

Université de Montréal

**Évaluation du rôle modérateur de l'intégration des
Relations d'Objet dans la relation entre l'Urgence
Négative et les comportements impulsifs dirigés contre
soi et autrui**

par

Anne HENRY

Département de psychologie

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des arts et des sciences
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences, M. Sc.
en psychologie

août 2013

© Anne Henry, 2013

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Évaluation du rôle modérateur de l'intégration des Relations d'Objet dans la relation entre
l'Urgence Négative et les comportements impulsifs dirigés contre soi et autrui

Présenté par :

Anne Henry

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean Gagnon, directeur de recherche

Résumé

L'Urgence négative est un trait caractéristique du trouble de personnalité limite. Cependant ce modèle des traits ne permet pas d'expliquer les variétés des formes d'expression ni le niveau de sévérité de gestes impulsifs, qu'ils soient dirigés contre soi ou contre autrui. L'intégration du modèle des relations d'objet à celui des traits offre une meilleure compréhension de cette variabilité. Dans la théorie des relations d'objet, la diffusion de l'identité est spécifique aux organisations limites de la personnalité. Elle est caractérisée par un manque d'intégration des représentations de soi et d'autrui à cause d'une séparation excessive des affects positifs et négatifs investis dans les images de soi et d'autrui. Elle est associée à un manque d'intégration des structures psychiques du Moi et du Surmoi. Le niveau de l'intégration de l'identité agirait en modulant la relation en un trait d'urgence négative élevé et l'expression des gestes impulsifs. Cette étude, réalisée auprès d'étudiants, était la première à tester une telle hypothèse. Bien qu'elle n'ait pas permis de démontrer une telle relation de modération, compte tenu de certaines limites, il apparaît nécessaire de réévaluer ce modèle modérateur au sein d'un d'échantillon de plus grande taille.

Mots-clés : Trouble de personnalité limite, Impulsivité, Urgence Négative, Relations d'objet, Identité

Abstract

Borderline personality disorder (BPD) is characterized by negative Urgency, one of the impulsivity facets. However the model of personality traits can't explain the varieties of expression and severity of impulsive behaviors which can be directed against self or others in BPD. Integrating the object relations model with the personality traits leads to an improved understanding of this variability. In object relations theory, identity diffusion is specific to borderline organization. It is characterized by a lack of integration of the conceptions of self and others derived from an excessive split between positive and negative affects invested in self and others images. This diffusion is associated with a deficit of Ego and Superego structures. Level of identity integration would modulate the relationship between high negative urgency and the forms and severity of impulsive behaviors. This study is the first to evaluate this hypothesis. Data collected from students sample have not demonstrated any moderating effect because of some limitations in the study. Nevertheless, the Identity diffusion index was as expected negatively correlated with many variables related to impulsivity such as borderline impulsivity ($r=-.23$), physical aggression ($r=-.31$), urgency trait ($r=-.31$) and acting out ($r=-.30$). However, this hypothesis needs to be tested with larger samples.

Keywords: Borderline disorder, Impulsivity, Negative Urgency, Object relations, Identity

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract	ii
Liste des abréviations.....	iv
Remerciements.....	v
Introduction.....	1
L'impulsivité.....	2
Le modèle des relations d'objet d'Otto Kernberg.....	5
La présente étude.....	10
Article.....	11
Conclusion	58
Bibliographie.....	i
Annexe 1. Critères diagnostiques du TPL selon le DSM-IV-TR	ix

Liste des abréviations

AQ	Questionnaire d'agression
BSL-23	Borderline Symptom List–23
CTQ-VC	Childhood Trauma Questionnaire version courte
DSQ	Questionnaire de Style Défensif
ICS	Identité et Cohérence du soi
PAI-BOR	Personality Assessment Inventory for Borderlines
SCORS	Social Cognition and Object Relations Scale
TAT	Test d'Aperception Thématique
TPL	Trouble de personnalité limite

Remerciements

Je tiens à remercier mon superviseur, Jean Gagnon, pour sa disponibilité, son soutien et les nombreuses opportunités d'apprentissage qu'il m'offre.

Je tiens aussi à remercier Mathieu Blanchet pour avoir accepté de se former avec moi à la cotation de la SCORS et Elyse Porter Vignola pour son soutien et ses encouragements.

Merci Geneviève pour toutes tes corrections mais surtout pour ton soutien quotidien

Introduction

La prise en charge de la souffrance psychique est un enjeu important pour les professionnels de la santé et notamment les cliniciens. Cet enjeu est d'autant plus complexe lorsqu'il s'agit de patients souffrant de trouble de personnalité limite (TPL) dont le mode de fonctionnement général est caractérisé par l'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, avec une impulsivité marquée (American Psychiatric Association, 2000). Au niveau diagnostique, l'attribution de ce trouble de personnalité se traduit par la présence d'au moins cinq des neuf critères répertoriés au sein du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Annexe 1) (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000). Parmi les onze troubles de personnalité définis sur l'axe II du DSM-IV-TR, le TPL est le plus complexe et le plus fréquent. La prévalence du TPL est de l'ordre de 2% dans la population générale, 10% dans la population clinique et 20% dans la population psychiatrique institutionnalisée (Bland, Williams, & Scharer, 2004). Les personnes diagnostiquées sont majoritairement (75%) des femmes (Widiger & Frances, 1989). Ce trouble de personnalité présente aussi une co-morbidité importante avec d'autres troubles de l'axe II (Critchfield, Clarkin, Levy, & Kernberg, 2008) ou encore des pathologies de l'axe I, telles des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, l'abus de substance ou encore des troubles des conduites alimentaires (Grant et al., 2008; Oldham et al., 1995; Zanarini et al., 1998). Ce mode de fonctionnement est lourd de conséquences dévastatrices. Ainsi, lors de la prise en charge des patients, les difficultés interpersonnelles, la détresse émotionnelle et les comportements impulsifs associés au TPL représentent un obstacle à l'établissement d'une alliance thérapeutique forte indispensable dans l'approche psychothérapeutique considérée comme traitement de première ligne (American Psychiatric Association, 2001). De nombreuses études ont ainsi documenté les taux d'abandon élevés des psychothérapies, quels que soient leur modalité et type, chez les patients présentant un TPL (Barnicot, Katsakou, Marougka, & Priebe, 2011; Skodol, Buckley, & Charles, 1983; Smith, Koenigsberg, Yeomans, Clarkin, & Selzer, 1995; Wnuk et al., 2013). Par ailleurs, ce mode de fonctionnement entraîne au quotidien pour ces patients une altération marquée du fonctionnement social. L'impulsivité se traduit notamment par une forte incidence de

comportements auto-dommageables avec des taux variant de 17% à 80% pour l'automutilation et de 46% à 92% pour les tentatives de suicide (Zanarini et al., 2008), alors que le taux de suicide chez les personnes ayant reçu ce diagnostic atteindrait 10% selon certaines études (Black, Blum, Pfohl, & Hale, 2004). L'impulsivité s'exprime aussi sous forme de comportements agressifs, dirigés contre soi, recoupant les comportements auto-dommageables décrits ci-dessus ou contre autrui (Dougherty, Bjork, Huckabee, Moeller, & Swann, 1999; Fossati et al., 2004; Henry et al., 2001). Souvent mentionnée sous le terme d'agression impulsive, cette forme d'impulsivité réfère à une réponse à une provocation avec perte de contrôle (Bornovalova, Lejuez, Daughters, Zachary Rosenthal, & Lynch, 2005) sans référence à la préméditation généralement associée à l'agression (Barratt & Felthous, 2003).

L'amélioration de la prise en charge de ces patients passe donc par une meilleure compréhension du trouble de personnalité limite. Parmi les reproches souvent adressés aux critères du DSM-IV-TR, on retrouve l'approche catégorielle et l'hétérogénéité de cette population que représente la combinaison potentielle de cinq des neuf critères utilisés pour poser ce diagnostic. Plusieurs théories offrent une approche complémentaire à la compréhension de ce trouble de personnalité. Le modèle psychodynamique des relations d'objets développé par Kernberg (1975, 1976) est l'un d'entre eux. Il a fortement influencé la conceptualisation de ce trouble de personnalité, l'évolution du diagnostic avec une référence directe à la conception de l'identité diffuse, caractéristique centrale du TPL selon Kernberg, à travers « l'instabilité de l'image de soi et d'autrui », et la prise en charge des patients au cours des dernières décennies.

L'impulsivité

L'impulsivité est largement reconnue comme un trait de personnalité (Cattell, 1943; Eysenck, 1949; McCrae, 1987). Elle est utilisée comme critère diagnostique dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) et notamment dans le trouble de personnalité limite (TPL). Les critères 4 et 5 des neuf critères permettant d'établir ce

diagnostic font directement référence aux comportements impulsifs. En effet, le critère 4 énonce que l'impulsivité doit être présente « dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple, dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie) » alors que le critère 5 réfère à la « répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilation ». L'impulsivité est une caractéristique centrale du TPL et représente l'un des prédicteurs de la persistance de cette pathologie au cours du temps (Links, Heslegrave, & van Reekum, 1999). De nombreux liens ont aussi été établis avec des comportements inadaptés tels que des rapports sexuels à risques (Donohew et al., 2000), des conduites antisociales (Miller, Flory, Lynam, & Leukefeld, 2003) et certains troubles de l'axe I du DSM IV comme les troubles des conduites alimentaires (Nasser, Gluck, & Geliebter, 2004), ou encore l'abus de substances (Allen, Moeller, Rhoades, & Cherek, 1998) qui sont notamment reconnus pour être fréquemment associés au TPL.

Malgré cela, la définition de l'impulsivité n'est pas homogène (Depue & Collins, 1999; Evenden, 1999). Enticott et Ogloff (2006) dégagent de la recension des écrits scientifiques une approche consensuelle de l'impulsivité : elle se traduit par une conduite rapide, spontanée, mal planifiée, excessive, qui est potentiellement mal adaptée à la situation. Ces mêmes auteurs (2006) soulignent la confusion qui existe entre les manifestations des comportements impulsifs et leurs processus causaux. Ils proposent de considérer l'impulsivité comme un terme qui se réfère à des construits distincts qui pourraient être étudiés et décrits selon trois niveaux : les individus (ex : une population clinique spécifique ou un trait de personnalité), les formes d'expression (ex : des comportements auto-dommageables ou tournés contre autrui) et les causes (ex : qualité des relations d'objet, déficit du contrôle des impulsions). Dans cette perspective, l'UPPS, modèle d'impulsivité développé par Whiteside et Lynam (2001), offre la possibilité d'investiguer les traits et les formes d'expression. En effet, ces deux auteurs se sont basés sur le modèle de personnalité à cinq facteurs de Costa et McCrae (« Five Factor Model of personality », FFM, 1992) et les huit principaux instruments de mesure de l'impulsivité pour conduire une analyse factorielle et ainsi dégager quatre facettes de l'impulsivité

associées à des traits de personnalité spécifiques : (a) l'Urgence ou tendance à réagir fortement dans des conditions d'affects intenses, (b) le manque de Préméditation ou difficulté de concevoir et de réfléchir aux conséquences d'un comportement avant de l'émettre, (c) le manque de Persévérance ou incapacité à rester concentré sur une tâche difficile ou ennuyeuse et (d) la recherche de Sensation ou tendance à s'engager dans des activités excitantes ou nouvelles. Récemment, une cinquième dimension distinguant l'Urgence positive de l'Urgence négative, selon la valence de l'émotion a été mise en évidence. (Cyders & Smith, 2008; Cyders et al., 2007). Le trait d'Urgence impliquerait une prédisposition neurobiologique à vivre des affects intenses et l'apprentissage de comportements inadaptés ou autodommageables servant à réguler ces affects (Cyders & Smith, 2008; Whiteside, Lynam, Miller, & Reynolds, 2005).

Farberow (1980) distingue deux types de comportements auto-dommageables: directs, délibérés avec des effets négatifs évidents ou probables sur soi et indirects, non intentionnels avec des effets négatifs à plus long terme sur soi. Les taux de prévalence des comportements directs varient fortement selon la population : 4 % dans la population générale adulte, 21% chez les adolescents et jeunes adultes, 40% dans la population clinique adulte (St. Germain & Hooley, 2012) et jusque 75% ou 80% dans le cas du TPL selon les études (Stanley & Brodsky, 2005). Compte tenu de la forme variée des comportements indirects (Farberow, 1980), il n'y a pas de donnée sur la prévalence globale de cette catégorie. Plusieurs études ont démontré que l'Urgence négative est positivement corrélée à ces deux types de comportements autodommageables que la population considérée soit clinique ou non (Anestis, Selby, & Joiner, 2007; Anestis, Smith, Fink, & Joiner, 2009; Glenn & Klonsky, 2010; Lynam, Miller, Miller, Bornovalova, & Lejuez, 2011). Concernant les comportements impulsifs exprimés sous une forme agressive envers autrui, peu d'études ont exploré leurs liens avec l'Urgence, mais celles menées par Miller et collaborateurs (2003) ainsi que Ray, Poythress, Weir et Rickelm (2009) ont rapporté des corrélations positives statistiquement significatives entre cette dimension de l'impulsivité et ce type de comportements.

