W. F. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Thomas, G. (2011). A typology for the case study in social science following a review of definition. Discourse and structure. *Qualitative Inquiry*, 17(6), 511-521. doi:10.1177/ 1077800411409884
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A term in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2), 25-52. doi:10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x
- Thompson, R. A., & Calkins, S. D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8(1), 163-182. doi:10.1017/S0954579400007021
- Vermersch, P. (1999). Pour une psychologie phénoménologique. *Psychologie française*, 44(1), 7-19.
- Woodside, A. G., & Wilson, E. J. (2003). Case study research methods for theory building. *Journal of Business and Industrial Marketing*, 18(6), 493-508. doi:10.1108/0885 8620310492374
- Yalom, I. D. (1997). *Treating difficult personality disorders*. Sans Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Yin, R. K. (1994). *Case study research: Design and methods* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89-101. doi:10.1016/s0193-953x(05)70145-3



- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 10-18. Traduction française par F. Chaine, L. Bruins-Slot, & J.-D. Guelfi (1993).
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., ... Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101-1116. doi:10.1176/ajp.154.8.1101
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918. doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1911

**Appendice A**  
Autorisation éthique du CIUSSS

PAR COURRIEL

Trois-Rivières, le 4 décembre 2018

Madame Diane Rousseau  
Université du Québec à Trois-Rivières  
Département de Psychologie  
3351, boulevard des Forges  
Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7  
[Diane.Rousseau@uqtr.ca](mailto:Diane.Rousseau@uqtr.ca)

**Objet :** Autorisation de réaliser la recherche suivante :  
**Impasses thérapeutiques associées au trouble de la personnalité limite**  
Numéro attribué par le CÉR évaluateur : **CÉRP-2018-006**  
Numéro d'établissement attribué par le Service de la recherche :  
**608- Impasses thérapeutiques\_TPL**

---

Madame Rousseau,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre sous les auspices du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ).

Cette autorisation vous permet de réaliser la recherche dans les lieux suivants : à la Clinique du Centre, du CIUSSS MCQ.

Le projet a été accepté par la direction des programmes de santé mentale adulte dépendance. L'objectif de votre étude est d'explorer, analyser et mieux saisir les états affectifs qui ont perturbé et organisé l'expérience subjective des sujets ayant un trouble de personnalité limite (TPL) et comprendre la valeur adaptative des principaux symptômes manifestés à travers cette problématique. La contribution du CIUSSS MCQ consiste :

- À recruter 10 personnes ayant un TPL entre les mois de novembre 2018 et juin 2019;
- Le Dr Fabrice Pelletier ou un membre de son personnel, de la Clinique du Centre, sollicitera ces personnes en remettant un document explicatif contenant les informations essentielles de la recherche aux personnes présentant un TPL qui ont suivi actif à la Clinique du Centre;
- Les personnes intéressées communiqueront elles-mêmes avec l'équipe de recherche.

Pour vous donner cette autorisation, notre établissement reconnaît l'examen éthique qui a été effectué par le comité d'éthique de la recherche multiclientèle du CIUSSS MCQ :

- qui agit comme CÉR évaluateur pour ce projet, conformément au Cadre de référence des établissements publics, du RSSS pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement (le Cadre de référence);
- qui a confirmé dans sa lettre du 6 septembre 2018 le résultat positif de l'examen éthique du projet; et
- qui a approuvé la version réseau du formulaire de consentement utilisé pour cette recherche.

Si le CÉR évaluateur juge que les changements apportés à la version réseau du formulaire de consentement affectent l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour l'établissement (art. 11.6.).

Nous joindrons le formulaire de consentement adapté pour notre établissement à partir de la version réseau à la copie de cette autorisation qui sera transmise au CÉR évaluateur.

Madame Diane Rousseau

3 décembre 2018

2

Cette autorisation vous est donnée à condition que vous vous engagiez à :

- respecter les dispositions du Cadre de référence se rapportant à votre recherche;
- respecter le cadre réglementaire de notre établissement sur les activités de recherche, notamment pour l'identification des participants à la recherche;
- utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CÉR évaluateur, les seuls changements apportés, si c'est le cas, étant d'ordre administratif et identifiés de façon à ce que le CÉR évaluateur puisse en prendre connaissance; et
- respecter les exigences fixées par le CÉR évaluateur pour le suivi éthique continu de la recherche.

L'autorisation qui vous est donnée ici de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement devra être renouvelée à la date indiquée par le CÉR évaluateur afin que l'approbation éthique de la recherche demeure en vigueur sans autre procédure de notre part.

La personne à joindre pour toute question relative à cette autorisation ou à son renouvellement ou au sujet de changements d'ordre administratif qui auraient été apportés à la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CÉR évaluateur est madame Nathalie Hamel, chef de service de la recherche psychosociale, au 819 378-3984 poste 12333 ou à l'adresse courriel suivante : [nathalie.hamel@ssss.gouv.qc.ca](mailto:nathalie.hamel@ssss.gouv.qc.ca)

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CÉR évaluateur en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Je vous invite à entrer en communication avec l'équipe de la recherche par le biais du guichet unique, si besoin est, à l'adresse suivante : [guichet\\_recherche@ssss.gouv.qc.ca](mailto:guichet_recherche@ssss.gouv.qc.ca) Vous pouvez aussi solliciter l'appui de notre CER en vous adressant à : [ciusssmcq\\_bureau\\_integré\\_de\\_lethique@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ciusssmcq_bureau_integré_de_lethique@ssss.gouv.qc.ca) pour obtenir les conseils et le soutien voulus.

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué au projet de recherche par le CER évaluateur (CÉR-2018-006) ainsi que le numéro attribué à votre demande par notre établissement (Impasses\_therapeutiques\_TPL).

Veuillez agréer, Mme Rousseau, mes salutations distinguées.



Roger Guimond  
Directeur administratif de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation  
CIUSSS MCQ

p. j. Formulaire de consentement qui sera utilisé pour la réalisation de la recherche

c. c. : Mme Julie Barabé, adjointe à la directrice du programme santé mentale adulte et dépendance, CIUSSS MCQ;  
Mme Anne-Marie Hébert, présidente du comité d'éthique de la recherche volet psychosocial, CIUSSS MCQ;  
Mme Christine Laliberté, directrice du programme santé mentale adulte et dépendance, CIUSSS MCQ;  
Dr Fabrice Pelletier, Clinique du Centre, CIUSSS MCQ;  
M. Martin Barolet, Chef de services spécialisées en santé mentale - zone centre, CIUSSS MCQ;  
Mme Nathalie Hamel, Chef de service de la recherche psychosociale, du soutien au développement et de l'UETMI, CIUSSS MCQ;  
Mme Nadia L'Espérance, agente de planification, de programmation et de recherche, Chercheuse en établissement, CIUSSS MCQ.

**Appendice B**  
Certificat éthique de l'UQTR



### CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

**Titre :** Impasses thérapeutiques associées au trouble de la personnalité limite

**Chercheur(s) :** Diane Rousseau  
Département de psychologie

**Organisme(s) :** Aucun financement

**N° DU CERTIFICAT :** CER-18-247-07.01

**PÉRIODE DE VALIDITÉ :** Du 16 juillet 2018 au 16 juillet 2019

**En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :**

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell  
**Président du comité**

Fanny Longpré  
**Secrétaire du comité**

*Décanat de la recherche et de la création*

**Date d'émission :** 16 juillet 2018

**Appendice C**  
Formulaire de consentement

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

<b>Titre du projet de recherche :</b>	Impasses thérapeutiques associées au trouble de la personnalité limite
<b>Chercheur responsable du projet de recherche :</b>	Diane Rousseau, Département de psychologie, UQTR
<b>Membres de l'équipe de recherche :</b>	Emmanuel Habimana, Département de psychologie, UQTR Directeur de recherche

### Préambule

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les besoins émotionnels des personnes ayant un trouble de la personnalité en contexte d'accompagnement thérapeutique, serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche ou à un membre de son équipe de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

### Objectifs et résumé du projet de recherche

Les objectifs de ce projet de recherche sont (1) d'illustrer comment les modes d'expression des personnes ayant un trouble de personnalité limite (TPL) sont souvent inadéquats pour communiquer et gérer leur souffrance intérieure; (2) d'avoir une meilleure compréhension de leurs besoins émotionnels en considérant comment certains événements ont pu influencer leur histoire personnelle et (3) d'avoir une meilleure connaissance de leur fonctionnement adaptatif (pensées, comportements, émotions) afin



que les intervenants puissent, en contexte d'accompagnement, nuancer leurs perceptions et ajuster leurs réactions face aux besoins particuliers des personnes aux prises avec un TPL.

Le but ultime de cette recherche est de démontrer, à partir d'étude de cas, comment les états affectifs, associés à l'expérience personnelle des sujets avec un TPL, peuvent aider à comprendre la valeur adaptative des principaux symptômes manifestés à travers cette problématique.

### Nature et durée de votre participation

Votre participation à ce projet de recherche consiste dans un premier temps, à remplir quatre questionnaires d'une durée approximative de 20 minutes chacun. La passation de ces questionnaires s'effectuera, en individuel, dans un local de l'UQTR. Les quatre questionnaires vous seront remis et vous devrez les remplir. Ces questionnaires visent à recueillir des données portant sur (1) la gestion des émotions en lien avec le TPL (2) l'intensité des symptômes associés à un certain niveau de détresse psychologique; (3) la perception du vécu émotionnel expérimenté durant l'enfance et (4) des informations sociodémographiques. La durée approximative de cette étape est d'environ 80 minutes.

Dans un deuxième temps, si vous acceptez de poursuivre votre implication dans le projet de recherche, vous aurez à participer à deux entrevues individuelles d'une durée approximative de 60 minutes chacune. La première entrevue est un entretien dans lequel vous devez évaluer une série d'items concernant la façon dont vous vous êtes senti, comporté ou ce que vous avez pensé durant les deux dernières années. La deuxième entrevue comportent une série de questions ouvertes qui visent recueillir des données personnelles sur votre vie privée et ce en lien avec votre enfance et votre fonctionnement actuel. Cette deuxième étape vise à faire un portrait plus approfondi du fonctionnement adaptatif (pensées, émotions, comportements) en lien avec les symptômes associés au trouble de la personnalité limite (*par exemple, « est-ce qu'il vous arrive d'avoir des comportements inappropriés, irréfléchis qui se produisent en réaction à des événements survenus dans un contexte émotionnel intense? Que faites-vous? »* ). Les deux entrevues seront enregistrées en mode audio et seront menées par la chercheuse. Les entrevues se dérouleront dans un local de l'UQTR selon vos disponibilités.

**Tableau qui résume la collecte de données**

Étape 1	Passation des questionnaires	Durée approximative
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>EDRE</b> : Échelle des difficultés de régulation des émotions</li> <li>▪ <b>ICES</b> : Évaluation de l'environnement invalidant durant l'enfance (<i>The invalidating Childhood Environments Scale</i>)</li> <li>▪ <b>SCL-90-R</b> : Profil de détresse émotionnelle (<i>Symptom Checklist-90-R</i>)</li> <li>▪ Questionnaire sociodémographique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 20 minutes</li> <li>▪ 20 minutes</li> <li>▪ 20 minutes</li> <li>▪ 20 minutes</li> </ul>

Étape 2	Entrevues individuelles	Durée approximative
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>DIB-R</b> : Entretien semi-structuré portant sur les affects, les relations interpersonnelles, les cognitions et les actions impulsives (<i>Diagnostic Interview for Borderline Revised</i>).</li> <li>▪ <b>Entrevue</b> : Questions ouvertes permettant de recueillir des informations sur la perception de soi et de l'entourage en lien avec des événements rétrospectifs de l'enfance et des modes de fonctionnement actuel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 60 minutes</li> <li>▪ 60 minutes</li> </ul>

### Risques et inconvénients

Il est possible que le fait de raconter votre expérience ou de répondre aux questions qui vous sont posées suscite chez vous des sentiments désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec la chercheuse. Celle-ci pourra vous guider vers une ressource en mesure de vous aider.

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 3 heures pour les deux étapes du projet de recherche représente un inconvénient de même que certaines questions qui sont de nature sensible et qui peuvent provoquer un malaise, de la tristesse ou une certaine détresse.

### Avantage et bénéfice

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des impasses thérapeutiques associées au trouble de la personnalité limite est le seul bénéfice prévu à votre participation. Les impasses thérapeutiques réfèrent à l'incompréhension ou au conflit qui peuvent surgir entre l'aidant et l'aidé en contexte d'accompagnement et qui peuvent nuire au traitement. Le projet ne prévoit aucune compensation ou rémunération pour votre participation.

### Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par un code numérique concernant les questionnaires et par un nom fictif concernant les entrevues. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles, de thèse et de communications, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées dans une base de données protégée par un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront les chercheurs responsables du projet de recherche. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites sept ans après la fin du projet de recherche et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

### **Participation volontaire**

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Si vous décidez de vous retirer du projet de recherche, les données ne seront pas traitées et seront détruites. Le fait de participer ou non n'affectera en rien les services auxquels vous avez droit à la Clinique du Centre.

Les chercheurs responsables de ce projet se réservent la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

### **Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toutes questions concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mme Diane Rousseau, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. ([Diane.Rousseau@uqtr.ca](mailto:Diane.Rousseau@uqtr.ca)) ou avec M. Emmanuel Habimana ([Emmanuel.Habimana@uqtr.ca](mailto:Emmanuel.Habimana@uqtr.ca)), directeur de recherche.

### **Surveillance des aspects éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro [no de certificat] a été émis le [date d'émission].

Pour toutes questions concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS MCQ au numéro suivant : 1 888-693-3606.

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche volet psychosocial du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) et le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. Pour toute information, vous pouvez

communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche du CIUSSS MCQ au 819 372-3133 poste 32303.

## CONSENTEMENT

### Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Diane Rousseau m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

### Consentement du participant

Je, [nom du participant], confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet portant sur les impasses thérapeutiques associées au trouble de la personnalité limite. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

Je consens à participer aux entrevues individuelles ☐ Oui ☐ Non

### J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant:	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

### Participation à des études ultérieures

Acceptez-vous que le chercheur responsable du projet ou un membre de son personnel de recherche reprenne contact avec vous pour vous proposer de participer à d'autres projets de recherche?

Bien sûr, lors de cet appel, vous serez libre d'accepter ou de refuser de participer aux projets de recherche proposés.

NON \_\_\_\_\_

OUI \_\_\_\_\_

Si OUI, est-ce que vous pouvez nous laisser vos coordonnées (no de téléphone et/ou adresse courriel) afin de vous rejoindre \_\_\_\_\_

**Appendix D**  
Diagnostic Interview for Borderline-Revised

## Annexe 4

### Diagnostic Interview for Borderline-Revised (1989)

M. Zanarini et al., traduction française F. Chaine, L. Bruins-Slot, J.-D. Guelfi, 1993

Le DIB-R est un entretien semi-structuré recueillant des informations sur quatre plans supposés avoir une importance diagnostique pour le trouble borderline de la personnalité :

- affects ;
- cognitions ;
- actions impulsives ;
- relations interpersonnelles.

Il évalue 87 items concernant la façon dont le patient s'est senti, a pensé et s'est comporté pendant les deux dernières années. Le patient est l'unique source d'information en ce qui concerne la grande majorité de ces items, mais un petit nombre d'entre eux permet également l'utilisation d'une autre source de données. L'entretien est divisé en 24 sous-sections et l'information recueillie à partir de 22 de ces sous-sections est utilisée pour coter 22 affirmations capitalisées appelées « affirmations récapitulatives ».

Chacune de ces affirmations représente un critère diagnostique important de la personnalité borderline et est utilisé pour juger de l'existence ou non de ce désordre. L'information tirée des deux autres sous-sections tend à infirmer le diagnostic de personnalité borderline (items 24 et 58) et est utilisée pour déterminer le score final du patient respectivement dans les sections évaluant affects et cognitions (un score positif aux items 24 et/ou 58 annule les scores gradués des évaluant sections affects et/ou cognitions).

### Instructions

1. Explorer de façon approfondie si le patient a mal compris une question ou a donné une réponse qui semble incomplète, contradictoire ou erronée. Explorer de façon approfondie également si un groupe de questions donné ne fournit pas suffisamment d'informations pour coter l'affirmation récapitulative.

2. Entourer le chiffre qui représente la meilleure réponse à une question ou à un indice résumé. Sauf si une autre modalité est précisée, toutes les questions et indices résumés sont cotés :

- 2 = oui ;
- 1 = probable ;
- 0 = non.

## 270 Traitement du trouble de la personnalité borderline

Si une question n'est pas adaptée, écrire N.A. (non applicable) à la place du score.

3. Pour chaque section, additionner les scores des « affirmations récapitulatives » pour obtenir un score de section.
4. Convertir le score de section en un score de section gradué de 0 à 2 ou 0 à 3 en suivant les instructions données à la fin de chaque section.
5. Additionner les scores de section gradués pour obtenir le score global du DIB-R de 0 à 10.
6. Utiliser les indications suivantes pour faire le diagnostic à la fin de l'entretien :
  - un score DIB-R  $> 8$  est considéré comme significatif d'une personnalité borderline ;
  - un score DIB-R  $< 7$  plaide pour une autre entité clinique.

### Entretien

Avant de commencer, je veux souligner que la plupart des questions de cet entretien font allusion aux deux dernières années de votre vie ou, en d'autres mots, à la période qui s'est déroulée depuis (jours, mois, années). Je veux aussi vous préciser que je m'intéresse principalement aux sentiments, pensées et comportements qui vous semblent avoir été caractéristiques de cette période de deux ans. Cependant, je vais quand même vous poser quelques questions qui porteront sur des comportements spécifiques, que vous pourriez n'avoir présenté que lors de périodes de crises, ou lorsque vous vous sentiez particulièrement mal.

### Section évaluant les affects

Durant les deux dernières années...

#### Dépression

1.	Avez-vous eu le cafard, ou vous êtes-vous senti déprimé de nombreuses fois ?	(2, 1, 0)
2.	Avez-vous traversé des périodes pendant lesquelles vous vous êtes senti très déprimé tous les jours pendant deux semaines ou plus ?	(2, 1, 0)
3. SI	Le patient a vécu une dépression de faible intensité ou un ou plusieurs épisodes de dépression majeure.	(2, 1, 0)
4.	Avez-vous déjà eu des sentiments d'impuissance pendant des jours ou des semaines ?	(2, 1, 0)
5.	Vous êtes-vous déjà senti désespéré, sans espoir, pendant des jours ou des semaines ?	(2, 1, 0)
6.	Avez-vous déjà eu le sentiment de ne rien valoir, pendant des jours ou des semaines (indignité) ?	(2, 1, 0)



7.	Avez-vous déjà eu le sentiment d'être extrêmement coupable pendant des jours ou des semaines ?	(2, 1, 0)
8. S2	Le patient a eu des sentiments prolongés d'impuissance, de perte d'espoir, d'indignité, de culpabilité.	(2, 1, 0)

## Colère

9.	Vous êtes-vous senti très en colère à de nombreuses reprises ?	(2, 1, 0)
10.	Vous êtes-vous souvent montré furieux ou êtes-vous entré en rage à de nombreuses reprises ?	(2, 1, 0)
11.	Vous êtes-vous souvent montré sarcastique (ironique, mordant) ?	(2, 1, 0)
12.	Avez-vous cherché à avoir toujours le dernier mot (rouspéter) ?	(2, 1, 0)
13.	Avez-vous été irascible (coléreux) ?	(2, 1, 0)
14. S3	Le patient s'est senti, de façon chronique, très en colère ou a souvent agi sous le coup de la colère (ou s'est souvent montré sarcastique, rouspéteur, irascible).	(2, 1, 0)

## Anxiété

15.	Vous êtes-vous très souvent senti anxieux ?	(2, 1, 0)
16.	Avez-vous souvent souffert de symptômes somatiques de tension, comme de céphalées, de palpitations, de sueurs profuses ?	(2, 1, 0)
17.	Avez-vous beaucoup été perturbé par des peurs irrationnelles (sans raison apparente) ou des phobies ?	(2, 1, 0)
18.	Avez-vous fait des attaques de panique (ou d'anxiété massive, paralysante) ?	(2, 1, 0)
19. S4	Le patient s'est senti très anxieux de façon chronique ou a souvent souffert de symptômes somatiques d'anxiété.	(2, 1, 0)

## Autres aspects dysphoriques

20.	Vous êtes-vous très souvent senti très seul ?	(2, 1, 0)
21.	Vous est-il arrivé de vous ennuyer ?	(2, 1, 0)
22.	Avez-vous souvent ressenti une sensation de vide intérieur ?	(2, 1, 0)
23. S5	Le patient a ressenti de façon chronique des sensations de solitude, d'ennui ou de vide.	(2, 1, 0)

**Autres**

24.	<p>Avez-vous souvent eu des périodes (jours, semaines) pendant lesquelles vous vous êtes senti exalté, en pleine forme sans raison apparente ?</p> <p>Étiez-vous alors très irritable si quelqu'un vous contrariait ?</p> <p>Pendant ces périodes, avez-vous cru que vous étiez une personne importante, ou que vous aviez des pouvoirs ou des capacités particulières ?</p> <p>Dormiez-vous alors moins sans vous sentir fatigué ?</p> <p>Parliez-vous plus que d'habitude ?</p> <p>Sentiez-vous que vos pensées s'accéléraient ?</p> <p>Aviez-vous plus de mal à vous concentrer que d'habitude ?</p> <p>Vous étiez-vous alors impliqué dans des projets extraordinaires et senti plus agité physiquement ?</p> <p>Avez-vous commis des actes impulsifs dont vous n'aviez pas l'habitude (achats inconsidérés, liaisons, affaires déraisonnables) ?</p> <p>D'autres personnes ont-elles remarqué ces épisodes ? Qu'en ont-elles dit ?</p> <p>Juger si le patient a eu un trouble de l'humeur, plus 3 des 7 autres critères (épisodes hypomaniaques).</p>	(2, 1, 0)
-----	--	-----------

**Score de la section des affects**

Score gradué :

- 2 si le score de la section est supérieur ou égal à 5 (et si la cotation est de 2 chacun pour S3 et S5) ;
- si le score de la section est 3 ou 4, ou une autre combinaison de 5 ou plus (S3 ou S5 < 2) ;
- 0 si le score de la section est 2 ou moins, ou si le sujet a vécu des accès hypomaniaques caractérisés qui ont été remarqués par l'entourage.

**Score gradué de la section des affects****Section cognition**

Cette section évalue les perturbations du cours de la pensée (pensées bizarres, expériences de perceptions inhabituelles, modes de pensées persécutoires non délirants, pensées quasi psychotiques vraies).

Les expériences « quasi psychotiques » sont définies comme des idées délirantes et hallucinations qui sont transitoires, limitées et atypiques, tandis que les vraies expériences psychotiques sont des idées délirantes et hallucinations qui durent, sont étendues et typiques des désordres psychotiques. De plus, toutes les affirmations récapitulatives et tous les items sauf un (S7) font appel à des expériences indépendantes de toute prise de toxique. Il est

très important d'ailleurs de faire préciser si les expériences décrites par le patient sont apparues sous l'influence de drogues ou d'alcool ou non.

Durant les deux dernières années...

### Pensées bizarres, expériences perceptives inhabituelles

27.	Êtes-vous une personne très superstitieuse (par exemple : toucher du bois très souvent, éviter de marcher sous les échelles, jeter du sel par-dessus l'épaule) [superstition marquée] ?	(2, 1, 0)
28.	Avez-vous souvent cru que vos pensées, vos paroles ou vos actes pouvaient provoquer ou empêcher des événements de façon magique ou spéciale (pensée magique) ?	(2, 1, 0)
29.	Avez-vous souvent fait preuve d'un sixième sens qui allait au-delà du simple fait d'être réceptif ou sensible aux autres personnes et à leurs sentiments (sixième sens) ?	(2, 1, 0)
30.	Avez-vous souvent été capable de dire ce que les autres pensaient ou ressentaient grâce à quelque pouvoir magique comme la télépathie ? Avez-vous souvent pensé que les autres pouvaient deviner vos pensées ou vos sentiments de cette manière (télépathie) ?	(2, 1, 0)
31.	Avez-vous souvent eu des expériences de voyance comme voir quelque chose qui se passe dans un autre endroit, ou prédire le futur (voyance) ?	(2, 1, 0)
32.	Avez-vous eu des convictions que vous ne pouviez abandonner, même si votre entourage vous répétait qu'elles étaient fausses (par exemple : vous trouver gros alors que vous avez un très faible poids) [idées surinvesties] ?	(2, 1, 0)
33.	Avez-vous souvent senti la présence d'une force ou d'une personne qui n'était pas vraiment là, souvent mal interprété des choses que vous avez entendues ou vues (par exemple : cru entendre quelqu'un appeler votre nom alors qu'il s'agissait en réalité d'un autre bruit) [illusions récurrentes] ?	(2, 1, 0)
34.	Avez-vous souvent eu des sentiments d'irréalité ? Comme sentir que votre corps ou une partie de votre corps était étrange, ou changeait de taille, de forme ? Comme si vous étiez physiquement séparé de vos sentiments ? Comme si vous vous regardiez à distance (dépersonnalisation) ?	(2, 1, 0)
35.	Avez-vous souvent senti que les choses autour de vous étaient irréelles ? Comme si elles changeaient de forme ou de taille ? Comme si vous étiez dans un rêve ? Comme si quelque chose comme une fenêtre se trouvait entre vous et le monde (déréalisation) ?	(2, 1, 0)
36. S6	Le patient a été l'objet de pensées bizarres ou d'expériences perceptives inhabituelles (par exemple : pensée magique, illusions récurrentes, dépersonnalisation).	(2, 1, 0)

## 274 Traitement du trouble de la personnalité borderline

**Modes de pensée persécutoires non délirants**

37.	Vous êtes-vous souvent senti très méfiant ou suspicieux vis-à-vis d'autrui (suspicion injustifiée) ?	(2, 1, 0)
38.	Avez-vous souvent pensé que les autres vous regardaient, parlaient de vous dans votre dos, riaient de vous (idées de référence) ?	(2, 1, 0)
39.	Avez-vous souvent pensé que les gens vous en voulaient ou voulaient vous attaquer ? Souvent cru qu'ils vous exploitaient ou rejetaient sur vous des fautes que vous n'aviez pas commises (autres modes de pensées persécutoires) ?	(2, 1, 0)
40. S7	Le patient a souvent eu des modes de pensée persécutoires transitoires non délirants (suspicion injustifiée, idées de référence, autres modes de pensée persécutoires).	(2, 1, 0)

**Expériences psychotiques**

Coter chaque expérience :

- 2 : véritables idées délirantes et hallucinations ;
- 1 : idées « quasi » délirantes et « quasi »-hallucinations ;
- 0 : pas d'idée délirante ou d'hallucination.