Plusieurs études (Miller et al., 2003; Whiteside et al., 2005) ont démontré que l'Urgence est fortement associée au TPL et permettrait de le discriminer des autres troubles de personnalité (Whiteside et al., 2005). Tragesser et Robinson (2009) ont par ailleurs rapporté des liens spécifiques entre l'Urgence, l'instabilité affective et certaines autres caractéristiques du TPL (évaluées grâce au Personality Assessment Inventory for Borderlines, PAI-BOR, Morey, 1991).

Cependant, bien que l'approche dimensionnelle des traits de personnalité offre un cadre conceptuel permettant de mieux comprendre le rôle de l'impulsivité et notamment celui de l'Urgence dans la génération de certains comportements, ce modèle ne parvient pas à fournir d'explications sur la variabilité des formes d'expression des comportements de personnes présentant des traits identiques ni sur la forme auto-dommageable que ces comportements peuvent prendre dans le cas du TPL (Gagnon, 2013). L'un des reproches souvent adressé à ce modèle est l'absence de prise en compte de l'interaction individu-situation (Clarkin, 2006; Pervin & John, 2005) alors que cet élément apparaît central à la compréhension du TPL compte tenu des grandes difficultés que les personnes atteintes de ce trouble rencontrent dans la sphère interpersonnelle.

Le modèle des relations d'objet d'Otto Kernberg

Le modèle de l'organisation limite de la personnalité développé par Kernberg (1975, 1976) offre une approche différente et complémentaire à la compréhension de la génération des gestes impulsifs chez les personnes présentant un TPL. Dans la perspective psychodynamique de Kernberg, les relations d'objet, soit une représentation de soi, une représentation de l'objet (autrui) et l'état affectif qui les relie, sont les fondements, *buldings blocks*, des structures psychologiques. Ils proviennent de l'intégration des « affects naturels » de l'enfant et de son interaction avec ceux qui prennent soin de lui, notamment sa mère. L'affect est donc central. Il peut être conceptualisé comme le système motivationnel de l'enfant qui lui permettra tout d'abord d'organiser sa « mémoire affective primitive » en deux pôles, l'un regroupant les images soi-objet indifférenciées « toutes bonnes » de l'autre

les images soi-objet indifférenciées « toutes mauvaises », élaborés sous l'influence des pulsions libidinales et agressives, puis de différencier les « bons » et les « mauvais » objets. Ces « bons » et « mauvais » objets sont maintenus séparés grâce à l'utilisation du clivage, mécanisme de défense primaire, afin de protéger les aspects positifs. Lors du développement normal, l'acquisition de capacités cognitives et l'accession à des mécanismes de défenses plus matures permettent l'intégration des représentations contradictoires en des représentations plus réalistes et nuancées. Cette étape s'effectuerait entre les 12 et 18 premiers mois de l'enfant (Kernberg, 1972). L'évolution de la complexité des représentations s'accompagne d'une différenciation des concepts de soi et de l'objet, ou autrui. Ce stade de développement est indispensable au développement d'une structure psychique plus élaborée et complexe. En effet, l'intégration des images de soi permet l'établissement d'un moi intégré et l'abandon d'un soi idéalisé (images de soi uniquement « bonnes ») au profit d'un « soi-idéal » tenant compte de la réalité. Ce « soi-idéal » confronté à « l'objet-idéal » issu de l'intégration des représentations d'objets engendre l'apparition d'une nouvelle « structure » qui cherchera à établir la relation idéale entre ces deux objets. Cette structure ainsi que les interdits parentaux qui l'accompagnent seront ensuite incorporés au Surmoi, de plus en plus intégré. L'individu pourra ainsi faire face à des affects complexes, modulés qui, même lorsqu'ils sont intenses, ne conduisent pas à une perte de contrôle (Kernberg & Caligor, 2005). Dans l'organisation limite de la personnalité, le développement ne suit pas une trajectoire normale. Elle est principalement marquée par une utilisation prolongée et inadaptée du clivage qui maintient séparés les aspects positifs et négatifs des représentations de soi et d'autrui. L'intégration du moi est alors compromise et incomplète. Ce déficit d'intégration correspond au syndrome d'identité diffuse, caractéristique de l'organisation limite selon Kernberg et intégré au DSM-IV-TR. Initialement formulée par Erikson (1956) en relation avec l'intégration du concept de soi, la diffusion identitaire chez Kernberg fait référence au déficit d'intégration des représentations de soi et d'autrui, sous l'influence des travaux de Jacobson et Fairbairn (Kernberg, 2006). Elle a de nombreuses conséquences sur la structure psychique et la personnalité de l'individu. Si les frontières du moi sont généralement bien présentes chez

les personnes ayant une organisation limite, la diffusion identitaire se traduit par le maintien d'images précoces de soi et d'autrui opposées qui sont source de gestes impulsifs dirigés contre soi ou autrui. « On retrouve de façon notable dans l'organisation limite de la personnalité des tendances très sévères à l'hétéro ou auto-agressivité liées aux images précoces de soi et d'objet » (p55, Kernberg, Widlöcher, & Marcelli, 1997). Par ailleurs, le clivage est maintenu afin de protéger les représentations des « bons » objets et du « bon » soi ce qui peut engendrer des variations soudaines et extrêmes dans les affects ressentis à l'égard de soi ou d'autrui et des gestes impulsifs. D'autres mécanismes de défenses primaires sont aussi fréquemment utilisés (Bond, Paris, & Zweig-Frank, 1994; Zanarini, Weingeroff, & Frankenburg, 2009), dont l'acting-out positivement corrélé à l'agression impulsive (Koenigsberg et al., 2001). Ce manque d'intégration se retrouve aussi au niveau du Surmoi, tenant du système internalisé des valeurs morales, qui ne pourra pas réguler adéquatement le Moi. Ses exigences se traduiront par des projections, teintées d'agressivité, sur l'objet, évitant ainsi au Moi tout sentiment de culpabilité (Kernberg et al., 1997). En d'autres termes, l'identité peu intégrée se traduit par des d'images de soi et d'objet associées à des pulsions libidinales qui ne peuvent pas neutraliser celles associées aux pulsions agressives et par l'incapacité du surmoi à imposer des valeurs morales. L'élaboration des affects et de la personnalité dépend ainsi de la qualité de la relation mère-enfant et plus largement de l'absence / présence d'un traumatisme.

Il est largement admis que l'attachement joue un rôle important dans l'étiologie du TPL (Fonagy, Target, Gergely, Allen, & Bateman, 2003; Kernberg, 2006). Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons-Ruth (2004), à travers une revue de 13 études, ont mis en évidence une forte association positive entre le TPL et des styles d'attachement de type insécuré. Plus récemment, Fossati, Borroni, Feeney & Maffei (2012) ont rapporté que ces styles d'attachement pourraient être des prédictors de caractéristiques du TPL à l'âge adulte. Concernant les traumatismes, Freudenfeld, Ornduff & Kelsey (1995) ont démontré que l'abus physique altérait la qualité des relations d'objets. Ces résultats ont été confirmés et élargis à d'autres formes de mauvais traitements (abus sexuel, émotionnel, négligence physique et émotionnelle) par Twomey, Kaslow & Croft (2000) au sein d'une étude mettant

en évidence le rôle médiateur des relations d'objet dans la relation entre mauvais traitements survenus pendant l'enfance et comportements suicidaires chez des femmes. Cette étude n'était cependant pas spécifique à des participants présentant une organisation limite. Chez les personnes présentant un TPL, la prévalence des abus sexuel et physique est très élevée, allant respectivement de 40% à 76% et de 25% à 73% selon les études (Soloff, Lynch, & Kelly, 2002). Actuellement, si le lien entre TPL et abus sexuel ou physique est établi ainsi qu'un lien entre comportements suicidaires et abus sexuel (Soloff et al., 2002), aucun lien causal entre les différents type d'abus et le diagnostic du TPL n'a pu être démontré (Bornovalova et al., 2013; Fossati, Madeddu, & Maffei, 1999).

L'étiologie de l'organisation limite représente une interaction entre le tempérament (des dispositions innées déterminées génétiquement par rapport aux affects), des capacités cognitives constitutives et les valeurs internalisées (Kernberg & Caligor, 2005). Cette notion de tempérament fait écho à la conception des traits de personnalité du FFM comme version « maturée » du tempérament (McCrae et al., 2000). Par tempérament, Kernberg considère les dispositions et différences individuelles en termes de réactivité motrice et émotionnelle ainsi que la capacité d'auto-régulation (Clarkin, Lenzenweger, Yeomans, Levy, & Kernberg, 2007). Le contrôle volontaire, « effortfull control », permet d'inhiber ou de modifier une réponse dominante et donc de limiter les comportements impulsifs. Dans le cas de patients ayant un TPL, ce contrôle est plus faible que chez des participants contrôles (Posner et al., 2002). Compte tenu du rôle de l'agression dans l'élaboration de la « mémoire affective primitive » de l'enfant, une forte réactivité et un faible niveau de contrôle peuvent, dans un contexte invalidant, favoriser une utilisation de mécanismes de défenses primaires, une identité diffuse et l'expression de dispositions agressives.. Cependant peu d'études permettent de comprendre la relation qui existe entre l'impulsivité et l'identité et leurs formes d'expression. Parmi celles-ci, Crittchfield, Levy et Clarkin (2004) se sont intéressés aux différentes opérationnalisations de l'impulsivité associées aux TPL, afin de déterminer si elles se regroupaient en un concept unitaire d'agression-impulsive. Les résultats de leur étude réalisée sur un échantillon TPL a démontré que « l'effortfull control » mesuré grâce à l'Adult Temperament Questionnaire (ATQ,

Derryberry & Rothbart, 1988) est associé à la capacité de contrôle sans lien avec l'agression. Chabrol et Leichsenring (2006) ont rapporté une corrélation entre les traits d'impulsivité et l'identité diffuse de ($r=0,64$, $p<0,01$) lors d'une étude évaluant les liens entre certains traits de personnalité et les critères structurels de l'organisation limite dans un échantillon non clinique. Ces deux types de résultats rejoignent ceux de l'étude de Hoermann, Clarkin, Hull et Levy (2005) qui a mis en évidence, dans un échantillon de participants présentant un TPL, que le niveau d'« effortfull control » mesuré par l'ATQ était négativement associé au niveau de diffusion identitaire, mesurée par l'Inventory of Personality Organization (IPO, Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001) sans différence relative au niveau de manifestation de l'hostilité. Plus récemment, Peters, Upton et Baer (2013) ont évalué les liens entre les cinq facettes de l'UPPS et les principales caractéristiques du TPL évaluées grâce au Personality Assessment Inventory for Borderlines (PAI-BOR, Morey, 1991) au sein d'un échantillon d'étudiants universitaires. Ils ont rapporté au niveau des problèmes identitaires une forte corrélation ($r=0.55$, $p<.01$) avec l'Urgence négative et une corrélation modérée pour l'Urgence positive ($r=0.30$, $p<.05$). Au niveau des comportements auto-dommageables, ces deux facettes de l'impulsivité affichent des corrélations identiques très fortes ($r=0,60$, $p<0,05$). De plus, des analyses de régression leur ont permis de mettre en évidence que l'Urgence négative est le meilleur prédicteur de problèmes identitaires et que les deux formes d'Urgence le sont pour les comportements autodommageables.

Les gestes impulsifs chez les personnes présentant un TPL seraient donc l'expression d'une constellation de caractéristiques inhérentes à ce type d'organisation au sein de laquelle le niveau d'intégration identitaire pourrait agir sur la forme et la sévérité de l'expression d'un trait d'impulsivité. Les personnes présentant un trait d'Urgence et une identité peu intégrée adopteraient des stratégies immédiates et non réalistes sous forme de comportements dirigés contre soi ou autrui dans des conditions d'affects négatifs intenses. Au contraire celles ayant développé une identité intégrée pourraient accéder à des structures psychiques plus matures et réalistes qui leur permettraient d'adopter des comportements moins dommageables. Malgré l'absence d'évidences empiriques, Kernberg et Calicor

(2005) soulignent que, lors de la prise en charge thérapeutique des personnes présentant une organisation limite, l'intégration des affects positifs et négatifs permet d'obtenir une modulation des réponses et notamment un contrôle accru des impulsions et une meilleure tolérance face aux émotions.

La présente étude

Dans la perspective psychodynamique des relations d'objets de l'organisation limite, la prise en charge du patient se traduit par un travail thérapeutique visant à améliorer l'intégration des relations d'objets de soi et autrui afin de réduire le niveau de diffusion identitaire. Cette intégration identitaire se traduirait par une réduction des gestes impulsifs, très dommageables chez les personnes ayant un TPL. Compte tenu de l'apport théorique des relations d'objet et des données empiriques sur les liens entre l'identité, l'impulsivité et les comportements impulsifs dirigés contre soi ou autrui, il peut être postulé que les représentations plus ou moins intégrées des relations d'objets permettent de moduler le niveau d'expression d'un trait d'impulsivité dans des conditions d'affects intenses.

L'article scientifique qui suit a pour objectif d'examiner le rôle modérateur du niveau d'intégration de l'identité dans la relation entre l'Urgence et les comportements impulsifs, qu'ils soient portés contre soi-même ou contre autrui. Dans ce but, l'hypothèse qu'un niveau élevé d'Urgence sera fortement associé à des comportements impulsifs, dirigés contre soi ou autrui, chez les personnes présentant un faible niveau d'intégration identitaire a été testée sur échantillon d'étudiants universitaires.

Article

Évaluation du rôle modérateur de l'intégration des Relations d'Objet dans la relation entre l'Urgence Négative et les comportements impulsifs dirigés contre soi et autrui

Évaluation du rôle modérateur de l'intégration des Relations d'Objet
dans la relation entre l'Urgence Négative et les comportements impulsifs
dirigés contre soi et autrui

Anne HENRY¹

Jean Gagnon^{1,2,3,4}

¹ Département de Psychologie, Université de Montréal, Canada

² Centre de Recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain
(CRIR), Canada

³ Département de Psychologie, Université de Sherbrooke, Canada

⁴ Centre de recherche en neuropsychologie et cognition (CERNEC),
Canada

Abstract

Negative Urgency trait is highly associated with BPD and impulsive behaviors. However the Personality traits theory fails to explain the variability among these behaviors. Object relations theory gives a complementary perspective in the understanding of these behaviors. In this perspective, the level of identity integration can be conceptualized as moderating the relationship between high negative urgency trait and the forms and severity of impulsive behaviors directed either against self or others. This hypothesis was tested in a 101 student sample. Impulsivity was assessed with UPPS, impulsive behaviors against self with the Aggression Questionnaire and BSL-Impulsivity was used for behaviors directed against others. The Identity and Coherence of Self subscale of Social Cognition and Object Relations Scale was used on projective material to assess level of identity integration. No significant result was observed for the moderating hypothesis. Changes in the protocol and a larger sample are required to test this hypothesis.

Keywords: Borderline disorder, urgency, impulsivity, object relations, identity

Résumé

Le trait d'Urgence négative est fortement associé au TPL et aux comportements impulsifs. Cependant, la théorie des traits fournit un cadre explicatif incomplet en ce qui concerne la variabilité de ces comportements. La théorie des relations d'objet offre une perspective complémentaire dans la compréhension de ces comportements. En effet, le niveau de l'intégration identitaire peut être conceptualisé comme un modérateur de la relation entre un trait d'Urgence marqué et l'expression de gestes impulsifs dirigés contre soi ou autrui. Cette hypothèse a été testée dans un échantillon de 101 étudiants. L'impulsivité a été mesurée grâce à l'UPPS, les comportements impulsifs dirigés contre autrui grâce au Questionnaire d'agressivité et ceux dirigés contre soi grâce à la BSL-Impulsivité. La mesure de l'intégration identitaire a été réalisée en utilisant l'échelle Identité et Cohérence de Soi de la Social Cognition and Object Relations Scale sur du matériel projectif. Aucun résultat significatif n'a pu être observé. Des modifications du protocole de recherche ainsi qu'un échantillon plus important sont nécessaires pour tester cette hypothèse.

Mots-clés: Trouble de personnalité limite, urgence, impulsivité, relations d'objet, identité

Évaluation du rôle modérateur de l'intégration des Relations d'Objet dans la relation entre l'Urgence négative et les comportements impulsifs dirigés contre soi et autrui

Parmi les onze troubles de personnalité définis sur l'axe II du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000), le trouble de personnalité limite, TPL, est le plus complexe et le plus fréquent. La prévalence est estimée à 2% dans la population générale, atteint près de 10% dans la population clinique (Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005) et 20% dans la population psychiatrique institutionnalisée (Bland, Williams, & Scharer, 2004). Les femmes représentent 75% de la population diagnostiquée (Widiger & Frances, 1989). La co-morbidité avec d'autres troubles de l'axe II du DSM-IV-TR (Critchfield, Clarkin, Levy, & Kernberg, 2008; Zanarini et al., 1998) et certaines pathologies de l'axe I est aussi très fréquente (Grant et al., 2008; Oldham et al., 1995; Zimmerman et al., 2005). Une étude récente (Tomko, Trull, Wood, & Sher, 2013) rapporte des taux aussi élevés que 84.8% pour les troubles anxieux, 82,7% pour les troubles de l'humeur et 78,2% pour l'abus de substances. Plus spécifiquement, les taux de co-morbidité sont de l'ordre de 14% pour les troubles bipolaires (Brieger, Ehrt, & Marneros, 2003), 47 % pour la dépression (Zimmerman et al., 2005), 24% pour le trouble panique, 44% pour la phobie sociale (Brieger et al., 2003), 11% pour l'anorexie vs 28% pour la boulimie (Sansone, Levitt, & Sansone, 2004) et 14% à 26% pour le trouble des conduites alimentaires non spécifié (Zanarini, Reichman, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2010).

Le mode de fonctionnement général du TPL est caractérisé par l'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée. L'impulsivité est une caractéristique centrale du TPL et représente l'un des prédicteurs de la persistance de cette pathologie au cours du temps (Links, Heslegrave, & van Reekum, 1999). Par ailleurs, de nombreuses études ont d'établi des liens entre l'impulsivité et des formes de comportements inadaptés fortement représentées chez les TPL comme les

troubles des conduites alimentaires (Nasser, Gluck, & Geliebter, 2004), ou encore l'abus de substances (Allen, Moeller, Rhoades, & Cherek, 1998; Moeller et al., 2001).

L'impulsivité

Bien que l'impulsivité soit largement reconnue comme un trait de personnalité (Cattell, 1943; Eysenck, 1949), ses définitions sont nombreuses (Depue & Collins, 1999; Evenden, 1999) et réfèrent à un construit complexe. Enticott et Ogloff (2006) dégagent d'une recension des écrits scientifiques une approche consensuelle de l'impulsivité : elle se traduit par une conduite rapide, spontanée, mal planifiée, excessive, qui est potentiellement mal adaptée à la situation. Ces auteurs (2006) soulignent la confusion qui existe entre les manifestations des comportements impulsifs et leurs processus causaux. Ils proposent de considérer l'impulsivité comme un terme qui se réfère à des construits distincts qui pourraient être étudiés et décrits selon trois niveaux : les individus, les formes d'expression et les causes.

Cette multiplicité des approches est à l'origine des travaux de Whiteside et Lynam (2001) qui ont entrepris d'explorer les différentes facettes de l'impulsivité. Utilisant une analyse factorielle portant sur les huit principaux instruments de mesure de l'impulsivité et le modèle de personnalité à cinq facteurs de Costa et McCrae (« Five Factor Model of personality », FFM, Costa & McCrae, 1992), ces auteurs ont dégagé un modèle de l'impulsivité à quatre facettes, l'UPPS, ainsi qu'une échelle de mesure, le questionnaire UPPS d'impulsivité (« UPPS Impulsive Behavior Scale », Whiteside & Lynam, 2001). Chacune de ces facettes est associée à des traits de personnalité spécifiques du FFM. Les quatre facettes sont : (a) l'Urgence ou tendance à réagir fortement dans des conditions d'affects négatifs intenses, (b) le manque de Préméditation ou difficulté de concevoir et de réfléchir aux conséquences d'un comportement avant de l'émettre, (c) le manque de Persévérance ou incapacité à rester concentré sur une tâche difficile ou ennuyeuse et (d) la recherche de Sensation ou tendance à s'engager dans des activités excitantes ou nouvelles. Une cinquième dimension distinguant l'Urgence positive de l'Urgence négative, selon la

valence de l'émotion, a été mise en évidence (Cyders & Smith, 2008; Cyders et al., 2007). L'Urgence négative est fortement associée au TPL (Miller, Flory, Lynam, & Leukefeld, 2003; Whiteside, Lynam, Miller, & Reynolds, 2005) et permettrait de le discriminer des autres troubles de personnalité (Whiteside et al., 2005). Tragesser et Robinson (2009) ont aussi rapporté des liens spécifiques entre l'Urgence et certaines autres caractéristiques du TPL dont l'instabilité affective.

Le trait d'Urgence impliquerait une prédisposition neurobiologique à vivre des affects intenses et l'apprentissage de comportements inadaptés ou auto-dommageables servant à réguler ces affects (Cyders & Smith, 2008; Whiteside et al., 2005). Cependant, le processus sous-jacent reste à clarifier. Certains auteurs (Cyders & Smith, 2008) ont avancé que a) l'intensité des émotions entrainerait une diminution des capacités cognitives engagées dans les processus de prise de décision et dans l'évaluation des conséquences potentielles des stratégies d'adaptation favorisant l'utilisation des réponses comportementales inadaptées, b) ces comportements inadaptés pourraient alors être renforcés s'ils sont parvenus à réduire l'intensité des affects négatifs. Pour d'autres auteurs (Gagnon, Daelman, & McDuff, 2013), le trait d'urgence serait en fait associé à des dispositions cognitives qui altèreraient le traitement de l'information nécessaire à la régulation émotionnelle et comportementale, ce qui se traduirait par une augmentation de l'intensité de l'affect et des stratégies d'adaptation potentiellement inadaptées.

Les comportements auto-dommageables peuvent être classifiés selon deux catégories, directs ou indirects (Farberow, 1980). Directs, ils sont délibérés avec des effets négatifs évidents ou probables sur soi; indirects, ils sont non intentionnels avec des effets négatifs à plus long terme sur soi. Les taux de prévalence des comportements directs varient fortement selon la population : 4 % dans la population générale adulte, 21% chez les adolescents et jeunes adultes, 40% dans la population clinique adulte (St. Germain & Hooley, 2012) et jusque 80% dans le cas du TPL selon les études (Stanley & Brodsky, 2005; Zanarini et al., 2008). Chez les personnes présentant un TPL, les taux rapportés d'automutilation varient de 17% à 80% et de 46% à 92% pour les tentatives de suicide

(Zanarini et al., 2008). Les comportements indirects, sous leurs formes cliniques, correspondent à des troubles des conduites alimentaires ou d'abus de substances, qui sont fortement représentés chez les TPL. Plusieurs études ont démontré que l'Urgence négative est positivement corrélée à ces deux types de comportements auto-dommageables que la population considérée soit clinique ou non (Anestis, Selby, Fink, & Joiner, 2007; Anestis, Smith, Fink, & Joiner, 2009; Glenn & Klonsky, 2010; Lynam, Miller, Miller, Bornovalova, & Lejuez, 2011).

Les comportements inadaptés chez les personnes présentant un haut niveau d'Urgence peuvent aussi prendre la forme de comportements agressifs envers autrui, notamment chez celles présentant un TPL (Dougherty, Bjork, Huckabee, Moeller, & Swann, 1999; Fossati et al., 2004; Henry et al., 2001). Ce type de comportements impulsifs est souvent mentionné sous le terme d'agression impulsive. Cette forme d'impulsivité réfère à une réponse à une provocation avec perte de contrôle (Bornovalova, Lejuez, Daughters, Rosenthal, & Lynch, 2005) sans référence à la préméditation généralement associée à l'agression (Barratt & Felthous, 2003). Concernant ces formes d'expression de l'impulsivité, peu d'études ont exploré leurs liens avec l'Urgence, mais celles menées par Miller et al. (2003) ainsi que Ray, Poythress, Weir, et Rickelm (2009) ont rapporté des corrélations positives statistiquement significatives entre cette facette de l'impulsivité et ces manifestations. Il est par ailleurs établi qu'il existe une différence sexuelle quant à l'expression de ces comportements (Eagly, Steffen, 1986), les hommes recourant à des formes plus dommageables, comme les agressions physiques alors que les femmes rapportent plus d'agressions verbales.

Cependant, ce modèle de l'Urgence, et plus généralement celui des traits de personnalité ne parviennent pas à fournir d'explication sur la variabilité des formes d'expression des comportements de personnes présentant des traits identiques ni sur la forme auto-dommageable que ces comportements peuvent prendre dans le cas du TPL (Gagnon, 2013). L'absence de prise en compte de l'interaction individu-situation est une critique souvent adressée à ce modèle (Clarkin, 2006; Pervin & John, 2005). Dans le cas du

TPL, cet élément apparaît d'autant plus important que c'est dans la sphère interpersonnelle que les personnes atteintes de ce trouble rencontrent le plus de difficultés.

L'apport du modèle de l'organisation limite d'Otto Kernberg

Le modèle psychodynamique de l'organisation limite de la personnalité développé par Kernberg (1975, 1976) offre une approche différente et complémentaire à la compréhension de la génération des gestes impulsifs chez les personnes présentant un TPL. Le modèle de l'organisation limite est un modèle plus large que celui du TPL qui a fortement influencé la conceptualisation du TPL et l'évolution de son diagnostic. L'un des critères du DSM-IV-TR est une référence directe à la conception de l'identité diffuse, caractéristique centrale de l'organisation limite et a fortiori du TPL, dans le modèle de Kernberg.