41.	Avez-vous pensé que des pensées avaient été mises dans votre tête par une force extérieure ?	(2, 1, 0)
42.	Vous a-t-on volé vos pensées ?	(2, 1, 0)
43.	Vos pensées ont-elles été diffusées par les médias, de telle façon que les autres puissent entendre ce que vous pensez ?	(2, 1, 0)
44.	Vos sentiments, pensées et actes ont-ils été contrôlés par une autre personne ou une machine ?	(2, 1, 0)
45.	Avez-vous déjà pu entendre les pensées des autres ? Ceux-ci ont-ils pu lire dans vos pensées comme à livre ouvert ?	(2, 1, 0)
46.	Les autres ont-ils comploté contre vous de façon organisée ? Ont-ils délibérément essayé de vous faire du mal ou de vous punir ?	(2, 1, 0)
47.	Vous a-t-on déjà espionné ou suivi ? Les choses ont-elles spécialement été organisées à votre intention ? Vous a-t-on envoyé des messages par la radio ou la télévision ?	(2, 1, 0)
48.	Avez-vous mérité une punition pour quelque chose de grave que vous aviez fait ?	(2, 1, 0)
49.	Vous êtes-vous déjà senti une personne très importante ? Vous êtes-vous déjà senti des capacités très spéciales ou des pouvoirs exceptionnels ?	(2, 1, 0)
50.	Avez-vous déjà eu la sensation que quelque chose de terrible s'était passé ou était imminent (par exemple : la fin du monde pour demain, ou que votre corps allait se dissoudre) ?	(2, 1, 0)

51.	Avez-vous déjà eu le sentiment que quelque chose n'allait pas dans votre corps ou que vous aviez une maladie grave ?	(2, 1, 0)
52.	Avez-vous eu d'autres croyances comme celles que les pensées des autres étaient fausses, étranges, bizarres ?	(2, 1, 0)
53.	Avez-vous déjà entendu des voix ou des bruits que personne d'autre n'entendait ?	(2, 1, 0)
54.	Avez-vous eu des visions, ou vu d'autres choses que personne d'autre ne voyait ?	(2, 1, 0)
55.	Avez-vous eu des expériences perceptives qui n'étaient partagées par personne (par exemple : sentir de façon répétée quelque chose grouiller sur votre corps, qui ne corresponde à rien en réalité) ?	(2, 1, 0)
56. S8	Le patient a eu, de façon répétée, des idées « quasi » délirantes ou des « quasi »-hallucinations.	(2, 1, 0)
57.	Avez-vous vécu certaines de ces expériences sous l'empire de l'alcool ou de la drogue ? – 2 : expérience vraie ; – 1 : quasi-expérience ; – 0 : aucune.	
58.	Avez-vous connu des périodes d'une semaine ou plus pendant lesquelles vous vous êtes senti exalté, en pleine forme sans raison apparente ? Étiez-vous alors très irritable si quelqu'un vous réprimandait ? Pendant ces périodes, avez-vous cru que vous étiez une personne importante, ou que vous aviez des pouvoirs ou des capacités particulières ? Dormiez-vous alors moins sans vous sentir fatigué ? Parliez-vous plus ? Sentiez-vous que vos pensées s'accéléraient ? Avez-vous plus de mal à vous concentrer que d'habitude ? Vous étiez-vous alors impliqué dans des projets extraordinaires et senti plus agité physiquement ? Avez-vous commis des actes impulsifs dont vous n'étiez pas coutumier (achats inconsidérés, affaires déraisonnables) ? Cela a-t-il sérieusement interféré avec votre travail ? Et avec votre vie familiale ou sociale ? Avez-vous dû être hospitalisé (épisode maniaque) ? Juger si le patient a eu un trouble dysthymique prolongé, été sérieusement handicapé sur le plan socioprofessionnel.	(2, 1, 0)

## Score de la section cognition

Score gradué :

- 2 : si le score de la section est supérieur ou égal à 4 ;
- 1 : si le score est 2 ou 3 ;
- 0 : si le score de la section est inférieur ou égal à 1 ou si le patient a déjà eu un épisode psychotique prolongé, ou un épisode maniaque caractérisé.

## Score gradué de la section cognition

### Section des actes impulsifs

Si la réponse à l'une des questions suivantes est oui, déterminer combien de fois ce comportement s'est répété.

Sauf quand c'est précisé (toxicomanie, automutilations et tentatives de suicide), coter chaque type d'impulsivité :

- 2 : 5 fois ou plus ;
- 1 : 3 ou 4 fois ;
- 0 : 2 fois ou plus.

Durant ces deux dernières années...

### Abus de substances toxiques

61.	Avez-vous trop bu ou été vraiment saoul ? – 2 : chronique ; – 1 : épisodique ; – 0 : non.	(2, 1, 0)
62.	Vous est-il arrivé de « planer » avec des médicaments donnés sur prescription médicale ou des drogues vendues dans la rue ? – 2 : chronique ; – 1 : épisodique ; – 0 : non.	(2, 1, 0)
63. S9	Le patient a connu de graves modalités d'abus de substances.	(2, 1, 0)

### Déviance sexuelle

64.	Avez-vous eu des relations homosexuelles ?	(2, 1, 0)
65.	Avez-vous eu des rapports sexuels « sur un coup de tête », ou connu des relations brèves ?	(2, 1, 0)
66.	Avez-vous déjà eu des pratiques sexuelles inhabituelles (par exemple : aimer être humilié ou frappé, préférer regarder les autres avoir des relations sexuelles) [paraphilies] ?	(2, 1, 0)
67.	Avez-vous eu des relations incestueuses ?	(2, 1, 0)
68. S10	Le patient a vécu des expériences sexuelles déviantes (comme inceste, homosexualité, promiscuité).	(2, 1, 0)

### Automutilations

69.	Vous êtes-vous déjà délibérément fait du mal sans vouloir attenter à votre vie (par exemple : se couper, se brûler, se cogner, donner des coups de poings dans les vitres) ? – 2 : 2 fois ou plus ; – 1 : 1 fois ; – 0 : non.	(2, 1, 0)
70. S11	Le patient s'est automutilé.	(2, 1, 0)

### Tentatives de suicide

71.	Avez-vous déjà menacé de vous suicider ? – 2 : 2 fois ou plus ; – 1 : 1 fois ; – 0 : non.	(2, 1, 0)
72.	Avez-vous déjà fait des tentatives de suicide, même minimales ? – 2 : 2 fois ou plus ; – 1 : 1 fois ; – 0 : non.	(2, 1, 0)
73. S12	Le patient a eu des pensées suicidaires, fait des tentatives de suicide manipulatoires (les efforts suicidaires étant principalement faits dans le but d'être sauvé).	(2, 1, 0)

### Autres actes impulsifs

74.	Avez-vous connu des périodes pendant lesquelles vous détestiez tellement la nourriture que vous en souffriez beaucoup ou que vous vous faisiez vomir ?	(2, 1, 0)
75.	Avez-vous déjà fait des dépenses inconsidérées pour acheter des choses dont vous n'aviez pas besoin ou que vous n'aviez pas les moyens de vous offrir ?	(2, 1, 0)
76.	Avez-vous traversé des périodes pendant lesquelles vous jouiez à des jeux de hasard et continuiez à faire des paris alors que vous ne faisiez que perdre ?	(2, 1, 0)
77.	Avez-vous déjà perdu votre calme au point de crier, hurler sur quelqu'un ?	(2, 1, 0)
78.	... ou au point d'en « venir aux mains » ?	(2, 1, 0)

## 278 Traitement du trouble de la personnalité borderline

79.	Avez-vous déjà menacé physiquement quelqu'un (par exemple : lui dire que vous alliez lui donner un coup de poing, le poignarder, le tuer) ?	(2, 1, 0)
80.	Avez-vous déjà agressé ou maltraité quelqu'un (par exemple : donner une claque, un coup de poing, un coup de pied à quelqu'un) ?	(2, 1, 0)
81.	Avez-vous déjà volontairement abîmé le bien matériel d'autrui (par exemple : briser la vaisselle, casser les meubles, la voiture de quelqu'un) ?	(2, 1, 0)
82.	Avez-vous déjà conduit beaucoup trop vite ? ou conduit sous l'emprise de la drogue ou l'alcool ?	(2, 1, 0)
83.	Avez-vous déjà fait quelque chose d'illégal (par exemple : voler dans les magasins, vendu de la drogue, fait du recel) ?	(2, 1, 0)
84. S13	Le patient a eu des comportements impulsifs.	(2, 1, 0)

### Score de la section impulsivité

Score gradué :

- 3 si le score de la section est supérieur ou égal à 6 (et score de 2 pour S11 et S12),
- 2 si le score de la section est égal à 4 ou 5 ou une autre combinaison de 6 ou plus (avec S11 ou S12 < 2),
- 0 si le score de la section est inférieur ou égal à 3.

### Score gradué de la section impulsivité

#### Section des relations interpersonnelles

Pendant ces deux dernières années...

#### Intolérance à la solitude

87.	Avez-vous, la plupart du temps, détesté passer du temps seul ?	(2, 1, 0)
88.	Avez-vous souvent fait des efforts désespérés pour éviter de vous sentir seul (par exemple : rester au téléphone pendant des heures, sortir de chez vous pour chercher quelqu'un à qui parler) ?	(2, 1, 0)
89.	Vous êtes-vous senti très déprimé quand vous étiez seul ?	(2, 1, 0)
90.	... ou très anxieux, en colère, vide, mauvais ?	(2, 1, 0)
91. S14	Le patient essaie en général d'éviter de rester seul ou se sent très dysphorique quand cela lui arrive.	(2, 1, 0)



### Thèmes d'abandon, d'engloutissement, d'annihilation

92.	Avez-vous, à plusieurs reprises, craint d'être abandonné par vos proches (peur d'être abandonné) ?	(2, 1, 0)
93.	Avez-vous craint, à plusieurs reprises, de vous sentir étouffer ou de perdre votre identité si vous vous étiez trop rapproché d'autres personnes (peur d'être englouti) ?	(2, 1, 0)
94.	Avez-vous, à plusieurs reprises, craint de vous désagréger ou de cesser d'exister si vous étiez abandonné par quelqu'un d'important à vos yeux (peur d'annihilation) ?	(2, 1, 0)
95. S15	Le patient a connu à plusieurs reprises la peur d'être abandonné, englouti, annihilé.	(2, 1, 0)

### « Contre-dépendance »

96.	Avez-vous exercé une activité professionnelle dans laquelle une de vos principales fonctions était de vous occuper d'autres gens ou d'animaux ?	(2, 1, 0)
97.	Vous êtes-vous très souvent retrouvé en train d'offrir à vos amis, collègues de travail ou relations, de les aider ?	(2, 1, 0)
98.	Vous êtes-vous senti particulièrement contrarié si d'autres personnes essayaient de vous aider ou de s'occuper de vous ?	(2, 1, 0)
99.	Avez-vous refusé de demander une aide ou un soutien à autrui alors que vous en aviez vraiment besoin ?	(2, 1, 0)
100.	Avez-vous eu quelqu'un dans votre vie, dont vous sentiez que vous aviez réellement besoin ? Votre aptitude à fonctionner dépendait-elle alors de cette personne ? En était-il de même pour votre survie ?	(2, 1, 0)
101. S16	Le patient a été sérieusement contre-dépendant ou a connu des conflits à propos du fait de donner ou de recevoir de l'aide.	(2, 1, 0)

### Relations proches instables

102.	Avez-vous eu des relations proches ? Combien ? Les voyez-vous souvent ? Lequel a été le plus important à vos yeux ? – 2 : 4 ou plus ; – 1 : 2 ou 3 ; – 0 : 1 ou moins.	(2, 1, 0)
103.	Certaines de ces relations ont-elles été troublées par de nombreuses et sérieuses disputes ?	(2, 1, 0)
104.	Certaines de ces relations ont-elles été émaillées de ruptures répétées ?	(2, 1, 0)
105. S17	Le patient a eu tendance à établir des relations proches instables.	(2, 1, 0)

## 280      Traitement du trouble de la personnalité borderline

### Problèmes récurrents dans les rapports proches

106.	Avez-vous eu tendance à vous sentir très dépendant d'autrui ? Avez-vous eu besoin d'être beaucoup soutenu et aidé pour fonctionner normalement ? Vous a-t-on déjà dit que vous étiez trop dépendant (dépendance : le patient a régulièrement été trop dépendant d'autrui) ?	(2, 1, 0)
107.	Avez-vous régulièrement permis à d'autres de vous forcer à faire des choses que vous ne vouliez pas faire, ou de vous traiter durement ? Vous a-t-on déjà dit que vous étiez victime des autres ou exploité par eux (masochisme : le patient a régulièrement permis aux autres de le contraindre ou lui faire du mal) ?	(2, 1, 0)
108. S18	Le patient a eu des problèmes récurrents de dépendance ou de masochisme dans ses relations proches.	(2, 1, 0)
109.	Avez-vous souvent ignoré les bons côtés des gens pour ne retenir que leurs erreurs ? Avez-vous souvent pensé qu'ils étaient insoucians, incompetents, mauvais ? Qu'ils ne valaient rien ? Vous a-t-on déjà dit que vous étiez quelqu'un de très critique, très dévalorisant (dévalorisation : le patient a régulièrement exagéré les faiblesses et minimisé les points forts d'autrui) ?	(2, 1, 0)
110.	Avez-vous souvent essayé de faire faire aux autres ce que vous vouliez sans le leur demander ni leur expliquer ce que vous vouliez ? Vous a-t-on déjà dit que vous étiez très manipulateur (manipulation : le patient a régulièrement essayé d'utiliser des moyens indirects pour obtenir ce qu'il voulait) ?	(2, 1, 0)
111.	Avez-vous régulièrement essayé de contraindre autrui à faire des choses qu'il ne voulait pas faire ? L'avez-vous alors traité durement ? Vous a-t-on déjà dit que vous étiez autoritaire ou mesquin (sadisme : le patient a régulièrement essayé de contraindre autrui ou de lui faire du mal) ?	(2, 1, 0)
112. S19	Le patient a eu des problèmes fréquents avec sa tendance à dévaloriser, manipuler autrui et son sadisme dans ses rapports proches.	(2, 1, 0)
113.	Avez-vous régulièrement demandé à votre entourage des choses qu'il ne pouvait ou ne devait pas vous donner ? Lui avez-vous demandé beaucoup de son temps et de sa disponibilité ? Vous a-t-on déjà dit que vous étiez une personne qui attendait beaucoup des autres (être dans la demande : le patient fait régulièrement des demandes inappropriées) ?	(2, 1, 0)
114.	Vous êtes-vous souvent comporté comme si vous aviez droit à un traitement de faveur ? Comme si les gens vous étaient redevables de quelque chose à cause des difficultés que vous avez traversées ? Vous a-t-on déjà dit que vous vous comportiez comme si l'on vous devait des soins particuliers ou le respect (penser que tout vous est dû) ?	(2, 1, 0)
115. S20	Le patient est souvent dans la demande permanente, ou pense que tout lui est dû dans les rapports proches.	(2, 1, 0)

### Difficultés de la prise en charge psychiatrique

116.	Avez-vous fait une ou plusieurs thérapie(s) individuelle(s) ? Combien ? – 2 : supérieur ou égal à 2 ; – 1 : 1 ; – 0 : 0.	(2, 1, 0)
117.	Combien de mois sur les deux dernières années avez-vous été en thérapie individuelle ? – 2 : supérieur ou égal à 12 ; – 1 : de 1 à 11 ; – 0 : 0.	(2, 1, 0)
118.	Vous êtes-vous senti beaucoup plus mal au terme d'une (de ces) thérapies ? De quelle manière (régression en thérapie individuelle) ?	(2, 1, 0)
119.	Avez-vous été hospitalisé en service de psychiatrie ? Combien de fois ? – 2 : supérieur ou égal à 2 ; – 1 : 1 ; – 0 : 0.	(2, 1, 0)
120.	Combien de mois sur les 24 derniers avez-vous été hospitalisé ? – 2 : supérieur ou égal à 12 ; – 1 : de 1 à 11 ; – 0 : aucun.	(2, 1, 0)
121.	Vous êtes-vous senti beaucoup plus mal à l'issue de ces hospitalisations ? De quelle façon ?	(2, 1, 0)
122. S21	Le patient a présenté une régression nette au décours d'une prise en charge psychiatrique ou psychologique.	(2, 1, 0)
123.	Avez-vous été le sujet de conflits au sein de l'équipe qui vous suivait pendant la prise en charge (ou l'hospitalisation) ? Juger si le patient a été l'objet d'un contre-transfert massif de la part de l'équipe soignante.	(2, 1, 0)
124.	Avez-vous eu un thérapeute qui se soit mis très en colère contre vous ? Qui vous ait demandé de mettre un terme à sa prise en charge ? Qui se soit beaucoup plus impliqué dans votre prise en charge que les autres thérapeutes ne l'auraient fait (juger si le patient a été l'objet d'un contre-transfert massif de la part d'un thérapeute) ?	(2, 1, 0)
125.	Avez-vous développé une amitié proche ou une histoire d'amour avec un membre d'une équipe soignante ?	(2, 1, 0)
126.	Même question avec un thérapeute.	(2, 1, 0)
127. S22	Le patient a été au centre d'un contre-transfert important de la part d'une équipe soignante ou en psychothérapie, ou a créé une relation « particulière » avec un professionnel de la santé mentale.	(2, 1, 0)

## Score de la section relations interpersonnelles

Score gradué :

- 3 si le score de la section est supérieur ou égal à 9 ;
- 2 si le score de la section est compris entre 6 et 8 ;
- 0 si le score de la section est inférieur ou égal à 5 ou si le patient est une personne solitaire, bizarre et isolée socialement.

## Score gradué de la section relations interpersonnelles

## Conclusion

### Section affects

- Dépression : S1, S2
- Colère : S3
- Anxiété : S4
- Autres affects dysphoriques : S5
- Autres : item 24
- Score de la section affects (0–10)
- Score gradué de la section affects (0–2)

### Section cognitions

- Pensées bizarres, expériences perceptives inhabituelles : S6
- Modes de pensée persécutoires non délirants : S7
- Expériences psychotiques : S8 item 58
- Score de la section cognitions (0–6)
- Score gradué de la section cognitions (0–2)

### Section des actes impulsifs

- Abus de substances toxiques : S9
- Déviations sexuelles : S10
- Automutilations : S11
- Tentatives de suicide : S12
- Autres actes impulsifs : S13
- Score de la section impulsivité (0–10)
- Score gradué de la section impulsivité (0–3)

## Section des relations interpersonnelles

- Intolérance à la solitude : S14
- Thèmes d'abandon, d'engloutissement, d'annihilation : S15
- Contre-dépendance : S16
- Relations proches instables : S17
- Problèmes récurrents dans les rapports proches : S18, S19, S20
- Difficultés de la prise en charge psychiatrique : S21, S22
- Score de la section relations interpersonnelles (0–18)
- Score gradué de la section relations interpersonnelles (0–3)
- Score total DIB-R (0–10)

**Appendice E**  
L'Échelle des difficultés de régulation des émotions

## Échelle des difficultés de régulation des émotions

**Indiquez avec quelle fréquence les énoncés ci-dessous s'appliquent à votre cas en écrivant le chiffre approprié à côté de chaque énoncé :**

1	2	3	4	5
Presque jamais (0 – 10%)	À l'occasion (11 – 35%)	Environ la moitié du temps (36 – 65%)	La plupart du temps (66 – 90%)	Presque toujours (91 – 100%)

- \_\_\_\_\_ 1) Je sais clairement ce que je ressens.
- \_\_\_\_\_ 2) Je prête attention à ce que je ressens.
- \_\_\_\_\_ 3) Je me laisse submerger par mes émotions.
- \_\_\_\_\_ 4) Je n'ai aucune idée de ce que je ressens.
- \_\_\_\_\_ 5) J'ai de la difficulté à comprendre mes émotions.
- \_\_\_\_\_ 6) Je suis à l'écoute de mes émotions.
- \_\_\_\_\_ 7) Je sais exactement ce que je ressens.
- \_\_\_\_\_ 8) J'attache de l'importance à mes émotions.
- \_\_\_\_\_ 9) Je ne sais pas trop ce que je ressens.
- \_\_\_\_\_ 10) Lorsqu'une situation me bouleverse, je reconnais que j'ai des émotions.
- \_\_\_\_\_ 11) Lorsqu'une situation me bouleverse, je m'en veux de me sentir comme ça.
- \_\_\_\_\_ 12) Lorsqu'une situation me bouleverse, je suis mal à l'aise de me sentir comme ça.
- \_\_\_\_\_ 13) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à faire mon travail.
- \_\_\_\_\_ 14) Lorsqu'une situation me bouleverse, je perds le contrôle.
- \_\_\_\_\_ 15) Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que cet état va durer longtemps.

DERS

2

### Échelle des difficultés de régulation des émotions

**Indiquez avec quelle fréquence les énoncés ci-dessous s'appliquent à votre cas en écrivant le chiffre approprié à côté de chaque énoncé :**

1	2	3	4	5
Presque jamais (0 – 10%)	À l'occasion (11 – 35%)	Environ la moitié du temps (36 – 65%)	La plupart du temps (66 – 90%)	Presque toujours (91 – 100%)

- \_\_\_\_\_ 16) Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je finirai par tomber en dépression.
- \_\_\_\_\_ 17) Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que mes émotions sont valables et importantes.
- \_\_\_\_\_ 18) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à me concentrer sur autre chose.
- \_\_\_\_\_ 19) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai l'impression d'avoir perdu le contrôle de moi-même.
- \_\_\_\_\_ 20) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'arrive tout de même à faire ce que j'ai à faire.
- \_\_\_\_\_ 21) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai honte de me sentir comme ça.
- \_\_\_\_\_ 22) Lorsqu'une situation me bouleverse, je sais que je trouverai un moyen d'aller mieux.
- \_\_\_\_\_ 23) Lorsqu'une situation me bouleverse, je me perçois comme une personne faible.
- \_\_\_\_\_ 24) Lorsqu'une situation me bouleverse, je sens que je peux tout de même maîtriser mes comportements.
- \_\_\_\_\_ 25) Lorsqu'une situation me bouleverse, je me sens coupable de me sentir comme ça.
- \_\_\_\_\_ 26) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à me concentrer.

© Tous droits réservés. Guylaine Côté, Marie-Hélène Carrier et Isabel Dagenais (2009), Département de psychologie, Université de Sherbrooke. Traduction de l'original, Gratz & Roemer (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation : Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 41-54.



DERS

3

### Échelle des difficultés de régulation des émotions

**Indiquez avec quelle fréquence les énoncés ci-dessous s'appliquent à votre cas en écrivant le chiffre approprié à côté de chaque énoncé :**

1	2	3	4	5
Presque jamais (0 – 10%)	À l'occasion (11 – 35%)	Environ la moitié du temps (36 – 65%)	La plupart du temps (66 – 90%)	Presque toujours (91 – 100%)

- \_\_\_\_\_ 27) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à maîtriser mes comportements.
- \_\_\_\_\_ 28) Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je ne peux rien faire pour améliorer mon état.
- \_\_\_\_\_ 29) Lorsqu'une situation me bouleverse, cela m'agace de me sentir comme ça.
- \_\_\_\_\_ 30) Lorsqu'une situation me bouleverse, je me mets à avoir une très mauvaise opinion de moi.
- \_\_\_\_\_ 31) Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je ne peux pas faire autrement que de patauger dans cet état.
- \_\_\_\_\_ 32) Lorsqu'une situation me bouleverse, je ne maîtrise plus mes comportements.
- \_\_\_\_\_ 33) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à penser à autre chose.
- \_\_\_\_\_ 34) Lorsqu'une situation me bouleverse, je prends le temps de comprendre ce que je ressens vraiment.
- \_\_\_\_\_ 35) Lorsqu'une situation me bouleverse, cela me prend beaucoup de temps avant de me sentir mieux.
- \_\_\_\_\_ 36) Lorsqu'une situation me bouleverse, je me sens envahi par mes émotions.

**Appendice F**  
Symptom Checklist-90-R

## **SCL-90-R**

### **Symptom Checklist-90-R**

#### **L'instrument**

Permet de mesurer l'état de santé mentale des individus. Il décrit les profils individuels d'après les réponses obtenues auprès d'individus sous l'angle de comportements symptomatiques. Il est composé de 90 items qui réfèrent à des problèmes dont se plaignent parfois les gens. Le sujet doit indiquer la fréquence à laquelle le problème l'a troublé au cours des sept derniers jours, y compris aujourd'hui. Les fréquences possibles sont « 0 » pas du tout, « 1 » un peu, « 2 » modérément, « 3 » beaucoup et « 4 » extrêmement ».

#### **Variables mesurées**

Neuf dimensions de symptômes primaires : somatisation, obsession-compulsion, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, anxiété phobique, idéation paranoïde et psychotisme. Trois indices globaux de détresse : index de sévérité global, total des symptômes

#### **L'administration**

Formule d'auto-évaluation pouvant être faite suivant une procédure papier-crayon ou par téléphone. Il requière entre 12 et 15 minutes pour être complété. Il peut être administré plus d'une fois à un même sujet dans le cas où l'on voudrait évaluer des évolutions de traitement.

#### **Références**

Derogatis, L.R. (1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R : Administration, Scoring, and Procedures Manuel* (3<sup>e</sup> édition). National Computer Systems, Inc. USA : Minneapolis.

Fortin, F. & Coutu-Wakulezyk, G. (1985). *Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale. Le SCL-90-R*. Traduction française. Rapport de recherche remis au Conseil québécois de la recherche sociale (RS-787-S83).

LISTE DE PROBLÈMES DE VIE
---------------------------

Voici une liste de problèmes dont se plaignent parfois les gens. Lisez attentivement chaque ligne et noircissez le cercle qui décrit le mieux à quel point ce problème vous a troublé(e) au cours des sept derniers jours, y compris aujourd'hui. Marquez d'un seul X par problème et ne sautez aucun item. Si vous changez d'avis, effacez soigneusement votre première réponse. Lisez l'exemple ci-dessous et si vous avez des questions, posez-les avant de commencer.

Exemple :

Ce problème vous a-t-il troublé(e)?