Ce modèle repose sur les relations d'objet, qui comportent une représentation de soi, une représentation de l'objet (autrui) et l'état affectif qui les relie, comme fondements, « buildings blocks », des structures psychologiques. L'affect est donc central.

Les affects sont élaborés peu à peu sous l'influence des pulsions libidinales et agressives du nouveau-né et de son interaction avec ceux qui prennent soin de lui et notamment sa mère. Tout d'abord organisés en des pôles opposés, l'un regroupant les images soi-objet indifférenciées « toutes bonnes », l'autre les images soi-objet indifférenciées « toutes mauvaises », ils sont maintenus séparés grâce à l'utilisation du clivage, mécanisme de défense primaire, afin de protéger les aspects positifs. Ils sont ensuite intégrés en des représentations plus nuancées grâce au développement des capacités cognitives et de mécanismes de défense plus matures (Kernberg, 1972).

L'évolution de la complexité des représentations s'accompagne tout d'abord d'une différenciation des concepts de soi et de l'objet, puis d'une intégration des « bons » et des « mauvais » aspects des représentations de soi et d'autrui. Ces étapes sont indispensables au développement d'une structure psychique élaborée et complexe, présentant un Moi et un Surmoi intégrés (Kernberg & Caligor, 2005). Dans l'organisation limite de la personnalité,

cette évolution ne suit pas une trajectoire normale car l'utilisation du clivage est prolongée, maintenant séparés les aspects positifs et négatifs des représentations de soi et d'autrui. Cette polarisation empêche l'individu d'accéder à des affects complexes et nuancés. L'intégration du Moi est ainsi compromise et incomplète. Cette intégration déficitaire correspond au syndrome d'identité diffuse, caractéristique de l'organisation limite et intégré au DSM-IV-TR. Initialement formulée par Erikson (1956), la diffusion identitaire fait ici référence au déficit d'intégration des représentations non seulement de soi mais aussi d'autrui, soulignant l'importance de la relation dyadique dans l'élaboration de relations d'objet (Kernberg, 2006). Plusieurs études ont démontré que l'identité diffuse est associée à la présence du TPL (Ackerman, Clemence, Weatherill, & Hilsenroth, 1999; Fossati et al., 2004; Jørgensen, 2009; Modestin, Oberson, & Erni, 1998; Wilkinson-Ryan & Westen, 2000).

La diffusion identitaire a de nombreuses conséquences sur la structure psychique et la personnalité de l'individu. Si l'épreuve de réalité est généralement présente chez les personnes ayant une organisation limite, cette diffusion identitaire se traduit par le maintien d'images précoces de soi et d'autrui opposées. À un niveau clinique, cela peut se traduire par des gestes impulsifs dirigés contre soi ou autrui (Clarkin, Lenzenweger, Yeomans, Levy, & Kernberg, 2007). L'individu ne peut pas accéder à des mécanismes de défense matures. La diffusion identitaire, qui se traduit par des d'images de soi et d'objet associées à des pulsions libidinales qui ne peuvent pas neutraliser celles associées aux pulsions agressives a pour conséquence de maintenir l'utilisation du clivage. Cela se traduit par des variations, soudaines et extrêmes, dans les affects ressentis à l'égard de soi ou d'autrui, qui peuvent s'exprimer sous la forme de gestes impulsifs. D'autres mécanismes de défense primaires, dont l'acting-out sont aussi fréquemment utilisés (Bond, Paris, & Zweig-Frank, 1994; Zanarini, Weingeroff, & Frankenburg, 2009). L'acting-out correspond à un agir, à un passage à l'acte qui peut être dirigé contre soi ou autrui « afin de réduire une tension interne » dans des conditions de souffrance psychologique (Leveillée, 2009). Dans cette perspective, l'acting out pourrait donc être considéré comme une manifestation de

comportements impulsifs dommageables. Par ailleurs, Koenisberg et al (2001) ont rapporté que l'acting-out mesuré par le Questionnaire de Style Défensif (DSQ, Bond, 1986) est positivement corrélé à l'agression impulsive. Récemment Vintiloiu et Gagnon (2013) ont établi que le clivage et l'identité diffuse montraient des contributions distinctes dans la prédiction de comportements impulsifs mesurés par la sous-échelle « self-harm » du Personality Assessment Inventory for Borderlines (PAI-BOR, Morey, 1991) au sein d'un échantillon d'étudiants universitaires. Le défaut d'intégration du Moi impacte aussi directement celle du Surmoi. Le Surmoi, représentant du système internalisé des valeurs morales ne peut pas réguler adéquatement le Moi. Ses exigences se traduisent par des projections, teintées d'agressivité, sur l'objet (Kernberg, Widlöcher, & Marcelli, 1997). La qualité de la relation mère-enfant et plus largement de l'absence / présence d'un traumatisme joue un rôle majeur dans le développement des affects et de la personnalité.

Le rôle de l'attachement est largement admis dans l'étiologie du TPL (Fonagy, Target, Gergely, Allen, & Bateman, 2003; Kernberg, 2006). Agrawal, Gunderson, Holmes et Lyons-Ruth (2004), à travers une revue de 13 études, ont mis en évidence une forte association positive entre le TPL et des styles d'attachement de type insécure. Une étude de Fossati, Borroni, Feeney, et Maffei (2012) suggère que ces styles d'attachement pourraient être des prédicteurs de caractéristiques du TPL à l'âge adulte. Concernant les traumatismes, la prévalence des abus sexuels et physiques est très élevée chez les personnes présentant un TPL, variant respectivement de 40% à 76% et de 25% à 73% (Soloff, Lynch, & Kelly, 2002). Certaines études ont démontré que l'abus physique altérait la qualité des relations d'objets (Freedefeld, Ornduff, & Kelsey, 1995) et que les relations d'objet jouaient un rôle important dans la relation entre mauvais traitements survenus pendant l'enfance et comportements suicidaires chez des femmes présentant ou non un TPL (Soloff et al., 2002; Twomey, Kaslow, & Croft, 2000).

Selon Kernberg (Kernberg & Caligor, 2005), l'étiologie de l'organisation limite correspond à une interaction entre le tempérament (des dispositions innées déterminées génétiquement par rapport aux affects), des capacités cognitives constitutives et les valeurs

internalisées. Le tempérament réfère ici aux dispositions individuelles en termes de réactivité motrice et émotionnelle ainsi que la capacité d'auto-régulation, « effortfull control » (Clarkin et al., 2007). Dans un contexte invalidant, compte tenu du rôle de l'agression dans l'élaboration des affects associés aux images de soi et d'autrui de l'enfant, une forte réactivité et un faible niveau de contrôle peuvent favoriser une utilisation de mécanismes de défenses primaires, une identité diffuse et l'expression de dispositions agressives. Posner et collaborateurs (2002) rapportent que l'« effortfull control » qui permet d'inhiber ou de modifier une réponse dominante est plus faible chez les personnes présentant un TPL que chez des participants contrôles. À ce jour, peu d'études explorent cependant la relation entre l'identité diffuse et l'impulsivité. Critchfield, Levy et Clarkin (2004), qui se sont intéressés aux différentes opérationnalisations de l'impulsivité associées aux TPL, rapportent que, chez des personnes présentant un TPL « l'effortfull control », mesuré grâce à l'Adult Temperament Questionnaire (ATQ, Derryberry & Rothbart, 1988) est associé à la capacité de contrôle sans lien avec l'agression. Chabrol et Leichsenring (2006) ont par ailleurs démontré une corrélation positive ($r=0,64$, $p<0,01$) entre les traits d'impulsivité et l'identité diffuse de dans un échantillon non clinique. Ces résultats sont concordants avec ceux de Hoermann, Clarkin, Hull et Levy (2005). Ces auteurs ont rapporté en effet que chez des participants présentant un TPL, le niveau d'« effortfull control », mesuré par l'ATQ, était négativement associé au niveau de diffusion identitaire, mesurée par l'Inventory of Personality Organization (IPO, Lenzenweger, Clarkin, Kernberg, & Foelsch, 2001), mais n'était pas corrélé au niveau d'hostilité. Plus récemment, Peters, Upton et Baer (2013) ont évalué, au sein d'un échantillon d'étudiants universitaires, les liens entre les principales caractéristiques du TPL mesurées grâce au PAI-BOR (Morey, 1991) et les cinq facettes de l'UPPS qui distingue l'urgence négative de l'urgence positive selon que le comportement impulsif est émis dans des conditions d'affects intenses négatifs ou positifs (Cyders & Smith, 2008; Cyders et al., 2007. Ils ont rapporté que l'Urgence négative était fortement corrélée aux problèmes identitaires ($r=0,55$, $p<0,01$) alors que l'Urgence positive ne présentait qu'une corrélation modérée ($r=0,30$, $p<0,05$). Ces deux

types d'Urgence présentaient aussi des corrélations identiques très fortes ($r=0,60$, $p<0,05$) avec des comportements auto-dommageables. De plus, seule l'Urgence négative apparaissait comme le meilleur prédicteur des problèmes identitaires alors que les deux formes d'Urgence l'étaient pour les comportements autodommageables.

L'importance de la relation entre niveau d'intégration de l'identité et manifestations de l'impulsivité est aussi soulignée, au niveau clinique, lors de la prise en charge thérapeutique des personnes présentant une organisation limite. Bien qu'il n'y ait pas de données empiriques (Barnicot et al., 2012), Kernberg et Calicor (2005) rapportent ainsi que, lors de la prise en charge thérapeutique par l'approche de Thérapie focalisée sur le transfert, « Transference-Focused Psychotherapy », traitement basé sur les principes des relations d'objets développés par Kernberg (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 1999), l'intégration des affects positifs et négatifs permet d'obtenir une modulation des réponses et notamment un contrôle accru des impulsions et une meilleure tolérance face aux émotions.

Buts et hypothèses

Dans la perspective du modèle des relations d'objet et compte tenu des données empiriques actuellement disponibles, la forme et la sévérité des gestes impulsifs chez les personnes présentant un TPL pourraient être considérées comme l'expression de la modulation d'un trait d'impulsivité selon le niveau d'intégration identitaire. Les personnes présentant un trait d'Urgence et une identité peu intégrée, associée à l'incapacité du Surmoi à imposer des valeurs morales, adopteraient des stratégies immédiates et non réalistes sous forme de comportements dirigés contre soi ou autrui dans des conditions d'affects négatifs intenses. Au contraire, les individus ayant développé une identité intégrée pourraient accéder à des structures psychiques plus matures et réalistes leur permettant d'adopter des comportements moins dommageables.

Il est ainsi attendu que :

a. Le niveau d'intégration de l'identité sera négativement corrélé à l'Urgence, à des caractéristiques du TPL, à des mesures de comportements impulsifs dirigés contre soi

ou autrui, mesurés à grâce à la BSL-impulsivité, et au Questionnaire d'agression, à des mécanismes de défense immatures, dont l'acting-out évalués par leDSQ ainsi qu'à des expériences traumatiques pendant l'enfance tandis que l'Urgence négative sera positivement associée à des caractéristiques du TPL, aux mesures de comportements impulsifs dirigés contre soi ou autrui ainsi qu'aux expériences traumatiques.

b. Chez les individus présentant un trait d'Urgence négative élevé, le niveau de l'intégration de l'identité modulera la forme et la sévérité des comportements impulsifs. Des analyses de régression multiple par étape seront utilisées afin d'établir qu'il existe un effet d'interaction entre l'urgence négative et le niveau de l'intégration de l'identité. Ainsi, les individus présentant un trait d'Urgence négative élevé et une identité peu intégrée exprimeront des comportements envers soi ou autrui plus dommageables et plus agressifs dans des conditions d'affects négatifs intenses que ceux ayant une identité plus intégrée.

Le niveau de l'intégration de l'identité modulera le lien qui existe entre un trait d'urgence négative et l'émission de comportements impulsifs dommageables. Ainsi, par exemple, chez les individus présentant un trait d'urgence négative élevé, ceux dont l'identité est intégrée ne présenteront pas des comportements impulsifs dommageables envers soi ou autrui. Des analyses de régression multiple par étape seront utilisées afin d'établir qu'il existe un effet d'interaction entre l'urgence négative et le niveau de l'intégration de l'identité.

À partir des tables développées par Cohen (1992), il a été possible de déterminer que pour un alpha de 0,05 et une puissance statistique recommandée de 0,80, l'échantillon de l'étude devrait être composé de 481 participants pour détecter une taille d'effet faible ($f^2 \geq 0,02$) et de 67 participants pour une taille d'effet modérée ($f^2 \geq 0,15$). Cette étude ayant été réalisée à partir d'une base de données préalablement recueillies, la taille de l'échantillon était déjà connue et composée de 101 participants. Grâce au logiciel G*Power, il a été déterminé que cette taille d'échantillon permettrait de détecter une taille d'effet $f^2 \geq 0,1$.

Méthode

Participants

L'échantillon (N=101) est constitué d'étudiants en psychologie recrutés en 2008 et 2009 à l'Université de Montréal (Québec, Canada) dans le cadre d'une recherche sur la valeur prédictive de la qualité affective des relations d'objet et de la maturité des mécanismes de défense sur le trait impulsif du trouble de la personnalité limite chez des étudiants universitaires (Gagnon, 2010). Le seul critère d'inclusion était d'avoir plus de 18 ans. Les données recueillies à cette occasion ont été compilées dans une base de données qui a été utilisée lors de cette étude. La cotation de l'échelle Identité et Cohérence du Soi de la Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS, Westen, 2002) a été effectuée pour la présente étude à partir des planches TAT selon les modalités indiquées dans la section « Procédure ». L'échantillon, dont les caractéristiques sont présentées dans le tableau 1., p48-49, était constitué de 19 hommes (18,8%) et 82 femmes (81,2%). L'âge moyen des participants était de 23 ans (E.T = 4,5). Parmi les participants, 23 (22,8%) ont mentionné avoir déjà été reçu en consultation psychiatrique ou neurologique. Dans 9 cas (8,9%) un diagnostic au moins a été posé : 1 (1%) trouble de personnalité limite, 1 (1%) trouble de personnalité limite et phobie sociale, 1 (1%) boulimie, dépression, trouble de l'attention et d'hyperactivité, 1 (1 %) Choc post-traumatique, 1 (1%) Dépression, 1 (1%) Épilepsie, 1 (1%) Hyperactivité, 1 (1%) Trouble de l'attention, 1 (1%) Trouble du comportement. **Instruments**

Social Cognition and Object Relations Scale – Global Rating Method (SCORS-G). La SCORS est une méthode de cotation et d'interprétation de récits recueillis suite à la présentation de matériel projectif au sujet et pour lequel il doit inventer une histoire. Dans le cadre de cette étude, quatre planches du Test d'Aperception Thématique, TAT, (1, 3BM, 13MF, 18GF; Murray, 1943) ont été sélectionnées sur la base des écrits scientifiques. Cette échelle de cotation a été développée par Westen, Lohr, Silk, Kerber et Goodrich (1990), et permet d'évaluer les facettes du fonctionnement psychique de la personnalité. La SCORS

est basée sur la complémentarité et l'intégration de la théorie des relations d'objet et de la psychologie cognitive (Westen, 1991). Dans sa forme actuelle (Westen, 2002), elle comprend 8 échelles qui évaluent chacune une facette des relations d'objet. Un score variant de 1 à 7 est obtenu pour chacune de ces échelles; plus le score est élevé, plus les réponses sont saines et matures. Les qualités psychométriques de la SCORS ont été fréquemment démontrées dans la littérature (Peters, Hilsenroth, Eudell-Simmons, Blagys, & Handler, 2006). Dans le cadre de cette étude, l'échelle retenue est de celle de l'Identité et Cohérence du Soi, ICS, qui permet d'évaluer le niveau d'intégration identitaire d'un individu. Un score de 1 représente un soi fragmenté, 3 un sens de soi instable, fluctuant et imprévisible, 5 une identité et une définition de soi sans problème ni préoccupation majeurs et 7 une personnalité intégrée avec des ambitions et des buts à long terme. Cette échelle a notamment été validée sur du matériel narratif (Pinsker-Aspen, Stein, & Hilsenroth, 2007; Stein, Hilsenroth, Slavin-Mulford, & Pinsker, 2011) et est aussi utilisée sur du matériel projectif (Westen, 2002). Pour chaque participant, un score moyen a été calculé à partir des scores obtenus pour chacune des quatre cartes.

Questionnaire UPPS d'impulsivité. Ce questionnaire comporte 45 items évaluant les quatre facettes de l'impulsivité : l'Urgence (12 items) , le manque de Préméditation (11 items), le manque de Persévérance (10 items), et la recherche de Sensation (12 items) selon le modèle de Whiteside et Lynam (2001). Le participant doit répondre aux items en indiquant son niveau d'accord ou de désaccord avec l'énoncé grâce à une échelle de Likert en 4 points, de 1 (tout à fait d'accord) à 4 (tout à fait en désaccord). Un score par sous-échelle ainsi qu'un score total est ensuite obtenu. Plus ce score est élevé, plus le niveau d'impulsivité est élevé. Le score maximal pour l'Urgence est de 48. La version française a démontré de bonnes qualités psychométriques (Van der Linden et al., 2006) avec des alphas de Cronbach compris entre 0,77 et 0,83 notamment pour l'Urgence, similaire à la version anglaise. Lors de cette étude, chaque facette a démontré une bonne fiabilité avec des alphas de Cronbach respectifs de 0,88 pour l'Urgence et le manque de Préméditation, 0,80 pour le manque de Persévérance et 0,84 pour la recherche de Sensation.

Childhood Trauma Questionnaire Version Courte (CTQ-VC). Le CTQ-VC développé par Bernstein et Fink (1998) comprend 28 items avec une échelle de Likert à cinq choix de réponse, de 1 (jamais vrai) à 5 (très souvent vrai). Il contient une échelle de déni (3 items) et cinq échelles de traumatismes (5 items chacune) : abus physique, abus émotionnel, abus sexuel, négligence physique et négligence émotionnelle. La validation de la version française réalisée au Québec (Paquette, Laporte, & Zoccolillo, 2004) a démontré de bonnes qualités psychométriques avec des alphas de Cronbach compris entre 0,68 et 0,91 et des valeurs de fidélité temporelle entre 0,73 et 0,94 ($p < 0,01$) selon les échelles. Les alphas de Cronbach de ces échelles sont compris entre 0,77 et 0,88 pour cet échantillon.

Borderline Symptom List-23 (BSL-23). La BSL-23 évalue les symptômes qui sont spécifiques à la personnalité borderline (Bohus et al., 2009; Glenn, Weinberg, & Klonsky, 2009). Elle se présente sous la forme d'une liste de 23 items dont le sujet indique la sévérité, en se référant à la semaine passée, sur une échelle de Lickert à 5 ancrages, de 0 (Pas du tout) à 4 (Très fortement). Cet outil a démontré une fidélité temporelle élevée ($r = 0,82$; $p < 0,0001$) et une très bonne cohérence interne avec des alphas de Cronbach de plus de 0,94 selon les échantillons de population (Bohus et al., 2009). Cette liste est associée à une seconde liste, composée de 11 items évaluant différents comportements impulsifs auto-dommageables du participant au cours de sa vie. Elle est accompagnée d'une échelle de Likert à 5 ancrages, de 0 (Jamais) à 4 (7 fois et plus). L'alpha de Cronbach de la BSL-23 était de 0,93 alors que celui de l'échelle relative aux comportements impulsifs n'a atteint qu'un niveau satisfaisant de 0,76.

Questionnaire de Style Défensif en 60 items (DSQ-60). Le DSQ-60 est un questionnaire de 60 items qui été élaboré par Trijsburg, Bond et Drapeau (2003) à partir de versions antérieures du DSQ (Andrews, Pollock, & Stewart, 1989; Bond, Gardner, Christian, & Sigal, 1983; Trijsburg, van t' Spijker, Van, Hesselink, & Duivenvoorden, 2000). Pour chaque item, le sujet indique sur une échelle de Likert à 9 ancrages, de 1 (Pas du tout applicable à moi) à 9 (Tout à fait applicable à moi), ce qui lui semble le plus représentatif de son fonctionnement. Le DSQ-60 permet d'investiguer 30 mécanismes de

défense inclus dans le DSM-IV-TR dont l'acting-out. Il permet aussi de déterminer le style défensif du sujet selon 3 facteurs : la distorsion de l'image, la régulation de l'affect et le style adaptatif (Thygesen, Drapeau, Trijsburg, Lecours, & De Roten, 2008). Ces trois facteurs ont démontré une cohérence interne acceptable avec des alphas de Cronbach respectifs de 0,64, 0,72 et 0,61 (Thygesen et al., 2008). Un indice de fonctionnement défensif global, ODF, (indice de la qualité adaptative du fonctionnement défensif) peut aussi être obtenu. Deux des facteurs, distorsion de l'image et régulation de l'affect, ont atteint un niveau de fiabilité satisfaisant avec des alphas de Cronbach respectifs de 0,77 et 0,71 alors que celui du style adaptatif à 0,51 n'était pas acceptable. Concernant l'ODF, la fiabilité était bonne avec un alpha de Cronbach de 0,84.

Le questionnaire d'agression ou Aggression Questionnaire (AQ). La version française du questionnaire développé par Buss et Perry (1992) a été traduite par Côté et Lalumière (1999). L'AQ est composé de 29 items et permet d'évaluer l'agression selon quatre facteurs: Agression physique (9 items), Agression verbale (5 items), Colère (7 items) et Hostilité (8 items). Chaque item est évalué par le sujet sur une échelle en 5 points de type Likert, de 1 (Ne me ressemble pas du tout) à 5 (Me ressemble vraiment). Un score est calculé pour chacun de ces facteurs; plus le score est élevé, plus le niveau d'agression est élevé. Bouchard (2007) a démontré dans une première étape de validation que cette version française de l'AQ reproduit la structure factorielle, la cohérence interne, la corrélation inter-échelles, la fidélité temporelle et la validité de critère de la version originale de l'instrument. Lors de cette étude, la Colère et l'Hostilité ont affiché de bons niveaux de fiabilité avec des alphas de Cronbach de 0,82 et 0,81, ceux de l'Aggression physique et de l'Aggression verbale des niveaux acceptables à respectivement 0,77 et 0,74.

Questionnaire sociodémographique. Ce questionnaire était composé de questions visant à recueillir les informations concernant le sexe, l'âge, le niveau d'étude ainsi que les antécédents et motifs de consultation ou diagnostic psychiatrique ou neurologique.

Procédure

La cueillette des données ayant été réalisée avant cette étude, une base de données contenant tous les éléments relatifs aux questionnaires a été mise à disposition de l'auteur de l'étude. La cotation de l'échelle de la SCORS a été réalisée à partir des planches originales du TAT sur lesquelles chaque participant avait rédigé une histoire selon les instructions décrites dans la section « Instruments ». À aucun moment, il n'a été possible d'identifier les participants. L'auteur de l'étude était en charge de la cotation et a respecté les procédures de formation. Elle s'est entraînée avec un étudiant masculin des cycles supérieurs de psychologie de l'Université de Montréal en utilisant le manuel de formation de Stein, Hilsenroth, Slavin-Mulford et Pinsker (2011). Ces deux personnes ont ensuite coté les quatre planches de 20% des participants pour établir un accord inter-juges. Les trois méthodes décrites dans le manuel de formation de la SCORS-G (Stein et al., 2011) ont été appliquées pour calculer le coefficient de corrélation intra-classe, ICC. L'ICC (2,1) a été établi à 0,78 ($p < 0,001$).

Résultats

Lors de la vérification de la normalité des distributions de données, celles du BSL-23 et du facteur d'Aggression physique du questionnaire d'agression ont été transformées respectivement par les fonctions suivantes : racine carrée et inverse. De plus, comme les mesures de quatre des cinq échelles du CTQ présentaient des distributions anormales avec plusieurs valeurs extrêmes, il a été choisi de ne pas utiliser les données de cet instrument lors des calculs statistiques. La mesure du style adaptatif DSQ n'a pas été retenue lors de l'analyse puisque l'indice de fiabilité n'a pas obtenu de niveau satisfaisant. Après l'analyse des corrélations entre les différentes variables, des analyses de régression multiples ont été effectuées afin de déterminer s'il existait un effet d'interaction entre le niveau d'intégration identitaire et l'Urgence afin de vérifier l'hypothèse de l'étude. Des scores Z ont été calculés pour les variables indépendantes afin de réduire les problèmes potentiels de multicollinéarité (Frazier, Tix, & Barron, 2004). Deux types d'analyse de régression multiple à entrée forcée ont été effectués. Dans un premier temps, seules les variables d'intérêt et le terme d'interaction ont été rentrés simultanément. Par la suite, des analyses à l'aide de régressions

multiples par étape ont été effectuées afin de prendre en compte la variable Sexe comme variable contrôle compte tenu de son rôle dans la différence de formes de comportements adoptés entre les hommes et les femmes La variable Sexe a été rentrée dans la première étape puis les variables ICS, Urgence et le terme d'interaction.

Les détails des mesures obtenues (moyennes et écarts types) pour les différentes variables utilisées dans cette étude sont présentés dans le tableau 2, p50.