Douleurs corporelles

Réponse : 3 beaucoup

Ce problème vous a-t-il troublé(e)?		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1.	Maux de tête	0	1	2	3	4
2.	Nervosité ou impression de tremblements intérieurs	0	1	2	3	4
3.	Pensées désagréables incessantes dont vous ne pouvez vous débarrasser.	0	1	2	3	4
4.	Faiblesses ou étourdissements.	0	1	2	3	4
5.	Diminution du plaisir ou de l'intérêt sexuel.	0	1	2	3	4
6.	Tendance à critiquer les autres.	0	1	2	3	4
7.	L'idée de quelqu'un d'autre puisse contrôler vos pensées.	0	1	2	3	4
8.	L'impression que ce sont les autres qui sont responsables de la plupart de vos problèmes.	0	1	2	3	4
9.	Troubles de mémoire.	0	1	2	3	4
10.	Inquiétude face à la négligence ou à l'insouciance.	0	1	2	3	4
11.	Tendance à vous sentir facilement agacé(e) ou contrarié(e)	0	1	2	3	4
12.	Douleurs au cœur ou à la poitrine.	0	1	2	3	4
13.	Peur des grands espaces ou dans les rues.	0	1	2	3	4
14.	Sentiment de manquer d'énergie ou de fonctionner au ralenti.	0	1	2	3	4
15.	Idées d'en finir avec la vie.	0	1	2	3	4
16.	Entendre des voix que les autres n'entendent pas.	0	1	2	3	4
17.	Tremblements.	0	1	2	3	4
18.	Sentiment que vous ne pouvez faire confiance à la plupart des gens.	0	1	2	3	4
19.	Manquer d'appétit.	0	1	2	3	4
20.	Pleurer facilement.	0	1	2	3	4

Ce problème vous a-t-il troublé(e)?		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
21.	Timidité ou gêne face aux personnes du sexe opposé.	0	1	2	3	4
22.	Sentiment d'être coincé(e) ou pris(e) au piège.	0	1	2	3	4
23.	Tendance à vous effrayer sans raison.	0	1	2	3	4
24.	Crises de colère incontrôlables.	0	1	2	3	4
25.	Peur de sortir seul(e) de la maison.	0	1	2	3	4
26.	Vous culpabiliser pour certaines choses.	0	1	2	3	4
27.	Douleurs dans le bas du dos.	0	1	2	3	4
28.	Sentiment d'être bloqué(e) pour compléter des tâches.	0	1	2	3	4
29.	Sentiment de solitude.	0	1	2	3	4
30.	Avoir le cafard.	0	1	2	3	4
31.	Trop d'inquiétude pour tout.	0	1	2	3	4
32.	Manque d'intérêt pour tout.	0	1	2	3	4
33.	Attitude craintive.	0	1	2	3	4
34.	Tendance à vous sentir facilement blessé(e).	0	1	2	3	4
35.	L'impression que les autres connaissent vos pensées intimes.	0	1	2	3	4
36.	Sentiment que les autres ne vous comprennent pas ou ne vous témoignent pas de sympathie.	0	1	2	3	4
37.	Sentiment que les gens ne sont pas amicaux ou qu'ils ne vous aiment pas.	0	1	2	3	4
38.	Obligation de faire les choses très lentement pour être sûr(e) qu'elles sont bien faites.	0	1	2	3	4
39.	Battements très forts ou très rapides du cœur.	0	1	2	3	4
40.	Nausées ou maux d'estomac.	0	1	2	3	4
41.	Sentiment d'infériorité vis-à-vis des autres.	0	1	2	3	4
42.	Douleurs musculaires.	0	1	2	3	4
43.	Sentiment qu'on vous observe ou qu'on parle de vous.	0	1	2	3	4
44.	Difficulté à vous endormir.	0	1	2	3	4
45.	Besoin de vérifier et de revérifier ce que vous faites.	0	1	2	3	4
46.	Difficulté à prendre des décisions.	0	1	2	3	4
47.	Craindre de voyager en autobus, en métro ou en train.	0	1	2	3	4
48.	Difficulté à reprendre votre souffle.	0	1	2	3	4
49.	Bouffées de chaleurs ou frissons.	0	1	2	3	4
50.	Besoin d'éviter certains endroits, choses ou activités parce qu'ils vous font peur.	0	1	2	3	4

Ce problème vous a-t-il troublé(e)?		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
51.	Trous de mémoire.	0	1	2	3	4
52.	Engourdissements ou picotements dans certaines parties du corps.	0	1	2	3	4
53.	Serrement de gorge.	0	1	2	3	4
54.	Vous sentir sans espoir face à l'avenir.	0	1	2	3	4
55.	Difficulté à vous concentrer.	0	1	2	3	4
56.	Sentiment de faiblesse dans certaines parties du corps.	0	1	2	3	4
57.	Sentiment de tension ou de surexcitation.	0	1	2	3	4
58.	Sensation de lourdeur dans les bras et les jambes.	0	1	2	3	4
59.	Pensées sur la mort ou le fait de mourir.	0	1	2	3	4
60.	Trop manger.	0	1	2	3	4
61.	Sensation de malaise lorsqu'on vous observe ou qu'on parle de vous.	0	1	2	3	4
62.	Avoir des pensées qui ne viennent pas de vous.	0	1	2	3	4
63.	Avoir envie de frapper, de blesser ou de faire du mal à quelqu'un.	0	1	2	3	4
64.	Le fait de vous réveiller très tôt le matin.	0	1	2	3	4
65.	Besoin de reprendre certains actes de façon répétitive : toucher, compter ou laver...	0	1	2	3	4
66.	Sommeil agité ou perturbé.	0	1	2	3	4
67.	Avoir envie de briser ou de fracasser des objets.	0	1	2	3	4
68.	Avoir des idées ou des opinions que les autres ne partagent pas.	0	1	2	3	4
69.	Fort sentiment d'embarras face aux autres.	0	1	2	3	4
70.	Sentiment de malaise dans la foule : au centre commercial ou au cinéma par exemple.	0	1	2	3	4
71.	Impression que tout exige un effort.	0	1	2	3	4
72.	Accès de terreur ou de panique.	0	1	2	3	4
73.	Se sentir mal à l'aise de manger ou de boire en public.	0	1	2	3	4
74.	Vous laisser facilement entraîner dans des discussions.	0	1	2	3	4
75.	Sentiment de nervosité quand on vous laisse seul(e).	0	1	2	3	4
76.	Ne pas être reconnu(e) à votre juste valeur.	0	1	2	3	4
77.	Sentiment de solitude même en compagnie d'autres personnes.	0	1	2	3	4
78.	Vous sentir tellement agité(e) que vous ne pouvez rester en place.	0	1	2	3	4
79.	Sentiment que vous ne valez rien.	0	1	2	3	4
80.	Sentiment que quelque chose va mal tourner pour vous.	0	1	2	3	4
81.	Crier et lancer des objets.	0	1	2	3	4

Ce problème vous a-t-il troublé(e)?		Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
82.	Avoir peur de perdre connaissance en public.	0	1	2	3	4
83.	Sentiment que les gens vont profiter de vous si vous les laissez faire.	0	1	2	3	4
84.	Avoir des pensées sur le sexe qui vous troublent beaucoup.	0	1	2	3	4
85.	L'idée que vous devriez être puni(e) pour vos péchés.	0	1	2	3	4
86.	Avoir des pensées et des images qui effraient.	0	1	2	3	4
87.	L'idée que quelque chose de grave affecte votre corps.	0	1	2	3	4
88.	Ne jamais vous sentir proche de quelqu'un.	0	1	2	3	4
89.	Sentiments de culpabilité.	0	1	2	3	4
90.	L'idée que quelque chose ne va pas dans votre tête.	0	1	2	3	4

**Appendix G**  
The Invalidating Childhood Environments Scale



## ICES : Évaluation de l'environnement invalidant durant l'enfance

*Validation française du questionnaire d'évaluation de l'environnement invalidant durant l'enfance : The invalidating Childhood Environments Scale (ICES). (Mountford et al., 2007)*

*Compagnone, P.D., Lo Monaco, G. (2015). Revue européenne de psychologie appliquée, 65, 43-52.*

---

Les questions suivantes portent sur la façon dont vos parents répondaient à vos émotions quand vous étiez enfant. Pour chaque question, merci de choisir la réponse (de 1 à 5) qui reflète le mieux votre expérience jusqu'à l'âge de 18 ans :

- 1 Jamais ;
- 2 Rarement ;
- 3 De temps en temps ;
- 4 La plupart du temps ;
- 5 Tout le temps.

Vos deux parents ont pu être très différents, c'est pourquoi nous vous demandons de distinguer vos réponses pour chacun d'eux. La colonne de gauche concerne votre mère et celle de droite votre père.

	Mère	Durant mon enfance	Père
1		Mes parents se mettaient en colère quand je n'étais pas d'accord avec eux	
2		Quand j'étais anxieux(se), mes parents n'y faisaient pas attention	
3		Quand j'étais joyeux(se), mes parents pouvaient être sarcastiques et dire quelque chose comme : « Qu'est-ce qui est si drôle ? »	
4		Quand j'étais contrarié(e), mes parents pouvaient dire quelque chose comme : « Je vais t'en donner, moi, de bonnes raisons pour pleurer ! »	
5		Mes parents m'encourageaient si je leur disais que je ne comprenais pas quelque chose de difficile du premier coup	
6		Quand j'étais content(e) parce que j'avais bien réussi à l'école, mes parents disaient quelque chose comme : « Ne sois pas si sûr(e) de toi »	

	Mère	Durant mon enfance	Père
7		Quand je disais que je ne pouvais pas faire quelque chose, mes parents disaient quelque chose comme : « Tu le fais exprès ! »	
8		Mes parents me comprenaient et m'aidaient quand je ne pouvais pas faire quelque chose facilement	
9		Mes parents avaient l'habitude de me dire des choses comme : « Parler de ses problèmes ne fait qu'empirer les choses »	
10		Quand je n'arrivais pas à faire quelque chose même si j'avais fait tous les efforts pour, mes parents me disaient que j'étais paresseux(se)	
11		Mes parents se mettaient en colère quand je prenais des décisions sans les consulter d'abord.	
12		Quand j'étais malheureux(se), mes parents me demandaient ce qui se passait pour pouvoir m'aider	
13		Quand je n'arrivais pas à résoudre un problème, mes parents disaient quelque chose comme : « Ne sois pas si stupide - même un idiot y arriverait ! »	
14		Quand je parlais de mes projets d'avenir, mes parents m'écoutaient et m'encourageaient	

Pour terminer, nous aimerions savoir comment vous perceviez votre famille lorsque vous étiez plus jeune. Pouvez-vous lire les descriptions suivantes et indiquer de quelle façon elles correspondent à votre expérience (jusqu'à vos 18 ans) :

- 1 pas du tout comme ma famille ;
- 2 un peu comme ma famille ;
- 3 comme ma famille de temps en temps ;
- 4 comme ma famille la plupart du temps ;
- 5 tout à fait comme ma famille.

	Description	Évaluation (de 1 à 5)
15	1 Durant mon enfance, mes parents n'étaient pas souvent disponibles, et j'ai eu peu d'attention de leur part. J'ai souvent dû me débrouiller seul(e) ou aller chez des amis ou de la famille. Mes parents se	

		Description	Évaluation (de 1 à 5)
		mettaient souvent en colère si je leur demandais quelque chose. L'un de mes parents (ou les deux) a pu avoir un problème d'abus de substance ou de santé mentale ou des difficultés financières.	
16	2	Durant mon enfance, je me suis senti écouté(e) et soutenu(e). Mes parents étaient intéressés par mes idées et par ce que je pensais. Ils m'ont encouragé à prendre mes propres décisions et faire mes propres choix. Quand les choses étaient difficiles pour moi, ils me soutenaient et essayaient de me réconforter.	
17	3	Durant mon enfance, tout dans ma famille était parfait en apparence. Cependant, mes parents ne supportaient pas si je montrais que j'étais contrarié, effrayé ou fâché. Ils attendaient de moi que je cache mes sentiments et que je fasse avec.	
18	4	Durant mon enfance, il était important d'être capable de contrôler ses émotions et de se concentrer sur la réussite et le succès. « Se comporter comme un adulte » était souhaitable.	

**Appendice H**  
Questionnaire sociodémographique

## INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

L'élaboration de ce document présente des extraits tirés du *Questionnaire sociodémographique* (Éthier et al., 1985).

---

Cette partie de l'entrevue me permettra d'avoir une meilleure connaissance de votre situation démographique.

### Statut socioéconomique

- a. Sexe \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_
- b. Statut conjugal :
- a. Célibataire \_\_\_\_\_ b. Marié (e) \_\_\_\_\_
- c. En cohabitation \_\_\_\_\_ d. En relation sans vivre avec le partenaire \_\_\_\_\_
- e. Veuf (ve) \_\_\_\_\_ f. Séparé (e) / Divorcé (e) \_\_\_\_\_
- c. Quelle est votre situation de vie actuelle?
- a. Vit seule \_\_\_\_\_ b. Vit avec famille d'origine \_\_\_\_\_
- c. Vit avec ami (e) ou colocataire \_\_\_\_\_ d. Autre situation (*spécifier*) \_\_\_\_\_
- d. Combien d'enfants avez-vous ? \_\_\_\_\_ Âges : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- e. Enfants vivent avec \_\_\_\_\_ Temps plein \_\_\_\_\_ Garde partagée \_\_\_\_\_

### Emploi et éducation

1. Quel est le niveau d'éducation le plus élevé que vous avez complété?
- a. Pas d'école \_\_\_\_\_ b. Primaire \_\_\_\_\_ c. Secondaire \_\_\_\_\_
- d. Collège / Cégep \_\_\_\_\_ e. Baccalauréat \_\_\_\_\_ f. Maîtrise / Doctorat \_\_\_\_\_

2. Avez-vous complété une formation technique? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, laquelle: \_\_\_\_\_

3. Quel est votre statut d'emploi habituel depuis les 2 dernières années?

- |                         |       |                       |       |
|-------------------------|-------|-----------------------|-------|
| a. Emploi stable        | _____ | b. Emploi occasionnel | _____ |
| c. Étudiant (e)         | _____ | d. Bénévole           | _____ |
| e. À la retraite        | _____ | f. Sans emploi        | _____ |
| g. S'occupe des enfants | _____ | h. Aidant naturel     | _____ |

4. Source de revenu familial

- |                           |                |                 |
|---------------------------|----------------|-----------------|
| a. Revenu du travail      | conjoint _____ | conjointe _____ |
| b. Assurance chômage      | conjoint _____ | conjointe _____ |
| c. Aide sociale           | conjoint _____ | conjointe _____ |
| d. Pension alimentaire    | conjoint _____ | conjointe _____ |
| e. Allocations familiales | conjoint _____ | conjointe _____ |
| f. Autres                 | conjoint _____ | conjointe _____ |

#### Histoire médicale

1. Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de santé ? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

Si oui, précisez à quel âge et le type de problème \_\_\_\_\_

2. Êtes-vous suivie ou avez-vous déjà été suivie pour des problèmes de santé ? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

Si oui, précisez à quel âge et le motif \_\_\_\_\_

3. Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des médicaments ? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

Si oui, pour quelle raison \_\_\_\_\_ Type de médicament \_\_\_\_\_

4. Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé de l'alcool ? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_  
Présentement \_\_\_\_ Antérieurement \_\_\_\_  
Précisez la fréquence : Souvent \_\_\_\_ À l'occasion \_\_\_\_ Rarement \_\_\_\_
5. Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé des drogues ? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_  
Présentement \_\_\_\_ Antérieurement \_\_\_\_  
Précisez la fréquence : Souvent \_\_\_\_ À l'occasion \_\_\_\_ Rarement \_\_\_\_  
Précisez le type de drogues : \_\_\_\_\_
6. Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques (dépression, anxiété élevée, etc.) ? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_ Présentement \_\_\_\_ Antérieurement \_\_\_\_  
Si oui, précisez l'âge et le type de problème \_\_\_\_\_
7. Êtes-vous suivie ou avez-vous déjà été suivie pour des problèmes psychologiques ?  
Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_ Présentement \_\_\_\_ Antérieurement \_\_\_\_  
Si oui, précisez l'âge et le type de problème \_\_\_\_\_

**Appendice I**  
Schéma d'entrevue



## Questionnaire – Entrevue

---

*J'aimerais vous poser quelques questions afin de connaître quelques aspects de vous et du milieu dans lequel vous avez grandi.*



- Le milieu dans lequel nous avons grandi peut avoir un impact sur notre vie et notre futur. En pensant à votre passé, pouvez-vous me décrire dans quel genre de famille vous avez vécu ? Est-ce qu'elle répondait adéquatement à vos besoins ? Si oui, comment ? Si non, qu'est-ce qui était problématique ?
- Avez-vous vécu avec vos deux parents ? Jusqu'à quel âge ?
- S'il y a eu séparation, avec quel parent êtes-vous resté ? À quelle fréquence voyiez-vous l'autre parent et comment étaient vos rapports ? Comment le parent qui avait votre garde voyait vos rapports avec l'autre parent ? Est-ce que ce parent vous posait des questions sur ce que vous avez fait avec l'autre parent ? Comment jugeait-il-elle cette implication auprès de vous ?
- Combien vous aviez de frère et de sœur ? Comment étaient vos relations ?
- Durant votre enfance ou votre adolescence, est-ce qu'il y eu des événements (*décès, maladie, accident ou autres*) qui vous ont marqués ou qui ont marqués des membres de votre famille ? Si oui, croyez-vous qu'ils ont joué un rôle dans l'histoire de votre vie ?
- Si vous aviez à parler de vous en quelques mots, quels seraient les traits qui vous décriraient le mieux ? Et que dirait de vous un voisin, un (e) collègue de travail ou d'école ou un ami ou une amie qui vous connaît très bien ?
- Actuellement, dans la vie de tous les jours, est-ce qu'il y a des pensées, émotions ou comportements qui vous préoccupent ? Dans quelles circonstances arrivent-ils ? À quelle intensité vous les ressentez et à quelle fréquence apparaissent-ils ? Est-ce que cela a un lien avec ce que vous avez vécu dans votre enfance ou votre jeunesse ?
- Est-ce qu'il vous arrive de traverser des périodes d'anxiété, d'irritabilité, de dépression ou des difficultés à gérer votre colère ? Dans quelle circonstance ? Que ressentez-vous ?

- Est-ce qu'il vous arrive d'avoir des comportements inappropriés, irréfléchis qui se produisent en réaction à des événements survenus dans un contexte émotionnel intense? Que faites-vous?
- Est-ce qu'il vous arrive parfois d'avoir l'impression de ne pas savoir qui vous êtes, de changer d'opinions, d'attitudes, d'intérêt et/ou d'éprouver un sentiment de vide ? À quoi pensez-vous ?
- Est-ce que les relations avec les membres de votre entourage (*conjoint, famille, voisinage, collègue de travail*) sont parfois perturbées, conflictuelles ou intenses ? Qu'est-ce qui arrive et comment la situation se règle-t-elle?
- Comment percevez-vous le monde et les gens qui vous entourent? Est-ce que vous pouvez leur faire confiance ? Est-ce qu'il y a des personnes en qui vous avez une confiance totale ou une grande méfiance? Avez-vous connu des déceptions dans votre vie? Qui en était la cause? Quel type de relation aviez-vous auparavant avec cette personne?
- Quelle est votre situation actuelle concernant votre statut matrimonial ? Avez-vous un conjoint ? Si oui, depuis combien de temps ? Comment va cette relation ? Si non, avez-vous eu des relations amoureuses antérieures ? Combien de temps elles ont duré ?
- Est-ce que vous avez un emploi ? Si oui, depuis combien de temps ? Est-ce que cet emploi vous satisfait ? Si non, avez-vous eu des emplois antérieurs ? Combien de temps ils ont duré ? Espérez-vous du changement?
- Comment trouvez-vous la vie en général ?
- Qu'est-ce que vous aimez le plus ou le moins dans votre vie actuellement? Si vous aviez à changer quelque chose dans votre vie, que changeriez-vous ? Que souhaiteriez qu'il vous arrive ?
- Nous avons maintenant terminé l'entretien. Après avoir partagé votre expérience, comment vous sentez-vous ? Est-ce qu'il y a quelque chose que vous aimeriez ajouter ?

**Appendice J**  
Récits des six sujets

La section suivante présente un compte rendu du récit de vie des six participantes à partir des données recueillies dans le cadre des deux entrevues semi-structurées. Un résumé et une interprétation des résultats aux divers instruments de mesure complètent également l'ensemble du portrait de chacune d'elles.

### **Première participante : Marjolaine**

Marjolaine est une dame âgée de 54 ans qui se présente aux entrevues avec un grand souci de faire avancer les connaissances sur le TPL. D'entrée de jeu, elle souligne que, depuis qu'elle a reçu son diagnostic de TPL, tout est devenu clair dans sa tête. Dans la synthèse qu'elle fait de sa vie, elle insiste pour dire que : *« C'est apaisant et rassurant de savoir que j'ai un TPL car enfin, même si j'ai un problème de santé mentale, je sais que je ne suis pas folle. »*. Elle revoit son parcours de vie et ses nombreuses années empêtrée dans une problématique sévère de toxicomanie. Ce qui compte pour elle maintenant dans sa vie, c'est qu'elle soit capable de mettre des mots, d'identifier ses émotions et de mieux se comprendre. Au tout début de l'entrevue, elle tient à préciser ceci : *« J'ai eu des hauts pis des bas tellement intenses ça s peut pas... J'ai abusé de mon corps... Je l'ai brutalisé mon corps... J'savais qu'y avait quelque chose dans ma tête qui n'avait pas rapport avec les drogues. »*.

### **Histoire familiale et événements marquants**

Marjolaine vient d'une famille nucléaire de huit enfants qu'elle qualifie de dysfonctionnelle et dans laquelle il n'y avait aucune communication. Lorsqu'il y avait

des conflits, il n'était pas question de parler de ses sentiments personnels ou du « comment j'me sens » et on « ne revenait pas sur les situations ». Selon le souvenir qu'elle garde de ses parents, sa mère était très sérieuse, ne manifestait aucune marque d'affection, était toujours fatiguée, repoussante et dépressive. Le lien qu'elle avait avec son père était plus chaleureux même si celui-ci était de type autoritaire et silencieux. Selon Marjolaine, elle pouvait obtenir facilement ce qu'elle voulait de son père et elle réussissait à le faire rire. Cependant, à l'âge de 6 ans, un événement familial est venu la troubler alors que son frère, qu'elle considérait comme son héros, s'est fait arrêter par les policiers puisqu'il avait mis le feu à des bâtiments. Suite à cet événement, elle a vu son père dans une colère terrible, en perte de contrôle alors que sa mère a dû lui donner un coup de poêlon sur la tête pour le ramener à la réalité. À partir de cet instant, se disant traumatisée, Marjolaine s'est mise à éprouver des difficultés de sommeil et à faire des cauchemars la nuit, reconnaissant que cette scène était beaucoup trop intense pour un enfant de 6 ans. De plus, selon les propos rapportés par ses sœurs, des changements d'humeur importants ont commencé à se manifester chez elle alors qu'elle pouvait passer d'un état « joyeux-content » à un état de tristesse soudain. Ses sœurs ne comprenaient pas ses écarts et s'en tenaient à dire qu'elle avait un grand besoin d'attention dans un univers familial où les relations étaient plutôt perturbées et « teintées » de mesquinerie.

Entre 9 et 11 ans, alors qu'elle allait garder les enfants au domicile de sa sœur, Marjolaine a été violée et abusée sexuellement par le conjoint de celle-ci sur une base

régulière. Étant très envahie et traumatisée par cette situation, elle a lancé un premier appel à l'aide à l'âge de 11 ans, en se coupant les veines des poignets avec des lames de rasoir. Dans ce qu'elle rapporte, il semblerait que sa mère ait peu portée d'attention à ce geste mentionnant qu'elle n'avait pas de temps à perdre avec cette façon d'attirer l'attention. Désirant vraiment se sortir de cette situation dans laquelle elle était victime d'abus, Marjolaine en a finalement parlé à sa mère et sa sœur, mais n'étant pas crue, elle a décidé de dénoncer ouvertement ce qu'elle subissait. Marjolaine se rappelle avoir créé une onde de choc tant dans sa famille que dans tout le quartier, car cette histoire est allée jusque devant les tribunaux. Elle tient à préciser qu'elle s'est sentie très seule face à cette dénonciation, car dans sa famille, c'était la « vieille école », on ne parlait pas de sexualité et elle est restée sans réponse par rapport à plusieurs questions qui la préoccupait en lien avec ces agressions.

À l'âge de 12 ans, précisant qu'elle vivait dans un environnement familial « fucké » où elle ne se sentait pas comprise, Marjolaine a fait sa première fugue et n'est jamais retournée vivre chez ses parents. Suite à cet événement, ces parents auraient signé des papiers afin qu'elle soit placée dans une école de réforme pour une période de 3 ans. À partir de ce moment, un sentiment de révolte s'est développé en elle étant donné qu'elle venait de se faire violer par son beau-frère, qu'il n'y avait personne à la maison pour la comprendre et parce qu'elle venait de se faire « pogner à découcher » et à désobéir, elle s'est fait « rentrer en dedans ». Se disant victime d'injustice et se trouvant dans un environnement où les gars et les filles avaient des problèmes bien plus graves que les

siens, elle s'est mise à faire des fugues à répétition pour évacuer sa rage et sa colère. Selon ses propos, elle était devenue une véritable « p'tite bitch » qui n'avait aucune restriction pour dire « n'importe quoi à n'importe qui » alors qu'elle était envahie par une forte hostilité et par beaucoup de ressentiment. C'est d'ailleurs dans ce contexte d'internement qu'elle a appris à développer son agressivité verbale et à s'endurcir le cœur.

À 15 ans, lors d'une fugue, elle a rencontré un « super » bon gars et chemin faisant, elle est allée demeurer avec lui chez ses parents. Dans cette famille, elle a vécu beaucoup d'amour, du réconfort, de l'attention, des moments de pur bonheur en éprouvant et reconnaissant, avec certitude, que cette famille a tout fait pour l'aider. Toutefois, à 17 ans, alors que Marjolaine était enceinte, son chum et elle ont décidé de quitter ce nid douillet pour aller s'installer dans le secteur des appartements où elle a demeuré durant son enfance. Les loyers n'étaient pas chers et l'occasion était bonne pour Marjolaine de retrouver sa famille d'origine. Ce retour lui a permis de renouer avec certains membres de sa famille, en plus de partager avec eux, les joies d'accueillir un premier enfant. Par contre, après seulement quelques mois, celle-ci a fait la connaissance d'une voisine de palier qui l'a entraînée dans l'univers de la drogue. Son importante problématique de consommation a forcé son conjoint à demander la garde légale de l'enfant jusqu'à ce que celui-ci ait sa majorité.

### **Antécédents personnels et médicaux**

Marjolaine est célibataire et vit seule en appartement depuis plusieurs années. Elle est sans emploi et a recours à l'aide sociale pour subvenir à ses besoins. Elle a complété un diplôme d'études secondaires de même qu'une formation technique dans les soins esthétiques. Marjolaine est mère d'un garçon, maintenant devenu adulte, marié et père de deux enfants. Dans ses révélations les plus intimes, elle me confie humblement qu'elle a eu six fausses-couches et trois avortements au moment où elle était sous l'emprise de la drogue. Après la naissance de son fils, Marjolaine raconte que sa vie a basculé soudainement alors qu'elle s'est liée d'amitié avec la voisine qui demeurait dans le même immeuble. Sous prétexte qu'elles se rencontraient pour discuter de leurs enfants, elles ont commencé à consommer ensemble du cannabis, mais l'escalade vers des drogues dures s'est faite très rapidement puisque cette voisine était en étroite relation avec un vendeur. Selon elle, sa dépendance a été rapide et instantanée, car ce dernier avait accès facilement et en quantité industrielle à de la cocaïne qui est devenue, comme elle le souligne, «son amour infini». Marjolaine insiste beaucoup et parle avec enthousiasme lorsqu'elle décrit la première fois où elle a «fait une ligne de cocaïne». Pour elle, l'euphorie éprouvée à ce moment-là a tellement été intense que le piège de la dépendance s'est refermé sournoisement, car d'une fois à l'autre, elle voulait retrouver le «high, le feeling» de cette première fois. La recherche de sensations fortes est devenue omniprésente au point de «se piquer par intraveineuse» comme elle le précise. Le récit entourant la problématique de dépendance de Marjolaine est «invraisemblable», notamment par rapport à tout ce qu'elle a fait subir à son corps. Selon ses dires, Marjolaine prenait une quantité incroyable de cocaïne, précisant qu'elle



pouvait passer des jours sans dormir et qu'à plusieurs reprises, elle a fait des « overdoses » pour pouvoir se libérer et mourir. Ce qui était difficile pour elle, c'était de gérer « les montagnes russes » associées aux effets de la drogue, c'est-à-dire de passer par des états euphoriques intenses à des symptômes « anéantissant » de dépression. Marjolaine raconte que son calvaire de consommation a duré une trentaine d'années, dont 20 ans, sous l'effet de la cocaïne et 10 autres années sous l'emprise de la morphine, du crack et du cannabis. Dans sa trajectoire de consommation, elle a fait plusieurs thérapies pour tenter de s'en sortir, mais elle rechutait tout le temps. Selon ses dires, la quantité qu'elle prenait était tellement excessive que les intervenants qui l'accompagnaient, lors de ses cures de désintoxication, avaient de la difficulté à la croire. Mais Marjolaine insiste pour dire que son histoire de consommation n'est que la pure vérité.

Depuis deux ans, celle-ci est abstinente et participe à des rencontres de soutien en lien avec le mouvement des Narcotiques Anonymes. Aussi, un aspect très important qu'elle tient à préciser est qu'après 6 mois d'abstinence, elle a pu recevoir des services en psychologie du centre de désintoxication qu'elle fréquentait. C'est à ce moment qu'elle a reçu un diagnostic de TPL. Pour Marjolaine, ce diagnostic a été salutaire dans sa vie car enfin, à 52 ans, elle a pu comprendre la source de son problème et donner un sens à toutes ses années de dérive dans la consommation.

Au niveau de son bilan actuel de santé, Marjolaine a des problèmes respiratoires importants et fait de l'arthrose, mais ce qui est le plus angoissant pour elle, c'est qu'elle est convaincue que, tôt ou tard, son médecin va lui annoncer qu'elle a un cancer parce qu'elle a trop brutalisé et maltraité son corps. En lien avec son passé, beaucoup d'images lui reviennent en tête et Marjolaine est aux prises avec beaucoup de symptômes qu'elle qualifie de « psychosomatiques associés au stress ». Par conséquent, Marjolaine est soutenue par de la médication, soit : des antidépresseurs pour soulager ses états dépressifs, des antipsychotiques pour ses délires (idées noires) et des anxiolytiques pour traiter son anxiété, ses angoisses et pour mieux dormir.

### **Expériences relationnelles et sociales**

Pour Marjolaine, le fait d'avoir été abusée et d'avoir été à l'école de réforme a eu pour effet de créer en elle, une dynamique de méfiance qui l'a amenée à avoir beaucoup de difficulté à s'investir dans ses relations. En ce sens, le défi de se tourner vers les autres et de créer de véritables amitiés n'a jamais été évident, car elle dit n'avoir jamais eu de figure significative dans sa vie sauf l'affection qu'elle éprouvait pour son père. De plus, elle tient à préciser que pour avoir connu le milieu de la drogue, elle ne pouvait faire confiance à qui que ce soit et qu'elle a connu de très grandes déceptions en étant « carrément trahie ». Même au niveau de sa relation amoureuse actuelle, elle dit éprouver beaucoup de difficulté à faire confiance à l'homme qu'elle fréquente occasionnellement depuis cinq ans en affirmant qu'elle vit beaucoup d'incompréhension. Selon ses dires livrés avec beaucoup d'humour, elle précise que son passé la rattrape, car au niveau de

sa sexualité, « *ç'a toujours été débridé son affaire* » et par le fait même, elle n'a jamais été fidèle à quiconque. Par conséquent, elle souligne que ses rapports intimes actuels sont très décevants alors que plusieurs de ses attentes ne sont pas comblées. Elle dit avoir un très grand besoin de se faire aimer et elle souhaite encore trouver un véritable amoureux avec qui partager sa vie. Par ailleurs, au plan familial, elle entretient présentement une très bonne relation avec son fils, sa bru et ses petits-enfants. Selon elle, il n'y a rien pour remplacer ses petits amours et le bonheur qu'elle ressent quand elle est avec eux. Depuis qu'elle est sobre, une forme de solitude lui permet aussi d'être calme et en paix.

### **Résumé et interprétation des résultats aux divers instruments de mesure**

**Fonctionnement adaptatif actuel.** *Diagnostic Interview for Borderline-Revised (DIB-R; Zanarini et al., 1989).* Le DIB-R est un entretien semi-structuré qui permet d'évaluer, par une série d'items, comment la personne s'est sentie, a pensé et s'est comportée pendant les deux dernières années. Les données d'entretiens fournies par Marjolaine démontrent clairement, au niveau des résultats, que la dimension des affects est très significative et joue un rôle de premier plan quant au fonctionnement adaptatif de celle-ci. On retrouve tant dans les sections de la dépression, de la colère, de l'anxiété et des aspects dysphoriques, des éléments qui traduisent un état d'esprit agité par une gamme de sentiments et d'importantes fluctuations émotionnelles surtout, et elle tient à le préciser, depuis qu'elle est abstinente. Au niveau de la section de la dépression, Marjolaine exprime s'être souvent sentie très déprimée et s'être sentie très impuissante

face à la vie en général. Elle précise aussi qu'un sentiment de culpabilité extrême l'envahit par rapport au fait de ne pas avoir élevé elle-même son fils en se qualifiant de « mère indigne ». Elle ajoute aussi avoir éprouvé de la honte et de la tristesse envers sa mère pour toute la hargne éprouvée à son égard. Pour ce qui est de la colère, c'est surtout envers elle-même qu'elle l'éprouve. Insistant pour dire qu'elle a eu assez de chicanes dans sa vie, elle tente d'accepter davantage l'opinion d'autrui. Par rapport à son anxiété, elle dit prendre des médicaments pour s'apaiser, car elle a tendance à trop s'analyser. Depuis son abstinence, elle affirme avoir passé par toute la gamme des émotions telles l'ennui, le sentiment de vide, la solitude et même parfois, la paranoïa... Par ailleurs, comme elle le mentionne : « *Au fil du temps, la brume est en train de se dissiper.* ». Son plus grand défi est de prendre soin de son corps qu'elle a gravement « violenté », exprimant également toute sa stupéfaction d'avoir survécu à autant de turbulence.

Au niveau des cognitions, Marjolaine rapporte avoir des pensées bizarres à partir d'un sixième sens qui lui permettrait de recevoir beaucoup l'énergie des autres. Ce phénomène est associé aussi à une très grande sensibilité qui lui permet de « pressentir les situations ». Selon ses dires, il lui arrive de sentir la présence d'une force apaisante ou d'une personne qui n'est pas vraiment là qu'elle associe à son ex-conjoint décédé ou à Dieu. Il lui arrive aussi de ressentir dans son corps, des sensations étranges, comme par exemple, avoir mal aux dents alors qu'elle n'en a plus aucune ou ne plus sentir ses jambes. Pour elle, ses réactions physiologiques sont explicables, spécifiant qu'elle « a

*été longtemps dans le néant avec son corps et dans ses pensées »* à cause de l'emprise de la drogue et de l'alcool. Par conséquent, Marjolaine croit fermement que d'ici peu, un médecin va lui annoncer qu'elle a le cancer.

Pour ce qui est de l'impulsivité, trois aspects importants ressortent au plan comportemental à savoir des actes d'automutilation, des dépenses inconsidérées et des excès de vitesse. En ce qui a trait à l'automutilation, Marjolaine éprouve manifestement de la gêne en spécifiant qu'elle tient à me dire la vérité. Par le biais de cette confiance, elle me raconte que lorsqu'elle prend son bain, elle le remplit d'eau très chaude. Une fois rendue dans la baignoire, il lui arrive de faire couler à nouveau de l'eau au point que ce soit brûlant et que cela lui provoque de fortes douleurs au corps. Cela peut aller jusqu'à ce que la peau lève, souvent au bout de ses doigts. Elle précise que cela lui donne, après coup, un effet de soulagement et d'apaisement. Quand elle sort de là, elle dit se « sentir comme vidée » et que ça lui fait du bien. Elle tient aussi à préciser que, lorsqu'elle était jeune, elle se brûlait le dessus des mains avec le feu de ses cigarettes. Concernant ses dépenses, Marjolaine souligne que « ses agissements dépassent l'entendement ». Alors qu'elle a réussi à obtenir une carte de crédit avec un montant maximal de 5 000 dollars, elle a atteint la limite autorisée en une journée seulement en s'achetant des électroménagers et de la loterie pour se faire plaisir. Quand elle a le moindre argent dans ses poches, elle le dépense rapidement. Le fait de se retrouver sans argent lui fait éprouver, après coup, beaucoup d'anxiété et l'amène, à l'occasion, à faire certains actes illégaux. Au niveau de la conduite automobile,

Marjolaine aime la sensation qu'elle éprouve à faire des excès de vitesse, mais il lui arrive occasionnellement de recevoir des contraventions. Elle dit avoir « *passé trois chars en trois mois parce qu'à chaque fois, elle a sauté le moteur...* ».

Sur le plan des relations interpersonnelles, Marjolaine dit être bien avec sa solitude en précisant qu'elle a « *un restant de paranoïaque* ». Lorsqu'elle est entourée de gens, elle a la sensation d'étouffer et de perdre son identité. Même avec son chum, elle doit prendre souvent des pauses à cause des nombreuses disputes. Les personnes les plus importantes actuellement dans sa vie sont sa marraine qui l'accompagne dans sa démarche d'abstinence, son fils, ses petits-enfants et sa bru. Avec son entourage, elle essaie de ne pas juger ni de critiquer les autres. Bien qu'elle reconnaisse avoir été très manipulatrice dans son passé, elle tente désormais de perdre cette habitude-là. Étant abstinente et adhérant aux principes enseignés chez les Narcotiques Anonymes, elle essaie de pratiquer l'honnêteté, la bonne foi et l'ouverture d'esprit.

**Régulation des états émotionnels.** *Échelle des difficultés de régulation des émotions (EDRE; Côté et al., 2013).* Ce questionnaire permet d'évaluer les difficultés de régulation des émotions selon un construit multidimensionnel. Les items indiquant, sur une échelle de type Likert, les scores *environ la moitié du temps* (3), *la plupart du temps* (4) ou *presque toujours* (5), ont été retenus comme étant représentatifs d'une difficulté actuelle de régulation émotionnelle. Pour Marjolaine, les trois principales dimensions qui semblent problématiques concernent les difficultés à contrôler ses comportements

impulsifs, le manque de clarté émotionnelle et les difficultés à s'engager dans des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives. Avant tout, les difficultés associées au contrôle des comportements impulsifs ressortent de manière significative comme l'indiquent, par exemple, les trois items suivants : « Je me laisse submerger par mes émotions; Lorsqu'une situation me bouleverse, je perds le contrôle; et Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai l'impression d'avoir perdu le contrôle de moi-même ». Par rapport au manque de clarté émotionnelle, deux items sont révélateurs quant à la faible compréhension de ses émotions à savoir : « J'ai de la difficulté à comprendre mes émotions; Je ne sais pas trop ce que je ressens ». Finalement, en ce qui concerne les difficultés à s'engager dans des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives, trois items se démarquent significativement, à savoir : « Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à faire mon travail; Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à me concentrer; Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à me concentrer sur autre chose. ».

**Détresse psychologique. *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1994).***

Traduction française de Fortin & Coutu-Wakulczyk (1985; Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale), ce questionnaire décrit le profil individuel sous l'angle de comportements symptomatiques en lien avec la détresse psychologique. Les items qui indiquent une fréquence de *beaucoup* (3) et de *extrêmement* (4) ont été retenus pour établir l'intensité du problème qui a été éprouvée par la personne au cours des sept derniers jours précédents. L'échelle symptomatique la plus représentative porte sur la

somatisation alors que plusieurs items indiquent un score extrême de (4). Pour Marjolaine, il est évident que cette dimension reflète une détresse importante provenant de la perception d'un dysfonctionnement corporel. Les principaux items qui présentent des scores extrêmes signalent des engourdissements ou picotements dans certaines parties du corps, des douleurs à la poitrine, des douleurs musculaires, des difficultés à prendre son souffle, des sentiments de faiblesses dans certaines parties du corps et des sensations de lourdeur dans les bras et les jambes.

D'autre part, on retrouve pour chacune des échelles symptomatiques de dépression, d'anxiété, d'hostilité et de psychotisme, un seul item qui ressort comme étant significatif, mais chacun est considéré pour mesurer la complexité de l'état de santé mentale de Marjolaine. Au niveau de l'échelle de dépression, les symptômes de l'humeur et de l'émotivité sont représentés par le sentiment d'être au ralenti ou d'un manque d'énergie, d'un sentiment de tristesse et d'un sentiment que tout exige un effort. Au niveau de l'échelle de l'anxiété, des signes généraux de nervosité sont traduits par un état de tension et de surexcitation. La dimension d'hostilité reflète un état émotif de la colère qui s'incarne dans le fait de se disputer souvent et d'être facilement irritée ou contrariée. Enfin, un item lié à la dimension de psychotisme laisse présager chez Marjolaine, une forme d'obsession extrême qui se traduit par « *l'idée que votre corps est sérieusement atteint* ».

**Perception du vécu émotionnel durant l'enfance. *The Invalidating Childhood Environments Scale (ICES; Mountford et al., 2007)*.** Les résultats de la première partie



du questionnaire font référence aux comportements empathiques parentaux et aux pratiques parentales disqualifiantes. La deuxième partie du questionnaire évalue la perception globale du style familial selon trois types d'environnements invalidants (typique, parfaite ou chaotique) et un type d'environnement validant c'est-à-dire celui qui répond de façon appropriée aux émotions de l'enfant tel que proposé par Linehan (1993). Dans la première dimension, les résultats obtenus indiquent clairement que la perception de Marjolaine en lien avec le vécu émotionnel expérimenté avec sa mère est complètement différente de celle vécue avec son père. Ce qui est remarquable au premier coup d'œil, c'est que l'on retrouve, à l'échelle de type Likert, des scores extrêmes de *tout le temps* (5) ou *jamais* (1) face à la plupart des items qui se rapportent aux comportements empathiques maternels. En ce sens, la reconnaissance du vécu émotionnel et la capacité de répondre aux besoins émotionnels sont nettement problématiques du côté de la mère. Par exemple, on retrouve le score *tout le temps* (5) à l'item : « Quand j'étais anxieuse, mes parents ne faisaient pas attention à moi ». Alors que par rapport au père, on retrouve aussi des scores extrêmes, mais face aux items qui correspondent aux comportements qui traduisent une présence chaleureuse et attentionnée. Par exemple : « Mes parents m'encourageaient si je leur disais que je ne comprenais pas quelque chose de difficile du premier coup ». Dans la deuxième dimension, les scores extrêmes apparaissent aussi au niveau des items qui évaluent les pratiques parentales disqualifiantes. Du côté de la mère, les résultats indiquent face à tous les items que celle-ci était incapable d'accueillir les émotions et les besoins de son enfant, notamment par la manifestation d'un discours et par des attitudes dévalorisantes.

Par exemple, « Mes parents se mettaient en colère quand je n'étais pas d'accord avec eux » ou « Quand j'étais joyeuse, mes parents pouvaient être sarcastiques ». Alors qu'à l'inverse, les résultats indiquent une sensibilité et un degré d'ouverture manifeste de la part du père face aux besoins de Marjolaine, et ce, par rapport à la plupart des items. Ou encore, « Mes parents ne se mettaient jamais en colère quand je prenais des décisions sans les consulter d'abord ».

Dans la deuxième partie du questionnaire concernant la représentation que Marjolaine a conservée de sa famille, les résultats obtenus à l'échelle de type Likert font ressortir des indices élevés d'invalidation pour les trois types d'environnements familiaux. Cependant, Marjolaine a tenu à faire une distinction dans la façon d'évaluer son père et sa mère. Une fois de plus, les scores sont tranchants et catégoriques face aux items qui mesurent la perception que Marjolaine a gardée de sa mère quant à la façon d'exprimer ses émotions dans la famille. Par exemple, l'item suivant « Durant mon enfance, il était important d'être capable de contrôler ses émotions et de se concentrer sur la réussite et le succès » laisse présager une perception d'intransigeance de la part de la mère alors que plusieurs items comme « Durant mon enfance, je me suis sentie écoutée et soutenue » font ressortir davantage des attitudes de bienveillance et de compréhension de la part du père. Par ailleurs, à l'item « L'un de mes parents a pu avoir un problème d'abus de substance ou de santé mentale ou des difficultés financières », Marjolaine a tenu à spécifier que sa mère a pu avoir un problème de santé mentale, car elle l'a presque tout le temps vue dépressive.



### **Deuxième participante : Mireille**

Mireille est une femme âgée de 45 ans qui présentent des manifestations visibles d'anxiété. Lorsqu'elle se présente aux entrevues, son visage est très rouge, son débit verbal est très accéléré et ses mains tremblent. Elle accepte de contribuer à cette recherche en spécifiant qu'elle a toujours eu de la difficulté à mettre des mots sur cette souffrance qui l'habite constamment. Pour elle, son combat de tous les jours est de rester vivante. Les mots pour exprimer son état d'esprit se résument en ceci : *« J'aimerais ça que, tout ce qui est lourd à porter, tombe... C'est comme si j'ai un sac plein de roches et que je l'ai toujours sur le dos... Il est lourd à porter... des fois c'est plus léger... je tente de lâcher prise... d'arrêter de tout contrôler... mais quand le hamster y'embarque, ce n'est pas facile... je me ferme les yeux et j'écoute... j'essaye de me recentrer ».*

### **Histoire familiale et événements marquants**

Mireille n'a que de bons mots pour décrire son enfance. Spontanément, elle affirme avoir reçu beaucoup d'amour dans une famille dite « normale », précisant qu'il n'y avait pas d'alcool, pas de drogue, pas de problème de santé mentale. Par contre, elle s'empresse de mentionner que la journée où elle a célébré ses 11 ans, elle assistait aux funérailles de son père. Selon elle, cet événement est venu chambarder la famille au complet d'autant plus que la cause du décès de ce dernier était due à un suicide. Poursuivant ses activités ludiques et scolaires, Mireille ne s'est pas trop questionnée sur les raisons de la mort de celui-ci. Par ailleurs, alors qu'elle pratiquait le ballet depuis l'âge de quatre ans, sa mère a décidé de l'inscrire à 12 ans, aux Grands Ballets canadiens

afin qu'elle puisse perfectionner le ballet classique en plus d'avoir l'opportunité d'aller étudier dans une école sélecte. Cette aventure qui a duré deux ans a été une étape marquante dans sa vie, car, en plus d'avoir perdu le lien avec son père, elle devait quitter le domicile familial durant la semaine pour aller vivre loin de chez elle, dans une famille étrangère qui hébergeait les danseurs. Pour elle, cette expérience décrite comme étant « catastrophique » coïncidait aussi avec le fait qu'elle voyait sa mère seulement les fins de semaine en plus d'avoir à se soumettre à une discipline qu'elle qualifie « d'épouvantable » pour pouvoir rencontrer les exigences associées à la danse classique. Selon ses propos, être ballerine signifiait « être parfaite, pas le droit à l'erreur, rigidité, pieds en sang, être mince, sois belle et endure, discipline inhumaine, performance au niveau de la danse et au plan académique, etc. ». Après deux ans d'isolement, étant rendue au bout de ses forces, Mireille a décidé de prendre une pause et de retourner vivre avec sa mère. Bien qu'elle ait trouvé l'expérience pénible et exigeante, l'année d'après, soit à ses 15 ans, elle a voulu revenir aux Grands Ballets en auditionnant à nouveau, mais elle a été refusée principalement à cause de ses faibles résultats scolaires, ses difficultés à se concentrer et son déficit d'attention jusque-là ignoré. Pour elle, ce refus a été une grosse déception, un coup dur pour son estime personnelle, un véritable échec, précisant qu'elle n'était qu'une « pas bonne » et qu'elle avait « braillé sa vie ».

À ce moment-là, son retour à la maison lui a permis de constater que sa mère avait un mode de vie intense et désorganisé alors qu'elle avait un « *paquet d'hommes dans sa vie* », que ça circulait beaucoup dans l'appartement en précisant que « ce n'était pas

*grand et qu'on entendait tout* ». De plus, durant cette période, Mireille a appris par sa meilleure amie, les raisons cachées entourant le décès de son père. Pour elle, c'est clair que c'est à partir de cet instant que ses problèmes de santé mentale ont commencé. Lorsqu'elle a constaté que sa mère lui avait caché la vérité et qu'en plus, elle avait détruit la lettre que son père lui avait laissée avant de mourir sans qu'elle puisse la lire, Mireille éprouva un sentiment de colère intense, spécifiant qu'elle est devenue enragée contre elle. Selon ses dires, elle en voulut beaucoup à sa mère, car son sentiment de colère s'entremêlait aussi avec le fait qu'il y avait plusieurs hommes dans la vie de celle-ci. À partir de ce moment, Mireille a commencé à avoir des fluctuations d'humeur importantes, elle s'est jetée dans l'alcool délibérément avec ses amis en plus d'avoir des relations sexuelles non protégées avec une quantité de gars et certaines expériences de promiscuité avec des filles. Sous prétexte qu'elle reproduisait le même scénario de « débauche » que sa mère, ses déboires furent pour elle une façon de se venger d'elle puis de l'offenser par des conduites provocantes et désobligeantes. Par contre, au fil de ses expériences libertines, qu'elle qualifie pour la majeure partie du temps de « très décevantes », Mireille a découvert sa vraie nature en dévoilant « enfin » son orientation homosexuelle à sa mère et à son entourage.

Mireille relate un autre fait qui, dans les années suivantes, a eu un impact foudroyant dans sa vie. À 23 ans, alors qu'elle était inscrite dans le domaine des arts à l'université, elle dit avoir découvert le véritable amour avec une fille qui était dans ses cours. Cette aventure fusionnelle, propice à de nombreuses expériences sexuelles, a duré quelques

mois jusqu'au moment où son amoureuse lui a annoncé qu'elle avait un homme dans sa vie. Cette révélation a eu l'effet d'un choc terrible au plan affectif et dans les jours qui ont suivi, Mireille s'est « défoncée » dans l'alcool, a pris toute sa médication puis a fait une tentative de suicide. Elle a dû être hospitalisée plusieurs mois, car la médication ne semblait pas fonctionner pour stabiliser ses affects et son état en général. Bien que sa mère l'ait pris à sa charge suite à ce long séjour d'hospitalisation, Mireille a refait d'autres tentatives de suicide dans les mois subséquents non parce qu'elle voulait mourir, mais plutôt parce qu'elle voulait arrêter de souffrir. Ce combat n'a jamais cessé depuis alors que Mireille dit être aux prises, encore aujourd'hui, avec des sentiments intenses de tristesse, d'anxiété et des états dépressifs envahissants qui ne seront jamais résolus, selon elle.

### **Antécédents personnels et médicaux**

Mireille est célibataire, elle vit seule dans un petit logement et elle n'a aucun enfant. Elle a obtenu un diplôme d'études secondaires, a complété une formation technique comme fleuriste puis a fait une année universitaire dans le domaine des arts. Mireille rapporte qu'elle a des problèmes de santé mentale depuis qu'elle est adolescente. Plus précisément, elle affirme que c'est à partir de l'âge de 15 ans qu'elle a commencé à avoir d'importantes fluctuations au niveau de ses humeurs, passant de l'euphorie à des états de tristesse soudains. Son médecin de famille de l'époque lui avait prescrit une médication pour stabiliser ses humeurs, précisant qu'elle était cyclothymique. Au fil du temps, ses difficultés ont perduré et suite à sa rupture amoureuse à l'âge de 23 ans, elle a reçu le diagnostic d'un trouble de bipolarité et d'anxiété généralisée. Durant ces années,

des problèmes psychologiques emmêlés et complexes ont conduit Mireille à développer une importante problématique de consommation d'alcool et une dépendance au cannabis. Tel que rapporté, elle précise que l'alcool est rentré dans sa vie dès l'âge de 15 ans et ce mode de vie a duré jusqu'à l'âge de 30 ans. Après sa déception amoureuse, Mireille a fait des tentatives de suicide à quelques reprises pour essayer de se délivrer d'un « mal-être existentiel » qu'elle qualifie « *d'intenable* » et qui s'est toujours manifesté par une anxiété envahissante, des états d'angoisse importants ou des sentiments dépressifs soudains. Lors de sa première tentative de suicide, Mireille a été hospitalisée plusieurs mois et une série de médicaments lui a été administrée pour lui redonner le goût de vivre, comme elle le souligne. Dans les années qui ont suivi, des séjours de courte durée en centre hospitalier ont été nécessaires pour ses crises de panique, pour ajuster sa médication ou pour d'autres tentatives de suicide qu'elle qualifie « d'appels à l'aide ». À l'âge de 30 ans, le diagnostic du TPL a été établi par un psychiatre. Actuellement, Mireille prend une médication, des anxiolytiques, pour traiter son anxiété en plus d'être « soumise à des antidépresseurs » comme elle le dit, pour contrer ses états dépressifs. À l'occasion, Mireille fait du bénévolat dans un foyer pour personnes âgées, car sa santé ne lui permet pas de s'investir dans un emploi et sa principale source de revenus est l'aide sociale.