Corrélations entre les variables

Comme le détaille le tableau 3, p. 51, presque toutes les variables d'intérêt de l'étude sont significativement corrélées. Parmi celles-ci, l'ICS est significativement corrélée avec les variables d'intérêt de l'étude à l'exception de l'Aggression verbale et des trois échelles de l'UPPS autres que l'Urgence. Les coefficients de corrélation sont respectivement faibles pour la BSL-Impulsivité ($r=0,23$, $p < 0,05$), l'Aggression physique ($r=0,24$, $p < 0,05$) la Colère ($r=0,25$, $p < 0,05$), l'ODF ($r=0,21$, $p < 0,05$), la distorsion de l'image ($r=0,24$, $p < 0,05$), la régulation de l'affect ($r=0,28$, $p < 0,01$) et modérées pour la BSL-23 ($r=0,41$, $p < 0,01$), l'Urgence ($r=0,31$, $p < 0,01$), l'Hostilité ($r=0,35$, $p < 0,01$) et l'acting-out ($r=0,30$, $p < 0,01$). L'Urgence, quant à elle, affiche des corrélations élevées avec la BSL-23 ($r=0,60$, $p < 0,01$) et la BSL-Impulsivité ($r=0,58$, $p < 0,01$), la Colère ($r=0,72$, $p < 0,01$), l'Hostilité ($r=0,58$, $p < 0,01$) et la distorsion de l'image ($r=0,53$, $p < 0,05$), modérées avec l'Aggression physique ($r=0,35$, $p < 0,05$), l'ODF ($r=0,46$, $p < 0,01$), la régulation de l'affect ($r=0,41$, $p < 0,01$) et l'acting-out ($r=0,41$, $p < 0,01$) et une corrélation faible avec l'Aggression verbale ($r=0,21$, $p < 0,05$). L'Urgence est aussi corrélée aux trois autres dimensions de l'UPPS : manque de Préméditation ($r=0,46$, $p < 0,01$), manque de Persévérance ($r=0,28$, $p < 0,01$) et recherche de Sensation ($r=0,22$, $p < 0,05$).

Régressions

Sur la base des corrélations obtenues, des régressions multiples décrites précédemment ont ensuite été réalisées afin d'évaluer l'effet d'interaction de l'ICS et de

l'Urgence en utilisant les variables suivantes comme variables dépendantes : l'Agression verbale, la Colère, l'Hostilité ainsi que l'acting-out. Les résultats de ces régressions sont présentés dans les tableaux 4 et 5, respectivement p52 et p53-54. Aucun effet d'interaction significatif n'a pu être observé que les régressions incluent ou non la variable contrôle Sexe.

Des régressions multiples standard, sans effet d'interaction, ont alors réalisées afin de déterminer les contributions de l'Urgence et de l'identité à ces différents comportements.

Aucun problème de multicollinéarité n'a été observé suite à la vérification des facteurs d'inflation de la variance et tolérances. La vérification de la normalité et de la linéarité a été effectuée à partir de l'inspection des graphiques. Aucune valeur extrême n'a été observé (calcul de la distance de Mahalanobis, de la distance de Cook). Un récapitulatif des résultats est présenté dans le tableau 6, p.55.

Concernant le BSL-Impulsivité, le modèle prédit 32% de la variance $F(2,98) = 24,561$, $p < 0,001$. Plus spécifiquement, l'Urgence ($\beta = 0,556$) est le seul prédicteur significatif de ces comportements auto-dommageables dans le modèle. Le modèle de l'Urgence et de l'identité explique aussi 50% de la variance de la Colère, $F(2,98) = 51,709$, $p < 0,001$, et 42% de celle de l'acting-out, $F(2,98) = 24,561$, $p < 0,001$. Dans ces deux cas l'Urgence est aussi le prédicteur significatif de ces variables.

Pour l'Agression physique, l'identité ($\beta = -0,220$) et l'Urgence ($\beta = 0,285$) expliquent conjointement 15% de la variance, $F(2,98) = 9,882$, $p < 0,001$ avec des contributions spécifiques pour chacune d'entre elles. Un niveau d'identité plus élevé agit en réduisant le niveau d'expression de l'Urgence.

Ce même type de contribution est observée pour l'Hostilité où le modèle explique 35.5% de la variance, $F(2,98) = 9,882$, $p < 0,001$ avec des contributions spécifiques significatives de l'Urgence ($\beta = 0,518$) et de l'identité ($\beta = -0,195$).

Discussion

Les résultats de cette étude ne permettent pas de confirmer l'hypothèse selon laquelle le niveau d'intégration de l'identité modérerait la relation entre le trait d'Urgence et l'expression des comportements impulsifs dirigés contre soi ou autrui, que ce soit leur niveau de sévérité ou leur forme.. En effet, aucun des effets d'interaction testés, pour différents types de comportements n'a démontré de résultat statistiquement significatif. Cependant, bien que l'hypothèse principale de l'étude n'ait pas été démontrée, il est important de noter que la direction des corrélations explicitées lors des hypothèses a effectivement été démontrée, à l'exception du CTQ, qui n'a pas été utilisé compte tenu du manque de fiabilité de l'instrument, et de l'Agression verbale, qui n'a révélé aucune corrélation statistiquement significative avec l'identité, l'Urgence, la BS-L23, la BSL-Impulsivité, l'ODF et le style « Régulation de l'affect ». Par ailleurs, l'Urgence et l'identité ont montré des contributions spécifiques et distinctes dans la prédiction de certains types de comportements impulsifs qui semblent contradictoires. Ainsi l'Urgence et l'identité contribuent conjointement à expliquer 15% des comportements d'Agression physique envers autrui et 35.5% des comportements d'Hostilité envers autrui alors que seule l'Urgence prédit les comportements auto-dommageables dirigés contre soi, mesurés par la BSL-Impulsivité, la Colère et l'acting-out. Concernant l'acting-out, l'absence de contribution de l'identité n'est pas surprenant. Ce mécanisme de défense est généralement associé à un manque de contrôle de l'impulsivité (Koenigsberg et al., 2001) et la forme d'expression qu'il peut revêtir n'est pas capturé dans les items du DSQ qui permettent de le mesurer. L'interprétation des autres résultats est plus complexe. En effet, si les résultats concernant certains comportements dirigés contre autrui, l'Agression physique et l'Hostilité, sont congruents avec théorie et données (Dutton & Starzomski, 1993; Lenzenweger et al., 2001), l'absence d'effet de l'identité sur les comportements dommageables dirigés contre soi est contradictoire et va à l'encontre de données empiriques récentes (Vintiloiu & Gagnon, 2013).

Plusieurs limites de cette étude peuvent expliquer la difficulté d'interprétation des résultats et l'échec de la démonstration de l'effet modérateur du niveau d'intégration de

l'identité dans la relation entre l'Urgence et les formes d'expression des comportements impulsifs. En effet, cette étude présente plusieurs problèmes méthodologiques. Tout d'abord, la petite taille de l'échantillon s'est traduit par une faible puissance statistique et une impossibilité à pouvoir détecter une petite taille de l'effet d'interaction, proche du seuil défini par Cohen (1992) alors que la plupart des études évaluant des effets modérateurs ne rapportent que des petites tailles d'effet (Chaplin, 1991, cité dans Frazier et al., 2004). Pouvoir détecter un aussi petit effet avec une puissance satisfaisante de .80 (Cohen, 1992) aurait nécessité un échantillon de 481 participants ou se serait traduit par une puissance statistique de 0,22, d'après les calculs effectués à l'aide G*Power.

De plus, alors que l'hypothèse principale de cette étude cherchait à évaluer l'effet du niveau d'intégration de l'identité chez les personnes présentant un trait d'Urgence marqué, l'échantillon des participants présentait un faible niveau d'Urgence. Or, un faible niveau d'urgence n'est pas associé à des comportements impulsifs dommageables, ce qui peut notamment être mis ici en relation avec la faible moyenne des scores des différentes mesures de ce type de comportements, notamment la BSL-Impulsivité et les quatre sous-échelles de l'AQ. Additionné au manque notable de variance associée à ces mesures, ces deux éléments participent fortement aux problèmes méthodologiques de l'étude et rendent certains résultats, comme la prédiction des comportements auto-dommageables par l'unique contribution de l'Urgence difficilement interprétables.

Une autre difficulté rencontrée lors de cette étude fut la formation de l'auteur et de l'étudiant au cycle supérieur à la cotation des planches du TAT pour la dimension ICS. En effet, à la différence d'autres dimensions de la SCORS, celle-ci est très peu développée dans le manuel de formation, en comparaison de dimensions telles que la tonalité affective ou la capacité à l'investissement émotionnel dans les relations. Bien que l'accord inter-juge obtenu soit bon, il ne peut être écarté que ces difficultés se soient traduites par une sous-estimation du niveau d'intégration identitaire. En effet, au regard d'études utilisant cette dimension chez des adolescents et des adultes répondant aux critères de trouble de personnalité selon le DSM-IV-TR (DeFife, Goldberg, & Westen, 2013; Stein et al., 2013),

le niveau moyen de l'ICS apparaît faible, ce qui peut aussi avoir contribué à une certaine distorsion des résultats.

Compte tenu des limites de cette étude, les résultats obtenus ne peuvent pas permettre de rejeter définitivement l'hypothèse de l'effet modérateur du niveau d'intégration de l'identité sur l'expression des comportements impulsifs chez les individus présentant un trait d'Urgence élevé. Une étude avec un protocole plus adéquat pourrait permettre de tester cette hypothèse. L'échantillon devrait être composé de plus de 481 participants. Ils ne devraient pas idéalement être recrutés parmi des étudiants universitaires, que l'on peut considérer comme un échantillon de convenance, mais au sein de la population générale ou de la population TPL. Cet échantillon pourrait aussi être composé de deux groupes représentant chacun ces populations évitant ainsi l'étape de réplication nécessaire, si les résultats s'avéraient concluants, à leur généralisation. Au niveau de instruments, leur nombre pourrait être réduit afin de n'inclure que ceux indispensables au test de l'hypothèse, i.e l'UPPS, la BSL-23, la BSL-Impulsivité, les planches du TAT et la mesure de la diffusion identitaire, excluant ainsi le DSQ et le CTQ. Plus précisément, concernant la mesure de l'identité, deux points nous semblent importants. Tout d'abord, la dimension Identité et Cohérence du Soi devrait être complétée par d'autres dimensions de la SCORS afin de mieux évaluer les facettes de la diffusion identitaire et notamment la Complexité des représentations des individus, la Qualité affective des relations, l'Investissement des valeurs et des normes morales, et l'Estime de soi. En effet, chacune d'elle capture un élément caractéristique de la diffusion identitaire : la différenciation des représentations de soi et autrui dans la dimension Complexité des représentations des individus, une polarisation des affects investis dans les images de soi et d'autrui que l'on retrouve dans les dimensions Qualité affective des relations et l'Estime de soi et l'impact sur le niveau d'intégration du Surmoi dans l'Investissement des valeurs et des normes morales. De plus, compte tenu de la difficulté à coter la dimension Identité et Cohérence du Soi, une autre mesure de la diffusion identitaire, comme la sous-échelle de l'identité diffuse de la PAI-BOR, dont la capacité à détecter des caractéristiques cliniques du TPL dans une

population étudiante non clinique a été établie (Trull, 1995; Trull, Useda, Conforti, & Doan, 1997), pourrait aussi être utilisée afin de vérifier la similarité des niveaux de diffusion identitaire obtenus par ces deux méthodes.

References

- Ackerman, S. J., Clemence, A. J., Weatherill, R., & Hilsenroth, M. J. (1999). Use of the TAT in the Assessment of DSM-IV Cluster B Personality Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 73(3), 422-448. doi: 10.1207/S15327752JPA7303_9
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. J., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment Studies with Borderline Patients: A Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 94-104. doi: 10.1080/10673220490447218
- Allen, T. J., Moeller, F. G., Rhoades, H. M., & Cherek, D. R. (1998). Impulsivity and history of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 50(2), 137-145. doi: 10.1016/s0376-8716(98)00023-4
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, G., Pollock, C., & Stewart, G. (1989). The Determination of Defense Style by Questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, 46(5), 455.
- Anestis, M. D., Selby, E. A., Fink, E. L., & Joiner, T. E. (2007). The multifaceted role of distress tolerance in dysregulated eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 718-726. doi: 10.1002/eat.20471
- Anestis, M. D., Smith, A. R., Fink, E. L., & Joiner, T. E. (2009). Dysregulated Eating and Distress: Examining the Specific Role of Negative Urgency in a Clinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 33(4), 390-397. doi: 10.1007/s10608-008-9201-2
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N., & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32(5), 400-412. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.004>

- Barratt, E. S., & Felthous, A. R. (2003). Impulsive versus premeditated aggression: implications for mens rea decisions. *Behavioral Sciences & the Law*, 21(5), 619-630. doi: 10.1002/bsl.555
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire : a retrospective self-report*. San Antonio, TX: Harcourt Brace & Co.
- Bland, A. R., Williams, C. A., & Scharer, K. (2004). Emotion processing in Borderline personality disorders. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(7), 655-672. doi: 10.1080/01612840490486692
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Domsalla, M., Steil, R., Wolf, M., . . . Chapman, A. L. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39.
- Bond, M. (1986). An empirical study of defense styles. In G. E. Vaillant (Ed.), *Empirical studies of ego mechanisms of defense*. Washington DC; American Psychiatric Press.
- Bond, M., Gardner, S. T., Christian, J., & Sigal, J. J. (1983). Empirical Study of Self-rated Defense Styles. *Archives of General Psychiatry*, 40(3), 333.
- Bond, M., Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1994). Defense Styles and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8(1), 28-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.1994.8.1.28>
- Bornovalova, M. A., Lejuez, C. W., Daughters, S. B., Rosenthal, M. Z., & Lynch, T. R. (2005). Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 25(6), 790-812. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.05.005>
- Bouchard, J. (2007). Validation de la version française du Aggression Questionnaire auprès de deux échantillons : étudiants universitaires (étude 1) et adultes non-recrutés en

milieu universitaire (étude 2). (Université du Québec à Chicoutimi ; Université du Québec à Trois-Rivières, Chicoutimi; Trois-Rivières). Accessible par /z-wcorg/.