### **Expériences relationnelles et sociales**

Le souvenir qu'elle garde de ses relations au niveau de l'enfance est le lien qu'elle a développé avec une petite amie qui dormait souvent à la maison et qui faisait vraiment



partie de sa vie. Cette amitié est demeurée présente durant toute son adolescence et c'est justement par celle-ci qu'elle a pris connaissance de la façon dont son père est décédé. Comme mentionné, Mireille a commencé à dysfonctionner à l'âge de 15 ans et à partir de ce moment-là, plusieurs hommes ont passé dans sa vie. Elle tient à préciser qu'elle était toujours dans la séduction, que toutes ses aventures et que cette façon de se comporter était une « *game* » superficielle. Durant plusieurs années, Mireille a fonctionné au quotidien sous l'emprise de l'alcool et du cannabis et, contre rétribution, elle entretenait et maintenait ses relations pour pouvoir payer sa consommation. Elle précise même avoir été agressée sexuellement, sous forme d'un viol collectif à l'âge de 20 ans, et qu'elle a dû être hospitalisée pour des séquelles physiques. Cet événement a aussi contribué à éprouver de la répulsion pour les hommes.

Après son hospitalisation qui faisait suite à sa rupture amoureuse, Mireille est allée vivre chez sa mère et en a profité pour se réconcilier avec elle. À partir de cet instant, elle ne désirait plus s'engager dans une nouvelle aventure amoureuse. Mireille a pris conscience de sa grande vulnérabilité au plan affectif, vulnérabilité qui se traduit par une peur de l'abandon et du rejet sauf en ce qui a trait au lien qui l'unit à sa mère. Mireille a la certitude que sa mère ne l'abandonnera jamais et elle qualifie cette relation de fusionnelle. Elle tient à préciser que « *si ma mère meurt demain matin, je la suivrai aussi* ». Humblement, elle admet que même si elle l'a manifestement détestée après la mort de son père, aujourd'hui elle est son plus grand réconfort. Elle spécifie que « *dans les pires moments de sa vie, sa mère ne l'a jamais lâchée* » et que ce lien est maintenant

sa bouée de sauvetage. Elle ne voit pas comment elle peut continuer à vivre sans la présence de celle-ci. Au niveau de son suivi psychologique actuel, un de ses plus gros défis est d'apprendre à ne pas trop dépendre de sa mère et à gérer ses angoisses quand il est question de séparation.

### Résumé et interprétation des résultats aux divers instruments de mesure

**Fonctionnement adaptatif actuel.** *Diagnostic Interview for Borderline-Revised (DIB-R; Zanarini et al., 1989).* Le DIB-R est un entretien semi-structuré qui permet d'évaluer, par une série d'items, comment la personne s'est sentie, a pensé et s'est comportée pendant les deux dernières années. Les données d'entretiens fournies par Mireille démontrent clairement que les résultats par rapport à la dimension des affects ressortent de manière significative et semblent problématiques quant au fonctionnement adaptatif de celle-ci. Plusieurs affirmations nous donnent comme source d'information, des éléments importants associés à la dépression, à l'anxiété et à des aspects dysphoriques. La section de la dépression est très représentative, car tous les items indiquent une cote élevée en référence à des sentiments prolongés d'impuissance, de perte d'espoir, à des sentiments extrêmes de culpabilité et d'indignité. Au niveau de l'anxiété, les réponses de Mireille énoncent qu'elle est souvent aux prises avec des symptômes somatiques sous forme de tension comme, par exemple, souffrir de maux de tête, subir des bouffées de chaleur ou avoir le cœur qui débat comme si elle était sur le bord d'un état de panique. Elle tient à préciser que c'est comme s'il y avait quelque chose qui se déclenche dans sa tête et que ça va dans tous les sens « *Tout devient plus noir, tout est plus exagéré et ça*

*prend des proportions démesurées.* ». Au niveau dysphorique, elle connaît d'importantes perturbations de l'humeur qui génèrent des sentiments envahissants de tristesse, d'ennui, de grande solitude en plus de ressentir une forte sensation de vide intérieur. Pour remédier à cet inconfort émotionnel, il lui arrive fréquemment de se coucher et de dormir une bonne partie de la journée.

Dans la section des cognitions, Mireille dit qu'elle se parle beaucoup à haute voix ou parle à son chat pour tenter de maîtriser ses appréhensions. Quand elle s'extériorise ainsi, cela lui permet d'éviter « *que ses pensées partent de tout sens, de tout côté* ». De plus, celle-ci précise qu'elle a un « troisième œil » qui lui permet d'observer les gens et de les deviner. Se décrivant comme une personne très sensible, Mireille est convaincue qu'elle a un don ou un sixième sens qui lui permet de détecter si les gens sont honnêtes envers elle notamment envers le personnel avec qui elle transige pour ses suivis médicaux ou face aux amies auprès de qui elle pourrait s'investir. Pour se rassurer, elle dit être très à l'écoute de sa voix intérieure, car elle a tendance à être très méfiante, un peu « parano » suite à de mauvaises expériences émotives qui l'ont fortement secouées et dans lesquelles, elle s'est sentie trahie.

Dans la section des actes impulsifs, les réponses considérées comme très significatives sont en lien avec les items portant sur les rapports sexuels improvisés et les achats inconsidérés. Ce qui la pousse à agir de manière impulsive a toujours pour motif de « combler un vide ». Parfois, il lui arrive de se prêter à des aventures

homosexuelles insolites, mais elle tient à préciser que les rencontres passagères sont souvent très éphémères. Toujours pour combler ses vides, il lui arrive fréquemment d'acheter des choses dont elle n'a pas besoin sur le coup de l'émotion. Cependant, elle précise qu'elle a le bonheur facile, car elle s'émerveille devant tout. Mireille se contente de peu et une simple babiole peut lui faire plaisir. Par ailleurs, elle tient à préciser que toutes les journées sont pour elle un combat et que la vie est très dure à supporter au niveau émotionnel. Malgré ses sentiments intenses de vide intérieur, Mireille a cessé de faire, de façon impulsive, des menaces de suicide, car sa mère comble un vide en veillant sur elle. Mireille lui a promis qu'elle ne passera jamais à l'acte tant qu'elle sera à ses côtés. En guise de compensation, elle peut l'appeler en tout temps, jour et nuit. Mireille détaille que récemment, elle lui a téléphoné 11 fois dans la même journée, dont un appel très tard en soirée.

En ce qui concerne ses relations interpersonnelles, Mireille dit souffrir de solitude, mais que, même si cela est paradoxal, elle aime être toute seule, car sa bulle est primordiale. Elle souligne qu'elle a besoin des autres seulement quand « elle » le veut sinon, elle éprouve le sentiment d'étouffer si une personne tente de trop s'approcher. Mireille vit seule avec son petit chat et cela lui suffit. Ses anciennes histoires d'amour l'ont amenée à se protéger « à double tour », craignant sans cesse d'être rejetée et abandonnée à nouveau. Elle dit avoir beaucoup d'attentes et, par le fait même, beaucoup de déceptions, car ses demandes, affiliées à un mal-être existentiel profond, apparaissent

comme très difficiles à combler. Sa seule raison de vivre et son principal réconfort affectif est sa mère... et son chat.

**Régulation des états émotionnels. *Échelle des difficultés de régulation des émotions (EDRE; Côté et al., 2013).*** Ce questionnaire permet d'évaluer les difficultés de régulation des émotions selon un construit multidimensionnel. Les items indiquant, sur une échelle de type Likert, les scores *environ la moitié du temps* (3), *la plupart du temps* (4) ou *presque toujours* (5), ont été retenus comme étant représentatifs d'une difficulté actuelle de régulation émotionnelle. Pour Mireille, les quatre principales dimensions qui ressortent de manière significative concernent le manque d'acceptation émotionnelle, l'accès limité à des stratégies de régulation des émotions, la difficulté à engager des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives et le manque de conscience émotionnelle. D'une part, le manque d'acceptation émotionnelle ressort de manière significative comme l'indiquent les items suivants : « Lorsqu'une situation me bouleverse, je m'en veux de me sentir comme ça; lorsqu'une situation me bouleverse, je suis mal à l'aise de me sentir comme ça; lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai honte de me sentir comme ça; lorsqu'une situation me bouleverse, je me perçois comme une personne faible ». En ce qui concerne l'accès limité à des stratégies de régulation émotionnelle perçues comme efficaces, deux items se démarquent : « Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que cet état va durer longtemps; lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je finirai par tomber en dépression ». Par rapport à la difficulté d'engager des comportements orientés vers un but en présence d'émotions

négatives, les scores sont nettement élevés comme l'indiquent les items suivants : « Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à faire mon travail; lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à me concentrer ». Finalement, les éléments se rapportant au manque de conscience émotionnelle ont révélé chez Mireille une habileté plutôt intéressante pour reconnaître ses propres émotions à savoir, « Je prête attention à ce que je ressens; je suis à l'écoute de mes émotions; j'attache de l'importance à mes émotions; lorsqu'une situation me bouleverse, je reconnais que j'ai des émotions ».

**Détresse psychologique. *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1994).***

Traduction française de Fortin & Coutu-Wakulczyk (1985; Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale), ce questionnaire décrit le profil individuel sous l'angle de comportements symptomatiques en lien avec la détresse psychologique. Les items indiquant une fréquence de *beaucoup* (3) et de *extrêmement* (4) ont été retenus pour établir l'intensité du problème qui a été éprouvée par la personne au cours des sept derniers jours précédents. Chez Mireille, plusieurs échelles symptomatiques traduisent de manière significative des indices associés à une forme de détresse psychologique. Plusieurs items présentent des scores extrêmes notamment pour les échelles de dépression, d'anxiété, de somatisation, d'obsession-compulsion, de sensibilité interpersonnelle et de psychotisme. Au niveau de l'échelle de la dépression, des scores extrêmes se traduisent notamment par le fait de pleurer facilement, d'avoir trop d'inquiétude pour tout, d'avoir le sentiment de ne rien valoir, de se culpabiliser pour

certaines choses ou d'éprouver le sentiment de solitude. L'échelle d'anxiété met en perspective des items significatifs concernant notamment la nervosité ou l'impression de tremblements intérieurs, la tendance à être effrayée sans raison, des battements très forts ou très rapides du cœur, un sentiment de tension ou de surexcitation au point de se sentir tellement agitée qu'elle ne peut rester en place. Pour l'échelle de somatisation, plusieurs items font référence à des malaises corporels comme : des maux de tête, des douleurs au cœur, à la poitrine ou au bas du dos, des nausées, des engourdissements ou des sentiments de faiblesse dans certaines parties du corps. L'échelle d'obsession-compulsion soulève plusieurs items en lien avec le fait d'avoir des pensées désagréables incessantes, des troubles de mémoire, d'éprouver le sentiment d'être bloquée pour accomplir des tâches, la difficulté à prendre des décisions ou d'être inquiète face à la négligence ou à l'insouciance. L'échelle de sensibilité interpersonnelle rapporte aussi des indices importants concernant l'impression que les autres ne la comprennent pas ou ne lui témoignent pas de sympathie, une tendance à se sentir facilement blessée, un sentiment d'infériorité envers les autres ou une sensation de malaise lorsqu'il est question d'elle. Finalement, la dimension de psychotisme affiche un item très significatif concernant l'impression de solitude même en compagnie d'autres personnes.

**Perception du vécu émotionnel durant l'enfance. *The Invalidating Childhood Environments Scale (ICES; Mountford et al., 2007)*.** Pour les fins de passation de ce questionnaire, Mireille a répondu seulement en fonction de la représentation qu'elle conserve de sa mère puisque son père est décédé lorsqu'elle avait dix ans et elle dit ne

garder aucun souvenir par rapport à celui-ci en lien avec les questions posées. Les résultats de la première partie du questionnaire font référence aux comportements parentaux empathiques et aux pratiques parentales disqualifiantes. La deuxième partie du questionnaire évalue la perception globale du style familial selon trois types d'environnements invalidants (typique, parfaite ou chaotique) et peut faire ressortir un type d'environnement validant c'est-à-dire celui qui répond de façon appropriée aux émotions de l'enfant tel que proposé par Linehan (1993).

Dans la première dimension, les résultats obtenus à l'échelle de type Likert indiquent des scores extrêmes *tout le temps* (5) ou *jamais* (1) face à la majorité des items en lien avec les comportements empathiques maternels. Ainsi, la reconnaissance du vécu émotionnel par la mère, sa capacité d'écoute et de compréhension à l'égard de Mireille ont semblé être adéquates. Par exemple : « Quand j'étais malheureuse, mes parents (mère) me demandaient ce qui se passait pour pouvoir m'aider. ». La deuxième dimension, qui fait état des pratiques parentales disqualifiantes, indique un score extrême *jamais* (1) pour la majorité des items, révélant que les pratiques parentales de la mère étaient tout à fait appropriées dans le fait d'accueillir les besoins et les émotions de son enfant. Par exemple, « *Quand je n'arrivais pas à faire quelque chose même si j'avais fait tous les efforts pour, mes parents (mère) me disaient que j'étais paresseuse* ».

Dans la deuxième partie du questionnaire concernant la représentation de sa famille que Mireille a conservée, les résultats obtenus à l'échelle de type Likert font ressortir



une perception globale positive en lien avec un type d'environnement validant. Ainsi, un score élevé *tout à fait comme ma famille* (5) a été attribué à l'item suivant : « Durant mon enfance, je me suis sentie écoutée et soutenue. Mes parents (ma mère) étaient intéressés par mes idées et par ce que je pensais. Ils m'ont encouragé à prendre mes propres décisions et faire mes propres choix. Quand les choses étaient difficiles pour moi, ils me soutenaient et essayaient de me reconforter ».

### **Troisième participante : Mélanie**

Mélanie est une femme âgée de 40 ans qui se présente aux entrevues en précisant qu'elle est très contente de participer à cette recherche et qu'elle a vraiment besoin de verbaliser ses sentiments. Mélanie est très volubile, donne beaucoup de détails et devient souvent émotive surtout lorsqu'il est question de son enfance. Ses phrases sont entrecoupées de soupirs, d'exaspération et parfois, elle laisse planer verbalement un « *Wouin... en tout cas... j'me comprends...* » pour tenter de masquer certains aspects de son récit de vie. Son ton de voix s'accroît, elle devient colérique et son débit verbal s'accroît quand il s'agit de parler de ses parents. Mélanie porte encore des blessures vives de son enfance et elle spécifie que celles-ci ne pourront jamais guérir. Comme elle le dit : « *Tu sais, mon passé il est toujours à côté de moi... Tout me rappelle mon enfance... Même sur leur lit de mort, mes parents n'admettront jamais tout le tort qu'ils m'ont fait ... Actuellement, je me rends compte que je n'avance plus dans rien à cause de l'agressivité que je ressens pour eux... je suis agressive tant au niveau physique que verbal. Quand je me fâche, c'est terrible... j'ai tellement vu mon père réagir comme ça... j'ai même refusé*

*d'assister au mariage de mon frère parce que j'avais peur de faire un carnage dans l'église... j'ai dit à mon frère de ne pas me donner « un 12 » parce que je vais tirer ma mère... je suis même allée à l'hôpital pour dire que j'avais peur de faire du mal à quelqu'un... ils m'ont donné une médication pour me stabiliser... »*

### **Histoire familiale et événements marquants**

Mélanie est issue d'une famille aisée, qui n'a jamais manqué de rien et dans laquelle il n'y avait aucun problème d'alcoolisme, ni d'argent ni de toxicomanie. Tout était axé sur l'apparence et selon ses dires, rien ne laissait croire que sa famille était désorganisée ou « *fuckée* », comme elle le mentionne. Ses parents étaient médaillés du Québec et s'investissaient à outrance dans le sport, ce qui paraissait bien aux yeux de tous. Mais pour Mélanie, cette façade cachait une dure réalité, car elle et son frère devaient s'investir à fond dans plusieurs sports et la performance était de mise. Tant les fins de semaine ou lors de congés scolaires, tous les deux devaient pratiquer un sport du matin au soir. Durant la période estivale, ils étaient inscrits dans un camp de vacances. Pour elle, c'est clair dans sa tête que pour ses parents, c'était une façon de se débarrasser d'eux, de ne pas avoir les enfants dans les jambes ou de ne pas leur voir la face en les inscrivant dans toutes sortes d'activités pour que ceux-ci soient le moins possible à proximité de la maison. Par contre, quand les enfants étaient à la maison, Mélanie rapporte que son frère et elle étaient soumis aux travaux forcés. Par exemple, elle se rappelle qu'à sept ans, elle tondait la pelouse sur une grande surface de terrain, qu'elle cordait du bois pour l'hiver, qu'elle contribuait aux tâches ménagères sinon, c'est à « coup de claques » que ça se passait si elle et son frère refusaient de participer. Ils ne pouvaient en aucun temps répondre au téléphone et ils ne

devaient faire ni bêtise ni erreur, car c'est à leur père qu'ils avaient affaire, même si l'événement était passé depuis 3 ou 4 jours. Selon ses dires, leur mère les dénonçait et ils « *passaient au cash* » souvent pour des niaiseries. Mélanie a même le souvenir que son frère se faisait « *shaker* » parce qu'il faisait des crises d'épilepsie. Selon ses perceptions, elle est convaincue que son père était borderline à cause de sa grande impulsivité. Étant un ancien militaire, il était un homme froid et il les a élevés « à la dure ». Mélanie se rappelle que, jusqu'à l'âge de ses 14 ans, lorsqu'il perdait le contrôle envers elle, il fonçait dessus jusqu'à tant qu'elle accote sur le mur et au moment où elle recevait des claques, elle « *pissait* » dans ses culottes. Elle se rappelle, notamment, que son père l'avait frappée devant un intervenant de la direction de la protection de la jeunesse (DPJ), mais qu'il avait seulement reçu un avertissement de ne plus recommencer. Mélanie tient à préciser que c'est à partir de ce moment-là que les intervenants de la DPJ ont décidé du sort de sa vie, car elle a constaté que ces autorités n'avaient pas exercé leur rôle adéquatement alors qu'ils étaient mandatés pour la protéger. Son père était un homme violent qui avait un dossier criminel pour violence conjugale et sa mère a dû, à quelques reprises, s'enfuir dans un refuge pour femmes battues.

Concernant le lien d'attachement à sa mère, elle le qualifie d'épouvantable. Pour Mélanie, c'est comme si elle n'existait pas aux yeux de sa mère et que cette dernière a tout fait pour l'éliminer depuis sa jeunesse. Dans les propos que son père lui a rapportés, il semblerait que sa mère a voulu la laisser à l'hôpital après sa naissance. À l'échographie, elle s'était fait dire qu'elle portait un garçon, mais lorsqu'elle a découvert que c'était une

filles, il semblerait qu'elle a fait une crise épouvantable dans la salle d'accouchement. Ce faisant, Mélanie aurait passé un mois à la pouponnière, car sa mère projetait de la donner en adoption. Rapportant qu'elle lui a souvent posé des questions à ce sujet, Mélanie affirme que sa mère a toujours nié et mentit à propos de ces faits, mais, à travers plein d'événements, elle se rendait compte que celle-ci ne l'aimait pas. Selon ses dires, elle faisait tout pour la ridiculiser et lui faire subir ses sarcasmes. Entre autres souvenirs, elle se rappelle un épisode où sa mère lui a mis la tête dans un bol de toilette soi-disant pour essayer de la noyer. Elle a la certitude que sa mère voulait la faire disparaître. Mélanie, à propos d'elle-même, se rappelle qu'elle était colérique, pleurait souvent et se retrouvait fréquemment seule même dans la cour d'école. Elle a aussi le souvenir d'avoir torturé cruellement un petit chat à l'âge de dix ans pour se défouler tellement elle était frustrée des mauvais traitements qu'elle subissait à la maison.

Selon les dires de son père, le couple s'est mis à mal aller à partir de la naissance de Mélanie. Celle-ci précise qu'elle a vécu l'aliénation parentale tout au long de son enfance alors que les deux parlaient toujours l'un contre l'autre. À l'âge de 13 ans, ses parents ont divorcé et la famille a été dans l'obligation de déménager. Son frère est allé vivre avec sa mère et Mélanie est allée demeurer avec son père même s'il la frappait. À ce moment, elle s'est faite à l'idée que ce dernier était sûrement malade pour avoir un comportement comme celui-là. Or, habitant dans un nouveau quartier, elle s'est rapidement liée d'amitié avec une jeune fille, dont les parents étaient plus ou moins présents, et elle en profitait pour coucher fréquemment chez elle. Après un certain temps, elles ont commencé à faire

des fugues et de fil en aiguille, elles se sont retrouvées dans un réseau de prostitution à Montréal. Lors d'une fugue et suite à un signalement, elles ont été interceptées par des policiers et en guise de conséquence, son père l'a envoyée dans un centre d'accueil pour un certain temps afin qu'elle ait une bonne leçon. Par contre, de retour au domicile de son père, Mélanie dit s'être arrangée pour tomber enceinte d'un gars qu'elle n'aimait pas du tout pour ne plus être sous l'emprise de son père. Elle était âgée de 15 ans, à ce moment-là. À la naissance, son bébé a été considéré comme prématuré, même à 36 semaines, car il pesait seulement 2 livres et 13 onces. Le médecin traitant a évoqué un problème d'anorexie de grossesse. Afin de recevoir un bon encadrement, elle est allée demeurer dans une famille d'accueil pour jeunes mères et dit avoir été très chouchoutée. À l'âge de 16 ans et demi, Mélanie est allée vivre en appartement avec son enfant et le père de celui-ci, mais la relation n'a pas duré à cause, selon ses dires, des nombreuses frustrations qu'elles portaient en lien avec son enfance. À 18 ans, elle a eu un deuxième enfant, un garçon, avec un père différent. Mais encore là, en peu de temps, la relation est devenue très conflictuelle, car selon Mélanie, elle était réactionnelle à tout, avait un sale caractère et devenait agressive facilement. Elle dit avoir été accusée de voie de fait sur ce « chum-là » alors qu'elle avait huit mois de grossesse. Au tribunal, elle a obtenu une absolution conditionnelle, car le juge aurait fait la part des choses en décidant que cette action était due au débalancement hormonal provoqué par la grossesse. Mais pour Mélanie, toute cette agressivité est le résultat de ses 13 premières années de sa vie qui ont été vécues sous l'emprise de la violence, de la haine et du rejet parental.

### **Antécédents personnels et médicaux**

Mélanie est célibataire et vit seule dans un appartement. Elle est la mère de deux garçons maintenant rendus à l'âge adulte. Au niveau de sa formation académique, elle a complété deux années au niveau secondaire. Elle occupe un emploi saisonnier comme escorte routière. Outre les revenus de cet emploi, elle reçoit une allocation financière en lien avec un accident d'automobile antérieur. Toutefois, désirant augmenter ses revenus, elle a fait plusieurs tentatives pour occuper différents emplois, notamment comme préposée aux bénéficiaires, mais elle ne réussit pas à les garder à cause de son impulsivité. Par exemple, lorsqu'elle se rend compte que certains employés font des erreurs ou perdent du temps, elle ne peut faire autrement que de les dénoncer. Selon ses propos, face à des aberrations, elle se dit incapable de ravalier, devient très confrontante et tout ou tard, elle *«pète une coche en leur sautant dans face»*. Selon Mélanie, c'est comme s'il y avait quelque chose d'anormal dans son métabolisme. Elle attribue son agressivité parfois à une dose trop forte d'adrénaline, mais elle fait surtout un lien direct avec les pertes de contrôle de son père dont elle a été témoin. Selon ses dires, elle a encaissé tellement de charges d'agressivité qu'elle a pensé faire appel à l'hypnose pour se faire enlever des bouts de film dans sa tête. Avant d'être médicamentée vers l'âge de 20 ans, elle dit avoir tabassé régulièrement du monde. Par exemple, lorsqu'elle allait dans les bars et que la tension commençait à monter, ça ne prenait pas de temps pour qu'elle *«embarque dans le tas»*. Avec le recul, elle explique que cette façon de réagir était due à l'état d'hypervigilance qu'elle avait développé pour survivre à un contexte familial violent et le fait de se défendre en frappant représentait pour elle, une façon de protéger son entourage. À l'âge

de 29 ans, Mélanie a fait une grosse dépression au point d'être hospitalisée, sous prétexte d'un trouble d'anxiété généralisée, puis à l'âge de 31 ans, elle a reçu un diagnostic de TPL. Elle tient à préciser qu'elle a traversé cet épisode en n'ayant personne autour d'elle pour la soutenir. Elle dit avoir été « *absente du décor* » durant deux bonnes années alors que personne ne semblait s'intéresser à elle. Ces propres fils étaient avec leurs pères respectifs et selon ses dires, il n'y avait pas de possibilité de contact. Considérant qu'elle a des problèmes psychologiques importants depuis longtemps, Mélanie souhaiterait avoir des services en ligne lui permettant d'avoir accès à des professionnels qui répondraient instantanément à ses maux ou à ses besoins lorsqu'elle est en crise. À ce sujet, elle s'emporte avec vigueur pour dénoncer la façon dont le système de santé fonctionne et n'est pas ajusté aux demandes des gens qui ont des problèmes psychologiques. Elle insiste pour dire : « *Est-ce qu'il va falloir que je fasse un crime pour me faire entendre ?* ». De plus, pour équilibrer ses états émotionnels, elle prend des antidépresseurs et des antipsychotiques pour soigner ses symptômes de dépression, d'anxiété et de délire. Depuis plusieurs années, elle tente d'apaiser ses angoisses à l'heure du coucher en consommant du cannabis. Par contre, depuis deux ans, Mélanie a reçu des doses maximales d'antidépresseurs en plus d'avoir une médication pour dormir et pour traiter des crises de panique. Celle-ci a vécu une grande gamme d'émotions, car son meilleur « *chum* » s'est tué avec de la morphine. Bien qu'elle ait consommé régulièrement des doses d'alcool importantes dans le passé, pour engourdir ses souffrances intérieures, elle s'abstient désormais, car elle craint d'exacerber ses vulnérabilités et de se mettre dans des contextes

qui feraient émerger ses réactions agressives. Un point que Mélanie tient à préciser est que, depuis son enfance, elle a souvent eu de fortes migraines.

### **Expériences relationnelles et sociales**

Lorsque Mélanie parle de ses relations en lien avec son vécu personnel, un sentiment de solitude émerge à plus d'une reprise dans ses propos. Elle dévoile cette confiance sur un ton très doux, mélancolique et avec un regard « plongé » dans le vide : *« Dans le fond, quand je réfléchis à ma vie, il n'y a personne qui me connaît vraiment... je suis toute seule dans la vie... Je pourrais être dans un ravin et il n'y aurait personne pour venir me chercher... Même pas mes enfants... Ce n'est pas un bon feeling mais j'ai toujours vécu comme ça... même les personnes à qui j'ai donné ma confiance, ils ont fini par me trahir... à mes éloges funèbres, je ne sais même pas qui va les dire ... personne ne me connaît... j'ai tellement vécu dans la solitude que je ne la ressens plus... J'ai connu juste ça dans ma vie... À 40 ans, si je pouvais changer quelque chose, j'aimerais être encore adoptée par quelqu'un de bien et de consciencieux... savoir qu'il y a quelqu'un qui est là pour toi... j'ai jamais eu ce sentiment-là... j'ai jamais ressenti cela de personne »... Je suis toute seule dans la vie... je n'ai pas l'impression que mes enfants vont être là quand je vais avoir 70 ans... Je sais qu'ils ne peuvent pas me donner tout ce que j'ai manqué ... de toute façon sur ça ... ils seront peut-être les premiers à me mettre en hospice...*

Au niveau de ses relations amoureuses, cela fait cinq ans que Mélanie est célibataire. Les hommes qu'elle a fréquentés avaient tous des problèmes de consommation. Face à



cette situation, elle insiste pour dire que ses comportements sont toujours réactionnels et qu'il lui en faut peu pour faire monter son agressivité. Selon elle, il faut que les choses se disent et en ce sens, elle préfère être seule. Dans son quartier, elle a la réputation d'être très agressive et directe. Les gens disent d'elle « *qu'il ne faut pas lui piler sur le petit orteil et surtout, ne pas la provoquer* ». Mélanie affirme avoir une totale confiance en elle-même, mais pas dans les autres. Selon ses dires, elle a ressenti un sentiment de vide intense entre ses 20 et 30 ans, car elle était entourée de personnes auxquelles elle ne s'identifiait pas. Somme toute, les aventures décevantes et les nombreuses déceptions, associées à ses expériences relationnelles passées, l'ont amenée à être très clairvoyante au fil du temps et n'ont fait qu'accentuer, selon elle, ses traits d'hypervigilance et de méfiance envers son entourage.

### **Résumé et interprétation des résultats aux divers instruments de mesure**

**Fonctionnement adaptatif actuel.** *Diagnostic Interview for Borderline-Revised (DIB-R; Zanarini et al., 1989).* Le DIB-R est un entretien semi-structuré qui permet d'évaluer, par une série d'items, comment la personne s'est sentie, a pensé et s'est comportée pendant les deux dernières années. Selon les données fournies par Mélanie, plusieurs items ressortent de manière significative dans chacune des sections. Entre autres choses, la dimension des affects démontre clairement que les affirmations se rapportant à la dépression, à la colère et à l'anxiété sont considérées comme problématique au niveau de son fonctionnement adaptatif actuel. Dans la section de la dépression, tous les items indiquent une cote élevée et chaque réponse donnée par Mélanie est bonifiée d'un

commentaire personnel amplifiant le résultat (*p. ex., très fort, très-très, oui et je ne peux rien y changer, oui et ça m'habite beaucoup*). Par exemple, les sentiments d'impuissance, d'être déprimé tous les jours, de ne rien valoir, de se sentir désespéré ou sans espoir pendant des semaines ressortent de manière significative. Au niveau de la colère, ses réponses mettent en perspective des traits colériques importants, des sentiments de rage manifestes et le fait d'agir ou de réagir souvent sous le coup de la colère. À propos de son anxiété, Mélanie dit être de plus en plus perturbée par des peurs irrationnelles (*p. ex., sur l'autoroute, croiser des autos et penser qu'il y a un meurtrier dans une de celles-ci*). Les résultats démontrent également qu'elle présente des symptômes somatiques de tension, dont des migraines ophtalmiques, qu'elle explique à cause d'un taux d'adrénaline trop élevé dans son corps. Elle dit ressentir aussi des douleurs bizarres qu'elle est incapable d'expliquer en lien avec ses organes vitaux et cela la rend très anxieuse.

Sur le plan des cognitions, quelques items témoignent d'expériences perceptives inhabituelles ou des pensées bizarres. Mélanie affirme être très superstitieuse comme par exemple, le fait de garder les cendres de son ex-copain décédé est signe de malheur. Souvent, elle pense avoir reçu un « mauvais sort », car il lui arrive toujours le contraire de ce qu'elle souhaite ou de ce qu'elle dit face à plusieurs événements. Par ailleurs, elle fait très confiance à ses intuitions, dit qu'elle est très visuelle en plus d'avoir une sensibilité très forte qui lui permet de deviner si une personne est souffrante. Depuis qu'elle a eu son accident d'automobile qui lui a causé une fracture du sternum, elle imagine souvent

qu'une maladie sournoise la guette et que, tôt ou tard, on va lui annoncer une mauvaise nouvelle concernant sa santé.

Dans la section des actes impulsifs, les affirmations ressortant de manière éloquente se rapportent au passage à l'acte associé à de nombreux comportements impulsifs et violents. Par exemple, Mélanie affirme, d'une voix posée et avec un petit sourire narquois, avoir menacé verbalement de tuer quelqu'un depuis les deux dernières années, avoir donné des coups de poing lorsqu'il y avait une raison valable, avoir brisé du matériel et avoir perdu son calme, au point de crier et de hurler contre quelqu'un. Mélanie précise qu'elle vit dans un quartier défavorisé où *« tout le monde se vole, ça veille tard et souvent, ça brasse fort... »*. Elle raconte, entre autres choses, qu'elle est sortie presque nue avec un petit drap, un soir après minuit, pour *« régler le compte des gars de l'étage d'en bas qui faisaient le party et qui menaient trop de bruit »*. Sur le coup de l'émotion, Mélanie dit qu'elle *« était tellement enragée qu'elle en avait des éclairs dans les yeux et qu'il y avait comme des décharges électriques dans sa tête tellement elle était pâmée »*. Quand elle éprouve ce genre de colère, qui monte de manière instantanée, elle dit avoir des *black-out* et il lui est déjà arrivé de *« se visualiser à la télé »* à cause d'une bêtise grave qu'elle aurait faite sur le coup de la colère. Au niveau des actes impulsifs, les conduites automobiles dangereuses font partie de son quotidien et à certains moments, des épisodes de rage au volant lui font grand bien pour évacuer son agressivité.

Quant à la dimension des relations interpersonnelles, Mélanie affirme qu'elle est toujours prête à offrir de l'aide à certaines personnes de son entourage qui sont dans le besoin. Par ailleurs, en ce qui concerne ses propres besoins, elle dit se sentir facilement contrariée ou troublée si une personne veut s'occuper d'elle. Pour elle, c'est un signe de faiblesse de demander de l'aide et d'ailleurs, sa mère ne cessait de lui répéter à la maison : *« On est toujours mieux servi que par soi-même »*. Récemment, elle a refusé catégoriquement de demander de l'aide même si elle était vraiment dans une situation critique au plan monétaire. En ce qui concerne les relations avec ses proches, elle est en contact avec ses enfants, mais elle ne les voit que très rarement, précisant qu'ils sont du genre à s'arranger par eux-mêmes en ne demandant rien à personne. Sous prétexte que son plus vieux est indépendant et que l'autre a des problèmes de comportement en lien avec l'autorité, elle tente de les voir et d'en savoir le moins possible afin d'être irréprochable et surtout, parce qu'elle veut éviter toute forme de chicanes. Elle tient à préciser qu'elle ne va jamais au restaurant avec eux, ne célèbre aucun anniversaire, mis à part qu'elle leur remet une carte avec un cent « *piasses* » dedans. D'autre part, elle condamne le fait qu'ils soient très gâtés par leur père respectif avec toutes sortes de « *bébélles* » informatiques. Les communications par téléphone sont inexistantes entre eux. S'il y a une demande ou une urgence soudaine, Mélanie précise *« on se texte, mais ce n'est pas une conversation... de toute façon, vivre avec le sentiment d'être toute seule, ça ne me dérange plus... y'a beaucoup de choses qui me dérangent plus... je me suis beaucoup dissociée... »*.

**Régulation des états émotionnels. *Échelle des difficultés de régulation des émotions (EDRE; Côté et al., 2013).*** Ce questionnaire permet d'évaluer les difficultés de régulation des émotions selon un construit multidimensionnel. Les items indiquant, sur une échelle de type Likert, les scores *environ la moitié du temps* (3), *la plupart du temps* (4) ou *presque toujours* (5), ont été retenus comme étant représentatifs d'une difficulté actuelle de régulation émotionnelle. Pour Mélanie, cinq dimensions ressortent de manière significative avec des scores extrêmes pour la majorité des items à savoir, l'incapacité à contrôler des comportements impulsifs, la difficulté à engager des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives, l'accès limité à des stratégies de régulation des émotions, le manque de conscience émotionnelle et le manque de clarté émotionnelle.

D'une part, les items associés à la difficulté à contrôler des comportements impulsifs sont très éloquents tels : « Lorsqu'une situation me bouleverse; je perds le contrôle, je me laisse submerger par mes émotions; Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à maîtriser mes comportements »; Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai l'impression d'avoir perdu le contrôle de moi-même ». Les items se rapportant à la difficulté à engager des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives révèlent également une fragilité au plan émotionnel à savoir : « Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à faire mon travail; Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à me concentrer; Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à penser ». Concernant l'accès limité à des stratégies de régulation émotionnelle perçues comme efficaces, trois items se démarquent : « Lorsqu'une situation

me bouleverse, je crois que je finirai par tomber en dépression; Lorsqu'une situation me bouleverse, cela me prend beaucoup de temps avant de me sentir mieux; Lorsqu'une situation me bouleverse, je me sens envahie par mes émotions ». D'autre part, les deux dimensions suivantes à savoir le manque de conscience émotionnelle et le manque de clarté émotionnelle révèlent beaucoup plus, par la réponse fournie aux items, des habiletés de régulation émotionnelle. Face à la dimension du manque de conscience émotionnelle, les items suivants identifient une habileté à reconnaître ses propres émotions tout en étant capable de les différencier de celles des autres : « Je prête attention à ce que je ressens; je suis à l'écoute de mes émotions; Lorsqu'une situation me bouleverse, je reconnais que j'ai des émotions; Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que mes émotions sont valables ». Pour la dimension du manque de clarté émotionnelle, les items suivants soulignent également une aptitude, à savoir : « Je sais clairement ce que je ressens; je sais exactement ce que je ressens ».

**Détresse psychologique. *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1994).***

Traduction française de Fortin & Coutu-Wakulczyk (1985; Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale), ce questionnaire décrit le profil individuel sous l'angle de comportements symptomatiques en lien avec la détresse psychologique. Les items indiquant une fréquence de *beaucoup* (3) et de *extrêmement* (4) ont été retenus pour établir l'intensité du problème qui a été éprouvée par la personne au cours des sept derniers jours précédents. Chez Mélanie, plusieurs échelles symptomatiques présentent des scores extrêmes et traduisent de manière significative des indices associés à une forme de

détresse psychologique. Ces échelles réfèrent à la somatisation, la dépression, l'anxiété, l'hostilité, la sensibilité interpersonnelle, l'idéation paranoïde et le psychotisme. Au niveau de l'échelle de somatisation, plusieurs items traduisent des indispositions au plan corporel telles, des étourdissements, des serremments de gorge, des douleurs musculaires, des engourdissements, des picotements ou des sentiments de faiblesses dans certaines parties du corps. L'échelle de la dépression indique, sans équivoque, le sentiment de solitude, la culpabilité pour certaines choses, l'inquiétude pour tout et le fait de se sentir sans espoir face à l'avenir. L'échelle d'anxiété illustre également, par un score extrême, des indices de détresse importants comme l'impression d'avoir des tremblements intérieurs, de la nervosité, des attitudes craintives et des battements très forts du cœur. L'échelle portant sur l'hostilité est aussi éloquente et met en perspective la tendance à se sentir facilement contrariée, à faire des crises de colère incontrôlables, à avoir envie de frapper, de blesser ou de faire mal à quelqu'un de même que de vouloir crier et de lancer des objets. L'échelle de sensibilité interpersonnelle fait montre que Mélanie a tendance à critiquer les autres, à éprouver un fort sentiment d'embarras face aux autres et à avoir le sentiment que les autres ne la comprennent pas ou ne lui témoignent pas de sympathie. Les items se rapportant à l'échelle d'idéation paranoïde indiquent que Mélanie a l'impression que ce sont les autres qui sont responsables de la plupart de ses problèmes, qu'elle ne peut faire confiance à la plupart des gens et, de plus, elle a l'impression de ne pas être reconnue à sa juste valeur. Finalement, la dimension de psychotisme rapporte des éléments qui traduisent l'idée que quelque chose ne tourne pas rond dans sa tête, l'idée que quelqu'un d'autre puisse contrôler ses pensées et l'impression que quelque chose de grave affecte son corps.

**Perception du vécu émotionnel durant l'enfance. *The Invalidating Childhood Environments Scale (ICES; Mountford et al., 2007)*.** Les résultats de la première partie du questionnaire font référence aux comportements parentaux empathiques et aux pratiques parentales disqualifiantes. La deuxième partie du questionnaire évalue la perception globale du style familial selon trois types d'environnements invalidants (typique, parfaite ou chaotique) et peut faire ressortir un type d'environnement validant c'est-à-dire celui qui répond de façon appropriée aux émotions de l'enfant tel que proposé par Linehan (1993). Pour l'ensemble du questionnaire, la majorité des items indique, de manière constante, les scores extrêmes *tout le temps* (5) ou *jamais* (1) face aux affirmations qui concerne le vécu émotionnel tant envers sa mère qu'à l'égard de son père. Dans la première dimension, les items se rapportant aux comportements empathiques parentaux indiquent clairement que, selon la perception de Mélanie, ni son père ni sa mère n'avait la capacité de répondre adéquatement à ses besoins émotionnels. Par exemple, on retrouve le score *jamais* (1) aux items : « Mes parents me comprenaient et m'aidaient quand je ne pouvais pas faire quelque chose facilement; Quand j'étais malheureuse, mes parents me demandaient ce qui se passait pour pouvoir m'aider ». Dans la deuxième dimension qui concerne les pratiques parentales, les résultats indiquent dans la majorité des items que ni le père ni la mère ne pouvait être réceptif pour accueillir les émotions de Mélanie en adoptant un discours et des attitudes dévalorisantes. Par exemple, « Mes parents se mettaient en colère quand je n'étais pas d'accord avec eux; Quand je n'arrivais



pas à faire quelque chose même si j'avais fait tous les efforts pour, mes parents me disaient que j'étais paresseuse ».

Dans la deuxième partie du questionnaire en ce qui a trait à la représentation que Mélanie a gardée de sa famille, les résultats obtenus à l'échelle de type Likert font ressortir des indices d'invalidation pour les trois types d'environnements familiaux qui y sont associés (chaotique, parfaite, typique). Par exemple, le score *tout à fait comme ma famille* (5) a été donné pour illustrer un type d'environnement familial chaotique : « Durant mon enfance, mes parents n'étaient pas souvent disponibles, et j'ai eu peu d'attention de leur part. J'ai souvent dû me débrouiller seule ou aller chercher des amis ou de la famille. Mes parents se mettaient souvent en colère si je leur demandais quelque chose ». L'un de mes parents (ou les deux) a pu avoir un problème d'abus de substance ou de santé mentale ou des difficultés financières ». À l'inverse, le score *pas du tout comme ma famille* (1) a été attribué à l'item suivant pour illustrer comment, dans sa famille, on n'arrivait pas à valider de façon appropriée les émotions. Par exemple, « Durant mon enfance, je me suis sentie écoutée et soutenue. Mes parents étaient intéressés par mes idées et par ce que je pensais. Ils m'ont encouragé à prendre mes propres décisions et faire mes propres choix. Quand les choses étaient difficiles pour moi, ils me soutenaient et essayaient de me reconforter ».

#### Quatrième participante : Martine

Martine est une jeune femme âgée de 29 ans, énergique, volubile, nerveuse et qui semble anxieuse. Elle parle beaucoup, scrute mon regard, gesticule beaucoup se disant très intéressée à collaborer aux entretiens. D'emblée, elle commence à parler d'elle et de ses états d'esprit envahissants. Elle veut arriver à voir plus clair sur ce qui la tourmente. Elle spécifie que présentement, elle se sent comme dans le néant, face à un mur et que si sa thérapie sur la pleine conscience ne fonctionne pas, ce sera la catastrophe. Avec un débit verbal accéléré, elle projette plusieurs mots en rafale : *« il faut que j'arrête mon cerveau... mon anxiété... c'est la gestion de mes émotions... j'aimerais juste ça apprendre à gérer mes émotions.... Apprendre à me comprendre ... j'veux raisonner, avoir une logique, comprendre ce que je cherche... apprendre à me calmer... j'ai d'la misère avec la tolérance... à vivre avec moi-même, à vivre avec les autres... j'accumule... pis un moment donné chu pu capable... Ma vie, c'est d'la marde... Quand je suis arrivée en psychiatrie, je leur ai dit qu'il y avait deux parties de mon cerveau qui se battaient en moi... mais les deux, y faut qui connectent... mon Moi raisonnable, y donne des claques à mon Moi émotionnel... je suis toujours dans les extrêmes ... quand les scénarios partent, ça me brûle, ça me rend anxieuse... non je ne suis pas schizophrène... je suis très sensible, mais je ne le laisse pas paraître... je suis le genre à répliquer... je sais où frapper... c'est du tac au tac... c'est l'escalade... puis après je deviens triste... J'ai l'impression que je ne profite pas de ma vie... que je n'ai pas d'ambition... On dirait que je me traîne les pieds et que le chemin est loin devant moi ».*

### **Histoire familiale et événements marquants**

Martine a toujours habité au même endroit, même maison et ses parents demeurent là, encore aujourd'hui. Elle est enfant unique et selon les dires de sa mère, elle est une enfant miracle, car elle est tombée enceinte seulement avec un demi-ovaire. Sa mère a toujours été surprotectrice, inquiète et très anxieuse. Étant toujours dans la crainte, elle voyait toujours le négatif en premier. Selon ses dires, sa mère avait des scénarios de catastrophe et se souciait tout le temps de ce que les autres pensaient ce qui lui confirme qu'elle ne « retient pas des voisins ». Martine précise qu'elle n'a jamais manqué de rien. Son père n'était pas tellement présent, car il devait travailler à l'extérieur et rentrait très tard le soir. Il était un pourvoyeur généreux, docile, le genre à ne prendre aucune décision. Lorsqu'elle avait cinq ans, sa mère a dû subir une grosse opération et celle-ci est allée demeurer chez ses grands-parents maternels une assez longue période de temps, ce qui lui a permis de se rapprocher d'eux. Elle avait un lien particulièrement étroit et fort avec son grand-père, car il venait la reconduire à l'école, la chercher sur l'heure du midi ou quand sa mère avait des rendez-vous, elle passait du temps avec lui. Malheureusement, son grand-père est décédé d'un cancer fulgurant quand elle n'avait que 12 ans. Selon ses dires, cela a été très difficile pour toute la famille et malheureusement, certains n'ont pas encore fait leur deuil. Elle tient à préciser que depuis cet événement, qui remonte à plus de 15 ans, il ne se passe plus rien durant le temps des Fêtes : pas de réveillon à Noël, pas de rassemblement au Jour de l'An et aucun cadeau.

Martine souligne qu'elle a souffert terriblement de ne pas avoir de frère ou de sœur. Ses parents ont fait des démarches pour adopter un enfant, mais il semblerait que cela était trop compliqué. À l'école elle n'avait pas beaucoup d'amis, car elle était plutôt solitaire. Entre 8 et 12 ans, elle a vécu un problème d'intimidation du fait qu'elle souffrait d'embonpoint. De plus, elle était asthmatique et elle faisait souvent des bronchites. Elle se rappelle encore très bien les remarques désobligeantes et le rejet qu'elle subissait, notamment dans ses cours d'éducation physique, car elle était toujours la dernière choisie dans la formation des équipes. À 12 ans, Martine a été gravement malade. Elle a dû être hospitalisée pour un trouble intestinal important et à ce moment-là, elle a perdu beaucoup de poids. Toutefois, le fait de rester mince après son hospitalisation l'a vraiment aidée quand est venu le temps de faire son entrée au secondaire. Pour elle, ce fut une très belle période, surtout les trois dernières années, car elle avait un bon réseau d'amis(es) et s'impliquait volontiers dans des activités parascolaires. La transition du secondaire au niveau collégial s'est très bien déroulée. Elle s'est inscrite dans un programme en littérature-communication, ce qui correspondait parfaitement à ses aspirations. Elle habitait chez ses parents, avait un amoureux et faisait du sport. Mais quand elle est arrivée à l'université, à l'âge de 20 ans, sa vie a basculé. Elle a pris conscience que les prêts et bourses, c'était agréablement payant et que la situation était propice à faire le « *party* ». À ce moment, comme elle le souligne, elle ne sait pas vraiment ce qui s'est passé, mais il y a eu un « *switch* » dans son humeur. Elle a commencé à sortir, à fréquenter des personnes dans les bars qui l'ont influencée négativement à fumer, à consommer de l'alcool de manière abusive, à faire des achats

excessifs au niveau des vêtements et à s'entraîner six jours sur sept. Cet épisode, qu'elle qualifie de « débandade », a duré quelque mois et au final, elle s'est retrouvée sérieusement endettée. Cet épisode, comme conséquence ultime, a mené à l'abandon de son projet d'études en psychologie, à l'université.

Après un certaine période de repos et de récupération, elle a recommencé à travailler, car ses parents ne voulaient surtout pas payer sa dette de trente mille dollars. Sur une période de deux ans, elle a occupé différents emplois comme vendeuse dans des boutiques de vêtements, mais aussi, comme caissière dans une banque. Ce dernier emploi, qui a duré six mois, fut un déclencheur important dans sa trajectoire de vie, car elle s'est rendu compte qu'elle avait de la difficulté à atteindre ses objectifs. Selon elle, le stress et la pression associés aux différentes tâches n'ont fait qu'accentuer son anxiété et son comportement d'intolérance à l'égard des gens. Par conséquent, un bon matin, épuisée, elle ne s'est pas présentée au travail, car elle ne dormait plus, ne mangeait plus et ne sortait plus. Sa mère l'a obligée à consulter son médecin et celui-ci n'a pas tardé à lui prescrire des antidépresseurs en précisant qu'elle faisait une dépression majeure avec un trouble d'anxiété généralisée. Martine a été en arrêt de travail durant 5 mois, étant soumise à une médication importante qui provoquait d'importantes fluctuations au niveau de ses humeurs. Considérant que sa dépression l'a forcément déprogrammée, elle est convaincue qu'il y a quelque chose dans son cerveau qui ne marche plus comme pour tout le monde. Ce faisant, elle n'est jamais retournée travailler à la banque, mais elle

s'est plutôt orientée vers un emploi dans un organisme communautaire, vers un type de boulot qui lui a permis de travailler à son rythme.

### **Antécédents personnels et médicaux**

Martine vit en cohabitation avec son chum dans un appartement depuis 2 ans. Depuis qu'elle a 23 ans, elle occupe toujours le même emploi à temps partiel, et ce, comme secrétaire, dans un organisme communautaire. Elle bénéficie également du revenu de travail de son conjoint pour payer les comptes. Au niveau de sa scolarité, Martine a complété un diplôme d'études collégiales en littérature-communication et a aussi une attestation d'étude collégiale dans le domaine de l'assurance des dommages. Elle n'a aucun enfant, mais elle me confie, au moment où elle doit quitter à la fin de la dernière entrevue, qu'elle s'est fait avorter à l'âge de 26 ans. Selon ses dires, elle ne s'en est pas remis encore aujourd'hui tellement cet événement a été un drame dans sa vie. Son copain de l'époque a insisté pour ne pas garder l'enfant, mais elle aurait souhaité, dans son for intérieur, le garder. De plus, elle qualifie l'intervention médicale de « boucherie » tellement elle a souffert de la douleur provoquée, notamment parce que l'anesthésie ne faisait pas son effet. Elle se souvient avoir reçu une deuxième dose anesthésiante et qu'elle pleurait et criait à fendre l'âme. Aujourd'hui, elle assume cette décision, mais elle considère qu'il n'y a rien de réglé pour elle dans sa tête. Actuellement, elle a des tumeurs sur les ovaires et elle se demande si elle va pouvoir avoir un enfant éventuellement.

Martine précise que l'anxiété et les états dépressifs ont toujours été sur son chemin depuis qu'elle a fait une dépression majeure à l'âge de 22 ans. Dans les années subséquentes, il lui est arrivé à plusieurs reprises de se présenter à l'urgence de l'hôpital pour des crises de panique et de faire ouvertement des menaces de suicide. Pour elle, c'était comme un besoin viscéral de faire des crises « solides » d'hystérie, de « hurler » sa colère et son envie de mourir dans une salle d'attente et d'insister pour voir un psychiatre sur le champ. Retournant « bredouille » à la maison, avec une « poignée de médicaments » qui n'étaient pas toujours ajustée à son état de santé, Martine dit avoir été victime de faux diagnostics (trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité [TDAH]), car elle a souvent combattu des effets secondaires néfastes de sa médication. À 28 ans, elle s'est présentée, une fois de plus, à l'urgence de l'hôpital prétextant qu'elle était sous le contrôle d'une autre personne. Après avoir rencontré un nouveau psychiatre, qui lui a administré une toute autre médication et qui a effectué un suivi de manière plus rigoureux, elle a reçu le diagnostic de TPL. Par conséquent, la médication actuelle consiste en des antidépresseurs et en du lithium pour stabiliser ses humeurs.

### **Expériences relationnelles et sociales**

Martine a particulièrement ressenti le besoin de s'entourer de personnes pour remédier au fait qu'elle était enfant unique et qu'elle avait dû supporter un problème d'intimidation à l'école. À son arrivée à l'école secondaire, son réseau de relations a été bienfaisant et elle éprouva fortement le sentiment d'être appréciée, grâce, entre autre, à son implication dans certaines activités parascolaires. À juste titre, son enthousiasme et

son énergie débordante lui ont fait gagner un certain niveau de popularité. Martine insiste pour dire que cela lui plaisait d'être le centre d'intérêt et d'avoir du plaisir avec les autres. Rendu à l'université, ce sentiment de vouloir rayonner, de « *flirter avec le plaisir* » tout en ayant de l'argent dans ses poches, le tout conjugué au fait d'entretenir de mauvaises relations dans les bars, l'a fait soudainement dévier de sa trajectoire. Comme elle le précise, ses états dépressifs accompagnés d'un trouble d'anxiété généralisée l'ont fortement ébranlée et lui ont enlevé le goût de socialiser. Martine s'est repliée davantage sur elle et pour résumer l'état de sa pensée, elle s'est mise à dire « *fuck off* » à propos de tout ce qui venait la tourmenter ou encore, pour clore des discussions dans lesquelles elle n'avait pas envie de s'engager. Cette phrase « fétiche » lui a permis, et encore aujourd'hui, de se protéger et de maintenir plusieurs personnes à distance. Elle a d'ailleurs rejeté systématiquement le soutien que sa mère voulait lui apporter à ce moment-là, considérant que c'était une forme de surprotection dont elle n'avait pas besoin. Entretemps, elle a eu quelques liaisons amoureuses, mais celles-ci n'ont pas durées à cause de ses importantes fluctuations d'humeur qu'elle qualifie de catastrophiques et désastreuses pour la stabilité d'un couple. Elle précise aussi qu'elle a changé, maintes fois, de chums tout en éprouvant le sentiment de ne pas savoir pourquoi elle les laissait.

### **Résumé et interprétation des résultats aux divers instruments de mesure**

**Fonctionnement adaptatif actuel.** *Diagnostic Interview for Borderline-Revised (DIB-R; Zanarini et al., 1989).* Le DIB-R est un entretien semi-structuré qui permet



d'évaluer, par une série d'items, comment la personne s'est sentie, a pensé et s'est comportée pendant les deux dernières années. Selon les données d'entretiens fournies par Martine, plusieurs items ressortent de manière significative dans chacune des sections et semblent très problématiques quant au fonctionnement adaptatif de celle-ci. Plusieurs affirmations mettent en perspective des indices de sévérité notamment en ce qui concerne la dimension des affects, des actes impulsifs et des relations interpersonnelles. Un seul item de la dimension des cognitions semble contraignant. D'une part, au niveau des affects, plusieurs items, considérés comme problématiques par un score extrême, sont associés à la dépression, l'anxiété, la colère et à certains aspects dysphoriques. La section de la dépression révèle chez Martine, des sentiments prolongés d'impuissance, de perte d'espoir, d'indignité et de culpabilité. Le sentiment d'être très déprimé durant des jours et des semaines est omniprésent. L'anxiété est également dominante soit par des manifestations de symptômes somatiques fréquents tels des migraines, des palpitations, des tremblements. Le fait de se sentir très en colère à de nombreuses reprises, d'être enragée, sarcastique et furieuse font aussi partie des symptômes qui lui causent des tracas. À cela, s'ajoutent des sentiments d'ennui, de solitude, de vide intérieur qu'elle ne comprend pas, en plus d'être très irritable et impulsive. La section des actes impulsifs révèle notamment qu'elle a déjà fait des abus de médicaments et qu'elle s'est retrouvée avec un comportement d'agitation extrême en plus de perdre l'appétit durant des jours. Il lui est arrivé, à quelques reprises, de s'automutiler lorsqu'elle était en colère en se frappant le visage. Elle dit que sur le coup, cela la soulageait, mais qu'après, ça lui faisait très mal. C'était pour elle une façon de se

punir. Souvent, lorsqu'elle traverse des périodes de tristesse, elle fait des menaces de suicide, mais elle ne se rend pas jusqu'au point de faire des tentatives. Comme autres actes impulsifs, il lui arrive de crier, de hurler quand la « *swich pète* » ou de faire des achats qui dépassent ses moyens financiers. Récemment, elle s'est achetée une sacoche de six cents (600\$) dollars alors qu'elle est déjà très endettée. Lorsqu'elle est sur la route, c'est aussi très intense. Comme elle le dit : « *un peu de rage au volant ça me fait du bien... Je klaxonne l'autre, lui fais des grimaces, lui fais des signes de « fuck you » par le toit ouvrant... les gens qui m'énervent, je les colle au cul... J'ai déjà pensé trainer un bat de baseball pour péter un windshield... ma mère a peur quand elle embarque avec moi... je vais vite... tasses-toi, moi je passe... si y'en a un qui me suit de proche, je lui sacre les breaks dans face... c'est tellement le fun de voir leurs réactions... j'suis tellement pas fine... quand je suis dans les nerfs comme ça, j'ai pas peur de personne. ».*

Sur le plan des relations interpersonnelles, Martine tente de faire des efforts désespérés pour éviter de se sentir seule surtout quand elle ne se sent pas bien ou lorsqu'elle pense trop. Par crainte d'être abandonné ou de perdre son chum, il lui arrive d'éviter les chicanes et de refouler sa colère. Mais tôt ou tard, ces frustrations finissent par sortir. Elle se sent facilement contrariée ou incomprise. Par ailleurs, elle affirme être toujours prête à offrir de l'aide aux personnes de son entourage qui sont dans le besoin. Concernant la section des cognitions, un seul item témoigne d'expériences psychotiques à savoir que Martine a le sentiment que quelque chose est déréglé dans son corps, mais surtout, dans sa tête. Cette idée l'habite constamment.

**Régulation des états émotionnels. Échelle des difficultés de régulation des émotions (EDRE; Côté et al., 2013).** Ce questionnaire permet d'évaluer les difficultés de régulation des émotions selon un construit multidimensionnel. Les items indiquant, sur une échelle de type Likert, les scores *environ la moitié du temps* (3), *la plupart du temps* (4) ou *presque toujours* (5), ont été retenus comme étant représentatifs d'une difficulté actuelle de régulation émotionnelle. Chez Martine, toutes les dimensions ressortent de manière significative avec des scores extrêmes pour la majorité des items, à savoir, le manque de clarté émotionnelle, le manque de conscience et d'acceptation émotionnelle, la difficulté à contrôler des comportements impulsifs, la difficulté à engager des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives et l'accès limité à des stratégies de régulation des émotions. Pour chacune des dimensions, des exemples d'énoncés sont présentés afin de faire ressortir les difficultés importantes de régulation émotionnelle. En ce qui concerne la dimension liée au manque de clarté émotionnelle, on retrouve au niveau des résultats ce type d'énoncés : « Je n'ai aucune idée de ce que je ressens » ou « J'ai de la difficulté à comprendre mes émotions ». Pour le manque de conscience émotionnelle, Martine affirme « qu'elle ne prête jamais attention à ce qu'elle ressent » ou « qu'elle n'est jamais à l'écoute de ses émotions ». Concernant le manque d'acceptation émotionnelle, plusieurs items traduisent l'inacceptation d'émotions négatives tels : « Lorsqu'une situation me bouleverse, je m'en veux de sentir comme ça; Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai honte de me sentir comme ça; Lorsqu'une situation me bouleverse, je me perçois comme une personne faible ». Les items associés

à la difficulté à contrôler des comportements impulsifs en présence d'émotions négatives sont très éloquents, à savoir : « Je me laisse submerger par mes émotions; Lorsqu'une situation me bouleverse; je perds le contrôle; Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à maîtriser mes comportements ». La section représentant la difficulté à engager des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives révèle également une grande fragilité au plan émotionnel, à savoir : « Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à faire mon travail; Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à me concentrer; Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à penser à autre chose ». Finalement, plusieurs items se démarquent quant à l'accès limité à des stratégies de régulation émotionnelle perçues comme efficaces. Par exemple, « Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que cet état va durer longtemps; Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je finirai par tomber en dépression; lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je ne peux rien faire pour améliorer mon état; Lorsqu'une situation me bouleverse, cela me prend beaucoup de temps avant de me sentir mieux; Lorsqu'une situation me bouleverse, je me sens envahie par mes émotions; Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je ne peux faire autrement que de patauger dans cet état ».

**Détresse psychologique. *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1994).***

Traduction française de Fortin & Coutu-Wakulczyk (1985; Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale), ce questionnaire décrit le profil individuel sous l'angle de comportements symptomatiques en lien avec la détresse psychologique. Les items

indiquant une fréquence de *beaucoup* (3) et de *extrêmement* (4) ont été retenus pour établir l'intensité du problème qui a été éprouvée par la personne au cours des sept derniers jours précédents. Chez Martine, plusieurs échelles symptomatiques présentent des scores extrêmes et traduisent de manière significative des indices associés à une forme de détresse psychologique. Ces échelles réfèrent à la dépression, à la somatisation, à l'anxiété, à l'obsession-compulsion, à la sensibilité interpersonnelle, à l'hostilité et au psychotisme. D'une part, l'échelle de dépression est très éloquente et présente plusieurs items problématiques, tels : le sentiment de manquer d'énergie, avoir des idées d'en finir avec la vie, pleurer facilement, avoir le cafard, manquer d'intérêt pour tout, l'impression que tout exige un effort, le sentiment de ne rien valoir et le sentiment de solitude. L'échelle de somatisation traduit également certaines indispositions physiques tels: des maux de tête, des faiblesses ou étourdissements, des nausées ou maux d'estomac, des douleurs musculaires. L'échelle d'anxiété illustre également de la nervosité, l'impression de tremblements intérieurs, des battements très forts ou très rapides du cœur, un sentiment de tension ou de surexcitation ou d'être agitée au point de ne pouvoir rester en place. Au niveau de l'obsession-compulsion, plusieurs items évoquent des pensées désagréables incessantes dont elle ne peut se débarrasser, de l'inquiétude face à la négligence ou à l'insouciance, un besoin de vérifier et de revérifier ce qu'elle fait, la difficulté à prendre des décisions, la difficulté à se concentrer et le besoin de reprendre certains actes de façon compulsive. D'autre part, les échelles associées à la sensibilité interpersonnelle, l'hostilité et le psychotisme ne présentent que deux items, mais sont tout de même retenus comme étant significatifs. Au niveau de la sensibilité

interpersonnelle, Martine a tendance à se sentir facilement blessée et elle a le sentiment que les autres ne la comprennent pas ou ne lui témoigne pas de sympathie. Concernant l'hostilité, celle-ci a facilement la tendance à se sentir agacée ou contrariée et peut, dans ces circonstances, faire des crises incontrôlables. Finalement au niveau du psychotisme, Marianne éprouve constamment un sentiment de solitude même en compagnie d'autres personnes et a clairement l'idée que quelque chose ne va pas bien dans sa tête.

**Perception du vécu émotionnel durant l'enfance. *The Invalidating Childhood Environments Scale (ICES; Mountford et al., 2007)*.** Les résultats de la première partie du questionnaire font référence aux comportements parentaux empathiques et aux pratiques parentales disqualifiantes. La deuxième partie du questionnaire évalue la perception globale du style familial selon trois types d'environnements invalidants (typique, parfaite ou chaotique) et peut faire ressortir un type d'environnement validant c'est-à-dire celui qui répond de façon appropriée aux émotions de l'enfant tel que proposé par Linehan (1993). Pour l'ensemble du questionnaire, la majorité des items indique, de manière constante, les scores extrêmes *tout le temps* (5) ou *jamais* (1) face à la plupart des affirmations qui concerne le vécu émotionnel tant envers la mère qu'envers le père. Dans la première dimension, les items se rapportant aux comportements empathiques parentaux indiquent clairement que tant la mère que le père avaient la capacité de répondre aux besoins émotionnels. Par exemple, pour les deux parents on retrouve le score *tout le temps* (5) aux items : « Mes parents me comprenaient et m'aidaient quand je ne pouvais pas faire quelque chose facilement; Quand j'étais

malheureuse, mes parents me demandaient ce qui se passait pour pouvoir m'aider ». Selon la perception de Martine, la reconnaissance du vécu émotionnel était tout à fait adéquate concernant la capacité de ses parents à répondre à ses besoins émotionnels. Dans la deuxième dimension, qui concerne les pratiques parentales disqualifiantes, les résultats indiquent face à la plupart des items que tant la mère que le père étaient réceptifs pour accueillir les émotions de Martine en manifestant un discours et des attitudes de protection. Par exemple le score *jamais* (1) est attribué pour les deux parents face à ce type d'énoncés : « Quand je n'arrivais pas à faire quelque chose même si j'avais fait tous les efforts pour, mes parents me disaient que j'étais paresseuse; Quand j'étais contente parce que j'avais bien réussi à l'école, mes parents disaient quelque chose comme : Ne sois pas si sûre de toi ».

Dans la deuxième partie du questionnaire en ce qui a trait à la représentation que Martine a gardée de sa famille, les résultats obtenus à l'échelle de type Likert font ressortir le type d'environnement validant c'est-à-dire celui qui répond de façon appropriée aux émotions de l'enfant. Par exemple, « Durant mon enfance, je me suis sentie écoutée et soutenue. Mes parents étaient intéressés par mes idées et par ce que je pensais. Ils m'ont encouragé à prendre mes propres décisions et faire mes propres choix. Quand les choses étaient difficiles pour moi, ils me soutenaient et essayaient de me reconforter ».

### Cinquième participante : Marianne

Marianne est une femme âgée de 39 ans, nerveuse, très maigre, marchant très rapidement lors de ses déplacements. Son ton de voix est saccadé, ses phrases sont brèves, entrecoupées de rire et elle semble pressée de répondre aux questions. Elle est heureuse de participer à la recherche, car le diagnostic de TPL est récent dans sa vie et elle prend tous les moyens pour essayer de comprendre ce qui se passe dans sa tête. Elle se dit très anxieuse, instable dans ses humeurs, vient de sortir d'une dépression majeure en plus de combattre un trouble alimentaire. Ce qui la préoccupe présentement, c'est l'ampleur de ses obsessions et son perfectionnisme qui vient gâcher sa tranquillité d'esprit et sa vie. Comme elle le précise : « *Je suis une personne qui pense beaucoup trop. Surtout quand je suis anxieuse... mon humeur est très variable... le pire c'est que je suis très perfectionniste et c'est jamais assez parfait à mon goût... tu sais, l'image que mon père me renvoyait tout le temps, c'était que je n'étais jamais correcte. ... aujourd'hui, peu importe ce que je fais, il faut tout le temps que je sois mieux que tout le monde et il faut que je le fasse vite... facilement, je me mets de la pression sur des choses banales et un moment donné, ça devient lourd à supporter... mon cerveau y'arrête pas... je réfléchis trop... j'analyse trop et ça me rend triste... mon obsession de poids m'envahit et je me rend compte que mes orgies alimentaires, c'est le seul temps où je ne pense pas... Quand je mange, j'ai le cerveau à off... mais après coup, c'est l'enfer... je me trouve trop grosse... il faut que je bouge... C'est pour ça qu'il faut que je trouve des solutions pour décrocher sinon je vais retomber dans la dépression... C'est fragile mon affaire... ».*



### **Histoire familiale et événements marquants**

Marianne a grandi dans un milieu familial conventionnel dans lequel la mentalité était « la mère à la maison et le père pourvoyeur ». De cette union sont nées trois enfants, dont Marianne et deux garçons plus jeunes qu'elle. Le souvenir méprisable qu'elle retient de ses figures parentales concerne la soumission chez sa mère et les extrêmes colères du côté de son père. D'ailleurs, tout son récit d'enfance repose sur les tensions et les frustrations qu'elle a subies particulièrement de la part de son père. Marianne n'a que des termes dépréciatifs pour décrire sa relation avec ce dernier et c'est comme si celui-ci était responsable de l'animosité qui l'accable actuellement. Selon ses dires, c'était un homme très anxieux, colérique, travaillant beaucoup qui passait et évacuait son stress sur tous les membres de la famille. Sa façon consistait surtout à crier des noms, des insultes et à s'en prendre à l'estime personnelle de chacun. Par exemple, selon Marianne, c'était fréquent d'entendre : « *T'es ben maillet, t'es dont ben innocente... qu'est-ce que t'as pensé... espèce d'idiot*e ». Ce type de langage était constant, chargé émotionnellement d'hostilité et déclenchait en elle un effet de panique. Étant donné que Martine était la première de famille, elle ne se laissait pas faire, elle lui répliquait pour protéger sa mère ou ses frères et c'est là que ça s'envenimait. La situation finissait toujours par des grossièretés, des offenses et celle-ci, de même que sa mère, se réfugiaient dans un petit coin pour aller pleurer. Il n'y avait jamais de retour sur ce qui s'était passé. Selon elle, son père avait le don de massacrer leur humeur, leur estime en s'en prenant à leurs points faibles et ce, avec du mépris. Par exemple, son petit frère avait beaucoup de

difficulté à l'école et son père en profitait pour le démolir par des commentaires désobligeants. Par contre, Marianne avait un très bon rendement scolaire et prenait à sa charge celui-ci pour l'aider dans ses devoirs. Bien qu'elle avoue que son père ne les a jamais frappés physiquement, elle craignait toutefois son arrogance verbale et sa méchanceté. En complicité avec sa mère, toutes deux en sont arrivées à lui cacher une grande partie de la vérité à propos de toutes sortes d'événements, car celui-ci « *pognait les nerfs* » trop facilement et devenait agressif verbalement. Marianne précise que, pendant une longue période de son enfance, elle l'a tellement détesté qu'elle souhaitait sa mort. Elle avait l'impression qu'il ne l'aimait pas, qu'elle n'était jamais correcte et que peu importe ce qu'elle faisait, ce n'était jamais à la hauteur. Se considérant comme une personne très sensible, elle insiste pour dire que c'était tout le temps le négatif qui l'emportait, au détriment de ce qui aurait dû émerger minimalement, comme le fait se faire dire « t'es belle, t'es capable, continue... ». En fait, Marianne est restée avec l'impression que son père était imbu de lui-même, qu'elle n'avait pas le droit d'être elle-même, qu'elle devait constamment se conformer et que, comme résultat final, elle a « appris à être celle que les autres voulaient qu'elle soit ».

Face aux nombreuses situations qui étaient souvent très conflictuelles, Marianne souligne qu'elle croit être devenue la mère de sa mère. Elle sentait le besoin de la protéger lorsque ça criait trop dans la maison, mais à l'adolescence, c'est arrivé qu'elle lui en ait voulu parce qu'elle lui laissait trop de pouvoir et que son père aurait « *dû se faire mettre à sa place par elle bien avant ça* ». Malgré tout, elle qualifie son lien

d'attachement avec sa mère de fusionnel, car celle-ci était très présente, très compréhensive, ce qui faisait en sorte qu'elles étaient mutuellement des confidentes.

Un événement marquant du récit de Marianne concerne le déménagement familial qui a eu lieu quand elle avait 13 ans. Selon elle, sa vie a complètement changé, car son intégration dans le nouveau milieu a été très difficile et, c'est à partir de ce moment-là qu'elle a commencé à avoir des problèmes de sommeil. Spécifiant qu'elle avait une pauvre estime d'elle-même, se trouvant trop grosse et pas belle, elle avait de la difficulté à aller vers les autres. Après 6 mois, elle a réussi à se faire quelques contacts, mais il en a fallu de peu pour qu'elle se retrouve au cœur d'un conflit. Considérant avoir été victime d'intimidation de la part d'un petit groupe de filles, Marianne s'est mise à adopter des comportements de retrait et d'isolement, allant même jusqu'à prendre son repas du midi dans la salle des toilettes. Pour éviter de se faire intimider, il lui est aussi arrivé de se cacher sous la galerie de la maison pour ne pas prendre l'autobus le matin puis de s'en aller à l'école à pied sans que ses parents ne s'en aperçoivent. Durant cette période, Marianne précise qu'elle est toujours restée sur ses gardes en se méfiant particulièrement du mémerage des filles. Vers l'âge de 15-16 ans, elle s'est liée d'amitié avec deux gars qui l'ont entraînée à consommer de la drogue sur une base régulière, dans des « *party rave* ». Elle tient à préciser qu'elle n'a jamais perdu le contrôle de sa consommation de drogue, mais pour l'alcool, ce fut très différent et plutôt problématique. Quand elle buvait, *c'était à fond* » et son comportement changeait considérablement pour le pire et se manifestait par de l'agressivité verbale.

À 18 ans, confrontés à des perturbations émotionnelles fréquentes, elle a dû prendre la décision d'arrêter de boire d'autant plus qu'elle a dû se résigner à prendre des antidépresseurs pour traiter un mal de vivre qu'elle ne comprenait pas. Opter pour la médication, pour stabiliser ses humeurs, a été difficile un choix difficile à faire, car, dans sa façon de penser, certains messages arrogants de son père lui revenaient constamment en mémoire, à savoir : « *Dans la vie, on ne braille pas... il faut que tu sois forte, ressaisie-toi...* ». Mais durant cette période, Marianne fréquentait aussi un gars qui était alcoolique-toxicomane-joueur-compulsif et qui lui en faisait « *voir de toutes les couleurs* » au plan émotionnel. Cette relation, qu'elle qualifie de toxique, a duré 6 ans et n'a fait qu'empirer ses états dépressifs en plus de faire émerger chez elle, des obsessions importantes en lien avec un trouble alimentaire diagnostiqué et un trouble d'anxiété généralisée à l'âge de 23 ans. Dans les années subséquentes, Marianne a eu deux autres relations amoureuses, mais tel qu'elle le mentionne, elle avait le don de « *tomber sur des gars alcooliques à problème* ». Dans les deux cas, elle a subi de la violence verbale, s'est endettée pour payer les comptes en souffrance, en plus de se faire démolir « royalement », l'estime personnelle. Durant plusieurs années, Marianne a occupé certains emplois, mais elle a cessé d'être productive et compétitive en raison de deux dépressions importantes, une à l'âge de 23 ans, l'autre alors qu'elle avait 37 ans. Ces deux dépressions l'ont grandement affectée. Désespérée et déshonorée, puisqu'elle devait faire le deuil de son indépendance, elle est retournée vivre chez ses parents à l'âge de 34 ans.

### **Antécédents personnels et médicaux**

Marianne est célibataire et vit chez ses parents depuis cinq ans et n'a aucun enfant. Suite à des aventures amoureuses frivoles, elle est tombée enceinte à deux reprises, dont la première fois à 25 ans, grossesse suivie d'une fausse-couche et la deuxième fois à 31 ans, mais elle s'est fait avorter. Au niveau de sa scolarité, elle a complété un diplôme universitaire de Maîtrise dans le domaine des communications. Ayant occupé certains emplois dans les bars durant ses études, elle a réussi rapidement à se trouver un travail relevant de son champ d'expertise une fois son diplôme obtenu. Toutefois, Marianne s'est vite rendu compte qu'elle avait besoin de supervision, du moins d'une certaine forme d'encadrement pour fonctionner adéquatement. À 33 ans, son premier emploi officiel, qui était pourtant très bien rémunéré, s'est révélé être un échec, car il exigeait beaucoup d'autonomie, d'initiatives alors que les tâches n'étaient pas bien définies et que, en plus, elle devait franchir une très grande distance pour se rendre au travail. En six mois, elle a perdu 25 livres, dormait à peine deux heures par nuit, se mettait tellement de la pression qu'elle avait l'impression d'être dans un éternel tourbillon où il fallait qu'elle performe continuellement. Après un certain temps, rendue à bout, elle commença à avoir des pensées suicidaires, mais, tout en se réfugiant dans le déni, elle se disait qu'elle ne pouvait arrêter de travailler, car elle avait besoin d'argent. À un moment donné, sa mère qui la voyait dépérir à vue d'œil a insisté pour qu'elle aille voir son médecin et ce dernier l'a immédiatement mis en arrêt de travail pour cause de dépression. Marianne a dû se résigner et elle a continué à vivre chez ses parents soi-disant « temporairement » pour se refaire une santé. Après quelques mois, se considérant

plus solide et rétablie, avec un réajustement de médicaments, elle s'est trouvé un emploi moins stressant dans la région tout en continuant de demeurer chez ses parents. Dans ce nouveau milieu, les conditions de travail étaient bonnes et son diplôme de maîtrise était reconnu. Mais comme elle le précise, c'est au niveau de l'équipe de travail que ça ne fonctionnait pas puisqu'elle avait un problème majeur avec une collègue qui faisait du harcèlement psychologique. Selon ses dires, tout est devenu compliqué, son perfectionnisme, son anxiété et ses obsessions ont empiré et elle n'arrivait plus à débrancher son cerveau qui « virait trop vite ». Se disant très fragile émotionnellement et trop sensible aux regards des autres, tout est devenu toxique. À 37 ans, elle s'est donc à nouveau retrouvée aux prises avec des symptômes aigus d'anxiété, de tristesse, de panique, d'idées suicidaires et son médecin lui a confirmé qu'elle faisait à nouveau une rechute et qu'elle retombait en dépression. À partir de cet instant, elle mit fin à son rêve de faire une carrière, de relever de gros défis, affirmant que les grandes études, ça ne lui ressemblait plus et qu'elle devait se tourner vers un emploi beaucoup plus simple. Par conséquent, à 39 ans, elle s'est trouvée un travail de 15 heures par semaine dans une garderie et reçoit au plan financier, des prestations de l'assurance-emploi ce qui lui permet de vivre modestement. Au niveau de sa santé, elle se dit très fatiguée, n'a pas de résistance, éprouve des problèmes de sommeil et a de sérieux trous de mémoire dûs à l'effet des médicaments. Marianne prend actuellement une médication pour traiter son hypothyroïdie, des benzodiazépines (Ativans) pour combattre son anxiété, sa nervosité et son trouble de sommeil. Également, depuis plusieurs années, elle prend des antidépresseurs pour stabiliser son humeur, ses états dépressifs et aussi, pour traiter son

trouble alimentaire. Elle vient tout juste de recevoir le diagnostic de TPL suite au suivi avec un nouveau psychiatre.

### **Expériences relationnelles et sociales**

Chez Marianne, tout ce qui a trait aux relations sociales est synonymes de méfiance, de trahison, d'hypocrisie prétextant qu'elle s'est trop donnée aux autres et ce, au point de s'oublier. Particulièrement au niveau de ses relations amoureuses alors qu'elle avait conscience de se faire mentir « en pleine face » et de se faire manipuler par les hommes. Les confrontations verbales étaient généralement dévastatrices surtout dans les contextes de consommation d'alcool. Elle savait qu'elle se faisait tromper et exploiter et que, si elle donnait son point de vue pour dénouer les impasses, elle se ferait rabrouer et que le tout dégénérerait en conflit. Pour elle, ces relations toxiques la replongeaient dans les souvenirs douloureux reliés à l'histoire d'attachement à son père. En conséquence, Marianne a maintenant beaucoup de difficulté à faire confiance aux hommes au point d'éprouver une forme d'aversion. Avec les femmes, il y a une partie en elle qui craint de toujours « se faire avoir », car elle dit avoir eu régulièrement des conflits avec ses amies. Face à ces situations, on lui reprochait souvent d'avoir mauvais caractère. Mais pour Marianne, c'est quand elle mettait ses limites que ça faisait des flammèches. Plusieurs de ces relations ont été troublées par de nombreuses disputes. Avec son père, elle a déjà passé 6 mois sans lui parler alors qu'avec sa mère, les chicanes duraient à peine une journée. Se disant très exigeante quant à ses relations, car elle a beaucoup d'attentes,

elle entretient tout de même deux liens amicaux avec d'anciennes copines qui ont déjà travaillé avec elle. Marianne tient à préciser qu'elle a vraiment besoin de légèreté dans sa vie et ces personnes sont vraiment divertissantes lorsqu'elle veut se changer les idées.

### **Résumé et interprétation des résultats aux divers instruments de mesure**

**Fonctionnement adaptatif actuel.** *Diagnostic Interview for Borderline-Revised (DIB-R; Zanarini et al., 1989).* Le DIB-R est un entretien semi-structuré qui permet d'évaluer, par une série d'items, comment la personne s'est sentie, a pensé et s'est comportée pendant les deux dernières années. Selon les données d'entretiens fournies par Marianne, plusieurs items ressortent de manière significative dans chacune des sections et semblent problématiques quant au fonctionnement adaptatif de celle-ci. Plusieurs affirmations mettent en perspective des indices de sévérité notamment en ce qui concerne la dimension des affects, des cognitions et des relations interpersonnelles. Un seul item de la dimension des actes impulsifs semble représentatif d'une contrariété. D'une part, au niveau des affects, plusieurs items, associés à la dépression, à l'anxiété, à la colère et à des aspects dysphoriques sont considérés, par un score extrême, comme étant nettement problématiques. La dimension de la dépression met en perspective chez Marianne des affirmations éloquentes, à savoir : le sentiment d'impuissance qu'elle traduit par le fait de ne pas avoir d'autres solutions que le suicide pour mettre fin à sa détresse. Les sentiments de perte d'espoir, de culpabilité et d'indignité sont aussi omniprésents et entraînent chez elle, des troubles de sommeil fréquents, des pertes d'appétit et des épisodes de sanglots intenses et prolongés. L'anxiété est également présente et elle se manifeste par de



l'agitation intérieure, par des palpitations, par des attaques de panique et par des maux de tête souvent dus au manque de sommeil. Les peurs irrationnelles s'expriment par le fait de ne plus vouloir aller à l'épicerie, de s'isoler par crainte de s'évanouir ou d'avoir des crises de panique et de se mettre à pleurer en public. Au niveau de la colère, les affirmations démontrent que Marianne devient furieuse, sarcastique, irascible au point de « *pogner les nerfs* » quand elle est démoralisée ou lorsqu'elle ressent beaucoup de stress. D'ailleurs, au niveau dysphorique, elle éprouve une sensation de vide intérieur qu'elle n'arrive toujours pas à comprendre. Elle ressent de façon chronique des sentiments d'ennui, de solitude et de tristesse.

Dans la dimension des cognitions, plusieurs items témoignent de pensées bizarres, de modes de pensée persécutoires non délirants et de certaines expériences psychotiques. Marianne précise que sa très grande sensibilité provoque en elle des intuitions tellement fortes qu'elle réussit à flairer ou à deviner si les gens sont honnêtes envers elle. Elle dit avoir ce sixième sens qui lui permet de capter l'énergie de ses interlocuteurs et de décider si elle doit entrer en contact ou les éviter. Un autre point est relié au fait que Marianne s'est toujours trouvée grosse. Son obsession par rapport à son poids est omniprésente et bien qu'elle soit devenue excessivement mince après sa dernière dépression, elle se dit encore insatisfaite en voyant que certaines parties de son corps ne sont pas encore parfaites. Concernant ses modes de pensées, Marianne éprouve de la suspicion injustifiée autant envers les hommes que les femmes affirmant qu'elle s'est trop souvent fait « *niaiser* » au niveau de ses relations. Ayant vécu du harcèlement

psychologique au travail, elle est désormais persuadée que, dans la majeure partie du temps, les gens manigacent dans son dos surtout s'ils jettent un regard dans sa direction. Parfois, il lui arrive aussi de penser que certaines personnes veulent l'attaquer ou lui en veulent. Par exemple, le fait de rester chez ses parents depuis 5 ans l'amène à penser que ses frères trouvent cela abominable et qu'ils la détestent. Au niveau des expériences psychotiques, c'est fréquent pour elle de penser qu'il y a quelque chose dans son corps qui ne fonctionne pas. Par exemple, si elle éprouve une tension inhabituelle, elle croit systématiquement qu'elle a un cancer, au point où l'anxiété embarque et en arrive à avoir mal partout. Lorsqu'elle en parle à son médecin ou à des professionnels qui ne pensent pas comme elle le voudrait, il lui arrive de les considérer comme des nuls ou de remettre en cause leur jugement en les confrontant verbalement.

Sur le plan des relations interpersonnelles, Marianne considère que ces liens sont actuellement satisfaisants avec ses parents, c'est-à-dire qu'avec sa mère, elle s'investit facilement au plan émotionnel en lui partageant des confidences tandis qu'avec son père, elle tente de se rapprocher en initiant quelques discussions non compromettantes. Considérant qu'elle est très exigeante et qu'elle peut devenir très émotive si elle n'obtient ce qu'elle veut, elle préfère au plan social diminuer la fréquence de ses sorties en préférant rester toute seule à la maison. Constatant que ces relations ont souvent été troublées par de sérieuses disputes, elle sait également qu'elle ne doit pas verser dans l'alcool pour ne pas perdre le contrôle d'elle-même ou encore, si le type de personnalité

ou le degré d'accord ne correspond pas instantanément dans ses nouveaux contacts, elle doit subitement mettre fin et quitter les lieux.

Concernant les actes impulsifs, Marianne combat un trouble alimentaire depuis de nombreuses années. Comme elle le souligne, son anxiété la pousse à faire des « orgies alimentaires » sur une courte période de temps. Pour elle, c'est une façon de mettre son cerveau à « *off* » donc de calmer momentanément des pensées envahissantes, mais en même temps, elle admet aussi qu'elle se piège, car, après coup, elle doit évacuer l'idée qu'elle est trop grosse et les tourments s'emparent d'elle. Marianne admet également qu'elle a souvent une façon de conduire dangereuse et qu'il lui est arrivé de conduire en état d'ébriété. Lorsqu'elle boit trop d'alcool, elle devient très vulnérable et elle peut avoir des rapports sexuels inattendus avec des personnes qu'elle connaît peu. Au cours des deux dernières années, Marianne a fait de nombreuses menaces de suicides parce qu'elle était tannée d'endurer la douleur associée à sa perte d'autonomie et de liberté. À un certain moment, ses pensées suicidaires étaient tellement obsessionnelles, telles « *Je serais ben mieux morte, il faut que je débarrasse* », que son médecin a dû augmenter considérablement le dosage de ses antidépresseurs. Bien que Marianne se trouve encore très réactive et prompte quand elle se sent contrariée, l'effet des médicaments est toutefois bénéfique, car selon ses dires, elle a l'impression maintenant d'être plus équilibrée bien qu'elle doive encore combattre la tristesse.

**Régulation des états émotionnels. Échelle des difficultés de régulation des émotions (EDRE; Côté et al., 2013).** Ce questionnaire permet d'évaluer les difficultés de régulation des émotions selon un construit multidimensionnel. Les items indiquant, sur une échelle de type Likert, les scores *environ la moitié du temps* (3), *la plupart du temps* (4) ou *presque toujours* (5), ont été retenus comme étant représentatifs d'une difficulté actuelle de régulation émotionnelle. Pour chacune des dimensions, des exemples d'items sont présentés afin de faire ressortir des types de difficultés ou d'habiletés liées à la régulation des émotions. D'une part, deux dimensions ressortent de manière significative chez Marianne avec des scores de (4) ou (5) à savoir, le manque d'acceptation émotionnelle et l'accès limité à des stratégies de régulation des émotions. D'autre part, deux dimensions se démarquent en guise de force ou d'habileté dans les dimensions associées au manque de clarté émotionnelle et au manque de conscience émotionnelle. Concernant le manque d'acceptation émotionnelle, on retrouve chez Marianne des types d'énoncés tels : « Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai honte de me sentir comme ça; lorsqu'une situation me bouleverse, je me sens comme une personne faible; Lorsqu'une situation me bouleverse, je me sens coupable de me sentir comme ça ». À propos de l'accès limité à des stratégies de régulation des émotions, plusieurs items se démarquent à savoir : « Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je finirai par tomber en dépression; Lorsqu'une situation me bouleverse, cela me prend beaucoup de temps avant de me sentir mieux; lorsqu'une situation me bouleverse, je me sens envahie par mes émotions ». Par contre, les items se rapportant au manque de clarté émotionnelle évoquent une habileté de régulation à savoir : « Je sais clairement ce que je ressens; Je

sais exactement ce que je ressens ». Des habiletés de régulation émotionnelles se démarquent également pour la dimension du manque de conscience émotionnelle tels que : « Je prête attention à ce que je ressens; Je suis à l'écoute de mes émotions ».

**Détresse psychologique. *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1994).***

Traduction française de Fortin & Coutu-Wakulczyk (1985; Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale), ce questionnaire décrit le profil individuel sous l'angle de comportements symptomatiques en lien avec la détresse psychologique. Les items indiquant une fréquence de *beaucoup* (3) et de *extrêmement* (4) ont été retenus pour établir l'intensité du problème qui a été éprouvée par la personne au cours des sept derniers jours précédents. Chez Marianne, plusieurs échelles symptomatiques présentent des scores extrêmes et traduisent de manière significative des indices associés à une forme de détresse psychologique. Ces échelles réfèrent à la sensibilité interpersonnelle, à l'anxiété, à l'obsession-compulsion, à la dépression, à la somatisation et à l'idéation paranoïde. Concernant l'échelle de sensibilité interpersonnelle, certains items traduisent cette dimension par une tendance à se sentir facilement blessée, à éprouver le sentiment que les gens ne l'aiment pas ou ne sont pas amicaux, mais aussi par une tendance à critiquer les autres. Au niveau de l'anxiété, on retrouve le sentiment de tension ou de surexcitation de même qu'un état dans lequel Marianne se sent tellement agitée qu'elle ne peut rester en place. En ce qui a trait à l'obsession-compulsion, quelques items mettent en perspective des troubles ou des trous de mémoire de même que des pensées désagréables incessantes dont elle ne peut se débarrasser. Au niveau de la dépression, le

sentiment de manquer d'énergie ou de fonctionner au ralenti est critique ainsi que la diminution du plaisir ou de l'intérêt sexuel. On retrouve également des indices de somatisations importantes telles des nausées, des maux d'estomac, des douleurs musculaires particulièrement dans le bas du dos. Finalement, la dimension d'idéation paranoïde fait ressortir le sentiment que Marianne se sent observée ou que les autres parlent d'elle ou encore, que les gens vont profiter d'elle si elle les laisse faire.

**Perception du vécu émotionnel durant l'enfance. *The Invalidating Childhood Environments Scale (ICES; Mountford et al., 2007)*.** Les résultats de la première partie du questionnaire font référence aux comportements parentaux empathiques et aux pratiques parentales disqualifiantes. La deuxième partie du questionnaire évalue la perception globale du style familial selon trois types d'environnements invalidants (typique, parfaite ou chaotique) et un type d'environnement validant c'est-à-dire celui qui répond de façon appropriée aux émotions de l'enfant tel que proposé par Linehan (1993). Dans la première dimension, les résultats se rapportant aux comportements empathiques parentaux indiquent clairement que la perception de Marianne en lien avec le vécu émotionnel expérimenté avec son père est complètement différente de celle vécue avec sa mère. Dans cette section, on retrouve à l'échelle de type Likert les scores extrêmes *tout le temps* (5) ou *jamais* (1) face à la plupart des items ayant rapport aux comportements empathiques paternels. De toute évidence, la reconnaissance du vécu émotionnel et la capacité de répondre aux besoins émotionnels sont très problématiques du côté du père. Par exemple, concernant le père, on retrouve le score *jamais* (1) aux

items : « Quand j'étais malheureuse, mes parents me demandaient ce qui se passait pour pouvoir m'aider; Mes parents me comprenaient et m'aidaient quand je ne pouvais pas faire quelque chose facilement. ». Toutefois, pour ces mêmes items, on retrouve le score *tout le temps* (5) en ce qui regarde la mère. Dans la deuxième dimension, des scores extrêmes apparaissent également au niveau des items qui évaluent les pratiques parentales disqualifiantes. Du côté du père, les résultats indiquent, face à la plupart des items, que celui-ci avait de la difficulté à accueillir les besoins et les émotions en déployant des attitudes et discours malveillants. Par exemple, « Quand je n'arrivais pas à résoudre un problème, mes parents disaient quelque chose comme : Ne sois pas si stupide même un idiot y arriverait... Mes parents se mettaient en colère quand je prenais des décisions sans les consulter d'abord ». Par contre, à l'égard de la mère, on retrouve des résultats qui traduisent une sensibilité manifeste face aux besoins de Marianne, et ce, pour la plupart des items. Par exemple, on retrouve le score de *jamais* (1) face à ce type d'énoncé : « Mes parents avaient l'habitude de me dire des choses comme : Parler de ses problèmes ne fait qu'empirer les choses; Quand je n'arrivais pas à faire quelque chose même si j'avais fait tous les efforts pour, mes parents me disaient que j'étais paresseux ».

Dans la deuxième partie du questionnaire concernant la représentation que Marianne a gardée de sa famille, celle-ci a tenu à faire une distinction dans la façon d'évaluer son père et sa mère. Les résultats obtenus à l'échelle de type Likert font ressortir des indices d'invalidation pour deux types d'environnements familiaux qui y

sont associés (chaotique, parfaite) en ce qui concerne le vécu émotionnel se rapportant au père. En ce qui a trait à la perception du vécu envers sa mère, on retrouve le type d'environnement validant c'est-à-dire celui qui répond de façon appropriée aux émotions de l'enfant.



### **Sixième participante : Monica**

Monica est une jeune femme âgée de 31 ans d'une autre nationalité. Avant même de se présenter à la première rencontre, elle a annulé deux fois ses rendez-vous prétextant qu'elle doutait du bien-fondé de sa participation pour ce genre de recherche. Après une courte discussion téléphonique, elle revient à la charge pour dire que finalement, cela pourrait être intéressant. À son arrivée, elle se présente, mais sans établir de contact visuel et me demande si elle peut aller à la salle de toilettes. Après plus de 15 minutes d'attente, alors qu'elle n'en sort plus, j'entre dans la salle pour constater qu'elle attend tout près d'un lavabo. Je l'invite à me suivre, mais je remarque assez rapidement qu'elle se tient à l'écart et tend à marcher derrière moi. Lorsque nous entrons dans le local pour effectuer cette première rencontre, elle me demande s'il y a des micros et si elle va être enregistrée. Prenant le soin de bien lui expliquer le formulaire de consentement et le but de la recherche, Monica donne son accord, remplit le premier questionnaire portant sur des données sociodémographiques et le tout se passe bien. Le deuxième questionnaire (ICES) traite du vécu émotionnel expérimenté durant l'enfance. Lors de sa passation et à la lecture de chacune des questions, Monica semble être affectée au plan émotionnel, car elle hésite avant de répondre, regarde autour d'elle, soupire, alors qu'il est question d'évaluer le type de relation entretenue avec ses parents. Une fois complétée, elle indique par écrit sur son questionnaire qui lui est pénible de répondre à ces questions. Après lui avoir rappelé la possibilité de poursuivre ou d'arrêter sa participation, elle a décidé de poursuivre. En ce qui concerne la passation des deux autres questionnaires prévus lors de cette première rencontre, soit l'EDRE et le SCL-90-R, Monica les complète sans hésitation et avec

aisance. Une semaine plus tard, après avoir annulé une fois son rendez-vous, elle se présente à la deuxième rencontre pour participer à un entretien semi-structuré, qui prend appui sur le DIB-R, et qui permet de mieux cerner les caractéristiques du TPL. Après lui avoir présenté les consignes, elle semble mal à l'aise, car elle me demande à nouveau si elle va être enregistrée. Je lui répète dans l'affirmative en précisant qu'elle peut mettre fin en tout temps à sa participation. Débutant par la dimension concernant les affects, Monica répond avec hésitation et froideur aux questions portant sur la dépression. Poursuivant avec la section de la colère, j'enchaîne et rendue à la deuxième question qui est formulée comme ceci : « Vous êtes-vous souvent montré furieux ou êtes-vous entré en rage à de nombreuses reprises ? ». D'un bond, Monica se lève soudainement et me dit qu'elle n'est plus intéressée. Elle quitte le local à grands pas. Je l'accompagne en précisant que l'on peut prendre un temps pour discuter, mais elle m'ignore. Elle passe la porte d'entrée et se dirige vers la sortie extérieure et marche vers le stationnement. Le lendemain, ayant laissé un message téléphonique de courtoisie, Monica n'a pas donné suite à l'appel ni dans les jours qui ont suivi. Par conséquent, les données suivantes reposent sur les quatre questionnaires remplis lors du premier temps de rencontre.

### **Histoire familiale et événements marquants**

Aucune information.

### **Antécédents personnels et médicaux**

Monica est célibataire, vit seule dans un petit logement et est la mère d'une petite fille de six ans d'un ex-conjoint avec qui elle a une garde partagée. Elle a obtenu un diplôme d'études secondaires et a complété une formation technique comme aide-pâtissière. Elle occupe présentement un emploi occasionnel dans un restaurant, reçoit des prestations d'aide sociale pour sa fille et spécifie que son copain actuel l'aide à payer certaines factures. Concernant son histoire médicale, elle dit avoir fait une dépression à l'âge de 28 ans. Les réponses recueillies dans le questionnaire sociodémographique précisent qu'elle prend actuellement des antidépresseurs pour ses états dépressifs, des anxiolytiques pour son anxiété et une médication pour des chutes de pression. Bien qu'elle ait reçu un diagnostic de TPL, elle ne l'a pas mentionné dans le questionnaire. Elle a déjà consommé des drogues dans le passé, mais s'adonne que très rarement à la consommation d'alcool actuellement.

### **Expériences relationnelles et sociales**

Aucune information.

### **Résumé et interprétation des résultats aux divers instruments de mesure**

**Fonctionnement adaptatif actuel.** *Diagnostic Interview for Borderline-Revised (DIB-R; Chaîne et al., 1993).* Le DIB-R est un entretien semi-structuré qui permet d'évaluer, par une série d'items, comment la personne s'est sentie, a pensé et s'est comportée pendant les deux dernières années. Les données d'entretiens fournies par Monica concernent les résultats se rapportant à la dimension des affects et plus

précisément, la section de la dépression. Tous les items de la section de la dépression indiquent une cote élevée en référence à des sentiments prolongés d'impuissance, de désespoir, des sentiments extrêmes de culpabilité et d'indignité, et ce, depuis les deux dernières semaines. Lorsque nous avons entamé la section de la colère, Monica a mis fin subitement à l'entrevue.

**Régulation des états émotionnels. *Échelle des Difficultés de régulation des émotions (EDRE; Côté et al., 2013).*** Ce questionnaire permet d'évaluer les difficultés de régulation des émotions selon un construit multidimensionnel. Les items indiquant, sur une échelle de type Likert, un score *environ la moitié du temps* (3), *la plupart du temps* (4) ou *presque toujours* (5), ont été retenus comme étant représentatifs d'une difficulté actuelle de régulation émotionnelle. Pour Monica, quatre dimensions ressortent de manière significative avec des scores extrêmes notamment en ce qui concerne les difficultés à contrôler des comportements impulsifs, l'accès limité à des stratégies de régulation émotionnelle et la difficulté à engager des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives et le manque de conscience émotionnelle. D'une part, plusieurs items liés à la difficulté de contrôler des comportements impulsifs ressortent avec des scores extrêmes tels : « Lorsque'une situation me bouleverse, j'ai l'impression d'avoir perdu le contrôle de moi-même ou Lorsque'une situation me bouleverse, je ne maîtrise plus mes comportements ». Certains items se rapportant à un accès limité à des stratégies de régulation émotionnelle sont considérés comme une difficulté importante, à savoir : « Lorsque'une situation me bouleverse, je crois que je finirai par tomber en dépression;

Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je ne peux rien faire pour améliorer mon état; Lorsqu'une situation me bouleverse, je me sens envahi par mes émotions ». La difficulté à engager des comportements orientés vers un but en présence d'émotions négatives est illustrée également par des items éloquents, tels : « Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à faire mon travail ou lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à penser à autre chose ». D'autre part, la dimension associée au manque de conscience émotionnelle dénote, par la réponse fournie à plusieurs items, une habileté à reconnaître ses propres émotions tel que : « Je suis à l'écoute de mes émotions » ou « J'attache de l'importance à mes émotions ». Par contre, dans cette même dimension, l'item suivant suscite l'attention alors que le score *presque jamais (1)* a été donné et soulève un questionnement important : « Lorsqu'une situation me bouleverse, je prends le temps de comprendre ce que le ressens ».

**Détresse psychologique. *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1994).***

Traduction française de Fortin & Coutu-Wakulczyk (1985; Validation et normalisation d'une mesure de santé mentale), ce questionnaire décrit le profil individuel sous l'angle de comportements symptomatiques en lien avec la détresse psychologique. Les items indiquant une fréquence de *beaucoup* (3) et de *extrêmement* (4) ont été retenus pour établir l'intensité du problème qui a été éprouvée par la personne au cours des sept derniers jours précédents. Chez Monica, plusieurs échelles symptomatiques traduisent de manière significative des indices associés à une forme de détresse psychologique. Plusieurs items présentent des scores de *beaucoup* (3) et quelques items ont un score de *extrêmement* (4),

soit pour les échelles de sensibilité interpersonnelle, d'idéation paranoïde, d'hostilité, de dépression et d'anxiété. L'échelle de sensibilité interpersonnelle met en perspective plusieurs items qui révèlent que Monica a tendance à se sentir facilement blessée, à éprouver le sentiment que les autres ne la comprennent pas ou ne lui témoignent pas de sympathie, à avoir une sensation de malaise lorsqu'elle est observée ou lorsque l'on parle d'elle, à se sentir mal à l'aise de manger ou de boire en public et de plus, à avoir aussi tendance à critiquer les autres. L'échelle d'idéation paranoïde est très éloquentes alors que plusieurs items démontrent que Monica a l'impression que ce sont les autres qui sont responsables de la plupart de ses problèmes, elle a le sentiment qu'elle ne peut pas faire confiance à la plupart des gens, qu'elle n'est pas reconnue à sa juste valeur et que, surtout, elle a des idées ou des opinions que les autres ne partagent pas. Concernant l'échelle mesurant l'hostilité, les items retenus illustrent que Monica a tendance à se sentir facilement agacée ou contrariée, qu'elle peut faire des crises de colère incontrôlables et qu'elle peut se laisser facilement entraîner dans des discussions. Au niveau de l'échelle de la dépression, plusieurs items traduisent un inconfort notamment le fait de pleurer facilement, de se culpabiliser pour certaines choses, d'avoir le cafard et d'avoir l'impression que tout exige un effort. L'échelle portant sur l'anxiété pointe certains indices à savoir que Monica a tendance à s'effrayer sans raison, a des attitudes craintives, éprouve un sentiment de tension ou de surexcitation et peut se sentir tellement agitée qu'elle ne peut rester en place. Finalement, un item de l'échelle de psychotisme retient l'attention par son score extrême à savoir que Monica est persuadée que quelque chose ne va pas dans sa tête.

**Perception du vécu émotionnel durant l'enfance. *The Invalidating Childhood Environments Scale (ICES; Mountford et al., 2007)*.** Les résultats de la première partie du questionnaire font référence aux comportements parentaux empathiques et aux pratiques parentales disqualifiantes. La deuxième partie du questionnaire évalue la perception globale du style de famille selon trois types d'environnements familiaux invalidants (typique, parfaite ou chaotique) et un type d'environnement validant c'est-à-dire celui qui répond de façon appropriée aux émotions de l'enfant tel que proposé par Linehan (1993). Dans la première dimension, les résultats obtenus à l'échelle de type Likert sont plus nuancés en ce qui concerne les comportements empathiques parentaux. Selon la perception de Monica, les items se rapportant à la capacité de répondre aux besoins émotionnels sont déficitaires lorsqu'il est question de son père alors que l'on retrouve plus d'affirmations évoquant la bienveillance du côté de sa mère. Par exemple, le score *jamais* (1) pour le père et le score *la plupart du temps* (4) pour la mère, ont été donnés pour l'item suivant : « Quand j'étais malheureuse, mes parents me demandaient ce qui se passait pour pouvoir m'aider » ou « Mes parents m'encourageaient si je leur disais que je ne comprenais pas quelque chose du premier coup ». Toutefois, dans cette dimension, certaines réponses semblent contradictoires. Par exemple, pour l'item suivant : « Mes parents me comprenaient et m'aidaient quand je ne pouvais faire quelque chose facilement » ou « Quand je parlais de mes projets d'avenir, mes parents m'écoutaient et m'encourageaient », Monica a indiqué une cote de (4) pour son père et une cote de (1) pour sa mère ». Dans la deuxième dimension, qui porte sur les pratiques

parentales disqualifiantes, les résultats indiquent pour la majorité des items, les scores extrêmes *tout le temps* (5) ou *jamais* (1). Pour l'ensemble des affirmations, il est évident que ni son père ni sa mère ne manifestait de la sensibilité pour ses émotions et surtout, tous les deux avaient des propos blessants et des attitudes dévalorisantes à son égard. Par exemple, « Quand j'étais contrarié, mes parents pouvaient dire quelque chose : Je vais t'en donner, moi, de bonnes raisons pour pleurer ! ou Mes parents se mettaient en colère quand je n'étais pas d'accord avec eux ».

Dans la deuxième partie du questionnaire concernant la représentation que Monica a conservée de sa famille, les résultats obtenus à l'échelle de type Likert font ressortir des indices d'invalidations pour deux types d'environnements familiaux soient la famille parfaite et chaotique. L'item suivant permet d'illustrer la famille dite parfaite : « Durant mon enfance, tout dans ma famille était parfait en apparence. Cependant, mes parents ne supportaient pas si je montrais que j'étais contrariée, effrayée ou fâchée. Ils attendaient de moi que je cache mes sentiments et que je fasse avec ». Le type d'environnement chaotique est illustré de la façon suivante : « Durant mon enfance, mes parents n'étaient pas souvent disponibles, et j'ai eu peu d'attention de leur part. J'ai souvent dû me débrouiller seule ou aller chercher des amis ou de la famille. Mes parents se mettaient souvent en colère si je leur demandais quelque chose. L'un de mes parents (ou les deux) a pu avoir un problème d'abus de substance ou de santé mentale ou des difficultés financières ».