- Brieger, P., Ehrst, U., & Marneros, A. (2003). Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 44(1), 28-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/comp.2003.50009>
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
- Camara, W. J., Nathan, J. S., & Puente, A. E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(2), 141-154.
- Cattell, R. (1943). The description of personality: basic traits resolved into clusters. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38(4), 476-506.
- Chabrol, H., & Leichsenring, F. (2006). Borderline personality organization and psychopathic traits in nonclinical adolescents: Relationships of identity diffusion, primitive defense mechanisms and reality testing with callousness and impulsivity traits. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(2), 160-170. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/bumc.2006.70.2.160>
- Chaplin, W. F. (1991). The Next Generation of Moderator Research in Personality Psychology. *Journal of Personality*, 59(2), 143-178. doi: 10.1111/j.1467-6494.1991.tb00772.x
- Clarkin, J. F. (2006). Conceptualization and treatment of personality disorders. *Psychotherapy Research*, 16(1), 1-11. doi: 10.1080/10503300500395889
- Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2007). An Object Relations Model of Borderline Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 474-499. doi: 10.1521/pedi.2007.21.5.474

- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEP five-factor inventory (NEO-FFI) : professional manual*. Odessa, Fla. (P.O. Box 998, Odessa 33556): Psychological Assessment Resources.
- Côté, K., & Lalumière, M. L. (1999). *Questionnaire Buss-Perry*. Document inédit.
- Critchfield, K. L., Clarkin, J. F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2008). Organization of co-occurring Axis II features in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 185-200. doi: 10.1348/014466507X240731
- Critchfield, K. L., Levy, K. N., & Clarkin, J. F. (2004). The Relationship Between Impulsivity, Aggression, and Impulsive-Aggression in Borderline Personality Disorder: An Empirical Analysis of Self-Report Measures. *Journal of Personality Disorders*, 18(6), 555-570. doi: 10.1521/pedi.18.6.555.54795
- Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: Positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*, 134(6), 807-828.
- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of Impulsivity and Positive Mood to Predict Risky Behavior: Development and Validation of a Measure of Positive Urgency. *Psychological Assessment*, 19(1), 107-118.
- DeFife, J. A., Goldberg, M., & Westen, D. (2013). Dimensional Assessment of Self- and Interpersonal Functioning in Adolescents: Implications for DSM-5's General Definition of Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 1-13. doi: 10.1521/pedi_2013_27_085

- Depue, R. A., & Collins, P. F. (1999). Neurobiology of the structure of personality: Dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *Behavioral and Brain Sciences*, 22(3), 491-517.
- Derryberry, D., & Rothbart, M. K. (1988). Arousal, affect, and attention as components of temperament. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(6), 958-966. doi: 10.1037/0022-3514.55.6.958
- Dougherty, D. M., Bjork, J. M., Huckabee, H. C. G., Moeller, F. G., & Swann, A. C. (1999). Laboratory measures of aggression and impulsivity in women with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 85(3), 315-326. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781\(99\)00011-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781(99)00011-6)
- Dutton, D. G., & Starzomski, A. J. (1993). Borderline Personality in Perpetrators of Psychological and Physical Abuse. *Violence and Victims*, 8(4), 327-337.
- Eagly, A. H., & Steffen, V. J. (1986). Gender and aggressive behavior: a meta-analytic review of the social psychological literature. *Psychological bulletin*, 100(3), 309.
- Enticott, P. G., & Ogloff, J. R. (2006). Elucidation of impulsivity. *Australian Psychologist*, 41(1), 3-14.
- Erikson, E. H. (1956). *The problem of ego identity*. New York: International Universities Press.
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361.
- Eysenck, H. (1949). Assessment of personality. *British Medical Bulletin*, 6(1-2), 16-20.
- Farberow, N. L. (1980). *The many faces of suicide : indirect self-destructive behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The Developmental Roots of Borderline Personality Disorder in Early Attachment

- Relationships: A Theory and Some Evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412-459. doi: 10.1080/07351692309349042
- Fossati, A., Barratt, E. S., Carretta, I., Leonardi, B., Grazioli, F., & Maffei, C. (2004). Predicting borderline and antisocial personality disorder features in nonclinical subjects using measures of impulsivity and aggressiveness. *Psychiatry Research*, 125(2), 161-170. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2003.12.001>
- Fossati, A., Borroni, S., Feeney, J., & Maffei, C. (2012). Predicting Borderline Personality Disorder Features from Personality Traits, Identity Orientation, and Attachment Styles in Italian Nonclinical Adults: Issues of Consistency Across Age Ranges. *Journal of Personality Disorders*, 26(2), 280-297. doi: 10.1521/pedi.2012.26.2.280
- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing Moderator and Mediator Effects in Counseling Psychology Research. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1) , 115-134. doi:10.1037/0022-0167.51.1.115.
- Freedendfeld, R. N., Ornduff, S. R., & Kelsey, R. M. (1995). Object Relations and Physical Abuse: A TAT Analysis. *Journal of Personality Assessment*, 64(3), 552.
- Gagnon, J. (2010). Valeur prédictive de la qualité affective des relations d'objet et de la maturité des mécanismes de défense sur le trait impulsif du trouble de la personnalité limite chez des étudiants universitaires. Document inédit.
- Gagnon, J. (2013). How to integrate the object relations model with the traits model in the understanding of borderline impulsive behaviors: A theoretical contribution. . Article en préparation.
- Gagnon, J., Daelman, S., & McDuff, P. (2013). Correlations of Impulsivity with Dysfunctional Beliefs Associated with Borderline Personality. *North American Journal of Psychology*, 15(1), 165-178.

- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(1), 67-75. doi: 10.1037/a0017427
- Glenn, C. R., Weinberg, A., & Klonsky, E. D. (2009). Relationship of the Borderline Symptom List to DSM-IV Borderline Personality Disorder Criteria Assessed by Semi-Structured Interview. *Psychopathology*, 42(6), 394-398.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D. , Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., Ruan, W. J. : Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 2008, 69(4),533–545
- Henry, C., Mitropoulou, V., New, A. S., Koenigsberg, H. W., Silverman, J., & Siever, L. J. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *Journal of Psychiatric Research*, 35(6), 307-312. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3956\(01\)00038-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3956(01)00038-3)
- Hoermann, S., Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Levy, K. N. (2005). The construct of effortful control : An approach to borderline personality disorder heterogeneity : Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 38(2), 82-86.
- Jørgensen, C. R. (2009). Identity Style in Patients With Borderline Personality Disorder and Normal Controls. *Journal of Personality Disorders*, 23(2), 101-112. doi: 10.1521/pedi.2009.23.2.101
- Kernberg, O. F. (1972). Early ego integration and object relations. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 193(1 Patterns of I), 233-247.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: J. Aronson.

- Kernberg, O. F. (1976). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: J. Aronson.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: recent findings and clinical implications. *The Psychoanalytic quarterly*, 75(4), 969-1004.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. Dans M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (dir.), *Major theories of personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Kernberg, O. F., Widlöcher, D., & Marcelli, D. (1997). *Les Troubles limites de la personnalité*. Paris: Dunod.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., New, A. S., Goodman, M., Silverman, J., Siever, L. J. (2001). Are the Interpersonal and Identity Disturbances in the Borderline Personality Disorder Criteria Linked to the Traits of Affective Instability and Impulsivity? *Journal of Personality Disorders*, 15(4), 358-370. doi: 10.1521/pedi.15.4.358.19181
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577-591. doi: 10.1037/1040-3590.13.4.577
- Leveillé, S. (2009). L'autodestruction chez des hommes qui commettent de la violence conjugale. *Bulletin de psychologie*(6), 543-551.
- Links, P. S., Heslegrave, R., & van Reekum, R. (1999). Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 13(1), 1-9.
- Lynam, D. R., Miller, J. D., Miller, D. J., Bornovalova, M. A., & Ljuej, C. W. (2011). Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal

- self-injury: A test of the incremental validity of the UPPS model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 151-160. doi: 10.1037/a0019978
- Miller, J., Flory, K., Lynam, D., & Leukefeld, C. (2003). A test of the four-factor model of impulsivity-related traits. *Personality and Individual Differences Personality and Individual Differences*, 34(8), 1403-1418.
- Modestin, J., Oberson, B., & Erni, T. (1998). Identity disturbance in personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 39(6), 352-357. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90047-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90047-5)
- Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Barratt, E. S., Schmitz, J. M., Swann, A. C., & Grabowski, J. (2001). The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(4), 193-198. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472\(01\)00202-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0740-5472(01)00202-1)
- Morey, L. C. (1991). *The Personality Assessment Inventory TM : professional manual*. Odessa [Fla.]: PAR, Psychological Assessment Resources, Inc.
- Murray, H. A. (1943). *Thematic apperception test : manual*. Cambridge: Harvard University Press.
- Nasser, J. A., Gluck, M. E., & Geliebter, A. (2004). Impulsivity and test meal intake in obese binge eating women. *Appetite*, 43(3), 303-307.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Doidge, N., Rosnick, L., & Gallaher, P. E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry*, 152(4), 571-578.
- Paquette, D., Laporte, L., & Zoccolillo, M. F. (2004). Validation de la version française du CTQ et prevalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec.*, 29(1), 201-220.
- Pervin, L. A., & John, O. P. (2005). *Personnalité : théorie et recherche*. Saint-Laurent, QC: ERPI.

- Peters, E., Hilsenroth, M., Eudell-Simmons, E., Blagys, M., & Handler, L. (2006). Reliability and validity of the Social Cognition and Object Relations Scale in clinical use. *Psychotherapy Research*, 16(5), 617-626.
- Peters, J. R., Upton, B. T., & Baer, R. A. (2013). Brief Report: Relationships Between Facets of Impulsivity and Borderline Personality Features. *Journal of Personality Disorders*, 27(4), 547-552. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi201226044>
- Pinsker-Aspen, J. H., Stein, M. B., & Hilsenroth, M. J. (2007). Clinical utility of early memories as a predictor of early therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(1), 96-109.
- Posner, M. I., Rothbart, M. K., Vizueta, N., Levy, K. N., Evans, D. E., Thomas, K. M., & Clarkin, J. F. (2002). Attentional mechanisms of borderline personality disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99(25), 16366-16370. doi: 10.1073/pnas.252644699
- Ray, J. V., Poythress, N. G., Weir, J. M., & Rickelm, A. (2009). Relationships between psychopathy and impulsivity in the domain of self-reported personality features. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 83-87. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2008.09.005>
- Sansone, R. A., Levitt, J. L., & Sansone, L. A. (2004). The Prevalence of Personality Disorders Among Those with Eating Disorders. *Eating Disorders*, 13(1), 7-21. doi: 10.1080/10640260590893593
- 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
- St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 78-84.

- Stanley, B., & Brodsky, B. S. (2005). Suicidal and Self-Injurious Behavior in Borderline Personality disorder. Dans J. G. Gunderson & P. D. Hoffman (dir.), *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Stein, M., Hilsenroth, M., Slavin-Mulford, J., & Pinsker, J. (2011). *Social Cognition and Object Relations Scale: Global Rating Method (SCORS-G; 4th ed.)*. Document inédit.
- Stein, M. B., Slavin-Mulford, J., Siefert, C. J., Sinclair, S. J., Renna, M., Malone, J., . . . Blais, M. A. (2013). SCORS–G Stimulus Characteristics of Select Thematic Apperception Test Cards. *Journal of Personality Assessment*,. doi: 10.1080/00223891.2013.823440
- Thygesen, K. L., Drapeau, M., Trijsburg, R. W., Lecours, S., & De Roten, Y. (2008). Assessing defense styles: Factor structure and psychometric properties of the new Defense Style Questionnaire 60 (DSQ-60). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 171-181.
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2013). Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning. *Journal of Personality Disorders*, 1-17. doi: 10.1521/pedi_2013_27_093
- Tragesser, S. L., & Robinson, R. J. (2009). The Role of Affective Instability and UPPS Impulsivity in Borderline Personality Disorder Features. *Journal of Personality Disorders*, 23(4), 370-383. doi: 10.1521/pedi.2009.23.4.370
- Trijsburg, R., Bond, M., & Drapeau, M. (2003). *Defense style questionnaire-60*. Document inédit. Institute of Community and Family Psychiatry, McGill University.
- Trijsburg, R. W., van t' Spijker, A., Van, H. L., Hesselink, A. J., & Duivenvoorden, H. J. (2000). Measuring overall defensive functioning with the Defense Style

- Questionnaire: a comparison of different scoring methods. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(7), 432-439.
- Trull, T. J. (1995). Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: I. Identification and validation. *Psychological Assessment*, 7(1), 33-41. doi: 10.1037/1040-3590.7.1.33
- Trull, T. J., Useda, D., Conforti, K., & Doan, B.-T. (1997). Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: 2. Two-year outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 307-314. doi: 10.1037/0021-843X.106.2.307
- Twomey, H. B., Kaslow, N. J., & Croft, S. (2000). Childhood maltreatment, object relations, and suicidal behavior in women. *Psychoanalytic Psychology*, 17(2), 313-335. doi: 10.1037/0736-9735.17.2.313
- Van der Linden, M., d'Acremont, M., Zermatten, A., Jermann, F., Laroi, F., Willems, S., . . . Bechara, A. (2006). A French adaptation of the UPPS Impulsive Behavior Scale: Confirmatory factor analysis in a sample of undergraduate students. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(1), 38-42.
- Vintiloiu, A., & Gagnon, J. (2013). *Contribution of splitting and diffuse identity to affective instability and impulsivity traits: Are they two different factors?* Document inédit.
- Westen, D. (1991). Social cognition and object relations. *Psychological Bulletin*, 109(3), 429.
- Westen, D. (2002). *Social Cognition and Object Relations Scale: Current rating summary sheet*. Document inédit.
- Westen, D., Lohr, N., Silk, K. R., Gold, L., Laura, & et al. (1990). Object relations and social cognition in borderlines, major depressives, and normals: A Thematic Apperception Test analysis. *Psychological Assessment*, 2(4), 355-364.

- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669-689.
- Whiteside, S. P., Lynam, D. R., Miller, J. D., & Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: a four-factor model of impulsivity. *Eur. J. Pers. European Journal of Personality*, 19(7), 559-574.
- Widiger, T. A., & Frances, A. J. (1989). Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. Dans A. Tasman, R. E. Hales & A. J. Frances (dir.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 8, p. 8-24). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder : An empirical investigation. *The American journal of psychiatry*, 157(4), 528-541.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39(5), 296-302. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90038-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90038-4)
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., Weinberg, I., & Gunderson, J. G. (2008). The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(3), 177-184. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01155.x
- Zanarini, M. C., Reichman, C. A., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). The course of eating disorders in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 226-232. doi: 10.1002/eat.20689

- Zanarini, M. C., Weingeroff, J. L., & Frankenburg, F. R. (2009). Defense Mechanisms Associated With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(2), 113-121. doi: 10.1521/pedi.2009.23.2.113
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *The American journal of psychiatry*, 162(10), 1911-1918.

Table 1. Informations socio-démographiques relatives aux participants

Sexe	
Homme	19 (18,8%)
Femme	82 (81,8%)
Age moyen	23,1 (ET 4,5)
Niveau de scolarité	
Secondaire	6 (5,9%)
Collégial	17 (16,8%)
Universitaire	78 (77,2%)

ET: écart-type

Tableau 1 (suite). Informations socio-démographiques relatives aux participants

Santé Mentale	N (%)
Consultation psychiatrique ou neurologique	23 (22,8%)
Accident	2 (2%)
Anxiété	1 (1%)
Boulimie	1 (1%)
Carence affective	1 (1%)
Commotion cérébrale	1 (1%)
Comportement criminel	1 (1%)
Convulsion non épileptique	1 (1%)
Crise d'adolescence	1 (1%)
Crise suicidaire	1 (1%)
Dépression	4 (4%)
Epilepsie	1 (1%)
Hyperactivité	1 (1%)
Migraine	1 (1%)
Problème familial	1 (1%)
Trouble alimentaire	1 (1%)
Trouble de comportements	1 (1%)
Trouble émotif	1 (1%)
Victime d'agression sexuelle	1 (1%)
Violence	1 (1%)
Diagnostic posé	9 (8,9%)
Trouble de personnalité limite	1 (1%)
Trouble de personnalité limite et phobie sociale	1 (1%)
Boulimie / dépression / trouble de l'attention et d'hyperactivité	1 (1%)
Choc post-traumatique	1 (1%)
Dépression	1 (1%)
Épilepsie	1 (1%)
Hyperactivité	1 (1%)
Trouble de l'attention	1 (1%)
Trouble du comportement	1 (1%)

Tableau 2. Informations relatives aux scores obtenus pour les variables de l'étude

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Identité	3.97	0.76	1.50	5.25
Urgence	25.82	6.31	13.00	44.00
Manque de persévérance	17.34	4.51	11.00	36.00
Manque de préméditation	21.67	5.39	10.00	32.00
Recherche de sensation	31.06	7.12	15.00	46.00
BSL-23	15.68	13.90	0.00	71.00
BSL-Impulsivité	1.09	0.68	0.00	3.45
Aggression physique	15.41	5.85	9.00	44.00
Aggression verbale	14.52	4.27	7.00	24.00
Colère	16.81	5.64	8.00	34.00
Hostilité	17.01	5.99	9.00	34.00
ODF	4.37	0.71	2.78	6.07
Distorsion de l'image	3.01	1.11	1.00	7.10
Régulation de l'affect	3.67	1.51	1.00	7.38
Acting-out	4.37	2.28	1.00	9.00

Note : BSL-23 : Borderline Symptoms List, BSL-Impulsivité : échelle de mesure des comportements impulsifs, ODF : indice de fonctionnement défensif global du Questionnaire de Style Défensif .

Tableau 3. Matrices de corrélations

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Identité		-.41**	-.23*	.31**	-.10	-.25*	-.35**	-.31**	-.11	-.15	-.103	-.21*	-.24*	-.28**	-.30**
2. BSL 23 (sq)			.47**	-.43**	.09	.51**	.63**	.59**	.28**	.24*	.18	.60**	.57**	.53**	.40**
3. BSL impulsivité				-.30**	.14	.48**	.41**	.58**	.37**	.36**	.26**	.32**	.35**	.38**	.32**
4. Agression physique					-.24*	-.41**	-.45**	-.35**	-.013	-.22*	-.19	-.36**	-.46**	-.32**	-.34**
5. Agression verbale						.39**	.17	.21*	0.08	-.02	.02	.13	.20*	.05	.35**
6. Colère							.58**	.72**	.38**	.29**	.04	.32**	.40**	.26**	.68**
7. Hostilité								.58**	0.11	.17	.11	.46**	.53**	.41**	.41**
8. Urgence									.46**	.28**	.22*	.47**	.53**	.35**	.65**
9. manque de préméditation										.32**	.20*	.10	.13	.03	.33**
10. Manque de persévérance											0.15	.12	.12	.15	.16
11. Recherche de sensation												.27**	.26**	.23*	-.01
12. ODF													.77**	.78**	.39**
13. Distorsion de l'image														.60**	.42**
14. Régulation de l'affect															.17
15. Acting-out															

Note : BSL-23 : Borderline Symptoms List; BSL Impulsivité : échelle de mesure des comportements impulsifs, ODF : indice de fonctionnement défensif global du Questionnaire de Style Défensif; a : les mesures de l'agression physique du questionnaire d'agression ayant été soumises à une transformation inverse afin de normaliser la distribution, le sens des corrélations obtenues avec les autres variables de l'étude a été inversé afin de faciliter la lecture des résultats.

*p .05 **p .01

Tableau 4. Tests de l'effet d'interaction de l'identité et du trait d'urgence sur les comportements impulsifs par régressions multiples par entrée forcée

Variable dépendante	Prédicteurs	Coefficients standardisés			R ² ajusté
		Beta (β)	t	p	
BSL-Impulsivité	Urgence, U	.55	6.148	.000	.32*
	Identité, ICS	-.06	-.681	.497	
	Interaction: ICS*U	-.05	-.583	.561	
Agression physique	Urgence, U	.26	2.643	.010	.16*
	Identité, ICS	-.22	-2.229	.028	
	Interaction: ICS*U	-.12	-1.214	.228	
Colère	Urgence, U	.68	9.073	.000	.51*
	Identité, ICS	-.03	-.459	.647	
	Interaction: ICS*U	-.10	-1.407	.163	
Hostilité	Urgence, U	.50	5.786	.000	.36*
	Identité, ICS	-.19	-2.270	.025	
	Interaction: ICS*U	-.09	-1.112	.269	
Acting-out	Urgence, U	.58	7.210	.000	.44*
	Identité, ICS	-.11	-1.355	.179	
	Interaction: ICS*U	-.14	-1.826	.071	

* $p < .001$.

Tableau 5. Tests de l'effet d'interaction de l'identité et du trait d'urgence sur les comportements impulsifs par régressions multiples par entrée forcée, en deux étapes

Variable dépendante	Prédicteurs	Coefficients standardisés			R ² ajusté
		Beta (β)	t	p	
BSL-Impulsivité	<i>Etape 1</i>				
	Sexe	-.05	-.467	.642	-.01
	<i>Etape 2</i>				
	Sexe	-.06	-.713	.478	.31*
	Urgence, U	-.05	-.581	.563	
	Identité, ICS	.55	6.147	.000	
	Interaction: ICS*U	-.06	-.687	.494	
Agression physique	<i>Etape 1</i>				
	Sexe	-.30	-3.094	.003	.08
	<i>Etape 2</i>				
	Sexe	-.31	-3.459	.001	.24*
	Identité, ICS	-.17	-1.881	.063	
	Urgence, U	.27	2.865	.005	
	Interaction: ICS*U	-.16	-1.811	.073	
Colère	<i>Etape 1</i>				
	Sexe	-.06	-.565	.573	-.01
	<i>Etape 2</i>				
	Sexe	-.08	-1.183	.240	.51*
	Identité, ICS	-.02	-.302	.763	
	Urgence, U	.68	9.116	.000	
	Interaction: ICS*U	-.12	-1.579	.118	

* $p < .001$.

Tableau 5. (Suite) Tests de l'effet d'interaction de l'identité et du trait d'urgence sur les comportements impulsifs par régressions multiples par entrée forcée, en deux étapes

Variable dépendante	Prédicteurs	Coefficients standardisés			R ² ajusté
		Beta (β)	t	p	
Hostilité	<i>Etape 1</i>				
	Sexe	-.08	-.841	.402	-.00
	<i>Etape 2</i>				
	Sexe	-.09	-1.097	.275	.36*
	Identité, ICS	-.18	-2.111	.037	
	Urgence, U	.50	5.815	.000	
	Interaction: ICS*U	-.11	-1.272	.206	
Acting-out	<i>Etape 1</i>				
	Sexe	.05	.494	.622	-.01
	<i>Etape 2</i>				
	Sexe	.03	.362	.718	.43*
	Identité, ICS	-.11	-1.385	.169	
	Urgence, U	.58	7.165	.000	
	Interaction: ICS*U	-.14	-1.737	.086	

* $p < .001$.

Tableau 6. Analyses de régressions multiples standard pour la prédiction de comportements impulsifs dirigés contre soi ou autrui

Variable dépendante	Variables indépendantes	Coefficients standardisés			R ² ajusté
		Beta (β)	t	p	
BSL-Impulsivité	Urgence, U	.56	6.424	.000	.32*
	Identité, ICS	-.06	-.706	.482	
Agression physique	Urgence, U	.29	2.946	.004	0.15*
	Identité, ICS	-.22	-2.270	.025	
Colère	Urgence, U	.70	9.515	.000	.50*
	Identité, ICS	-.04	-.510	.611	
Hostilité	Urgence, U	.52	6.136	.000	.36*
	Identité, ICS	-.20	-2.311	.023	
Acting-out	Urgence, U	.61	7.649	.000	.42*
	Identité, ICS	-.11	-1.408	.162	

* $p < .001$.

Conclusion

Selon le modèle développé par Otto Kernberg, l'organisation limite de la personnalité se caractérise par un manque d'intégration de l'identité de la personne.

L'instabilité des relations interpersonnelles, une identité diffuse et une impulsivité marquée sont caractéristiques des personnes présentant un trouble de personnalité limite. L'impulsivité peut s'exprimer dans cette population sous une forme beaucoup plus dommageable que dans la population générale. Lorsqu'elle est dirigée contre soi elle peut revêtir des formes aussi douloureuses que l'automutilation, dans les relations interpersonnelles et notamment les relations avec des personnes proches, intimes, elle peut se traduire par une hostilité, voire une agressivité violente. Bien que le trouble de personnalité limite face l'objet de nombreuses recherches, aucune donnée empirique ne permet actuellement de comprendre comment ces caractéristiques peuvent interagir et expliquer ces formes d'expression de l'impulsivité. En intégrant le modèle de l'organisation limite de la personnalité développé par Otto Kernberg à celui de la théorie des traits, l'interaction entre l'identité diffuse et l'impulsivité peut expliquer ces variations de l'expression de ce trait de personnalité.

Cette étude avait pour objectif de démontrer le rôle modérateur du niveau d'intégration de l'identité sur la relation entre un trait d'Urgence marqué et des comportements dommageables dirigés contre soi ou autrui. Les résultats obtenus ne nous permettent pas de démontrer la validité de ce modèle. Cependant compte tenu des nombreuses limites de l'étude et notamment un échantillon trop réduit pour pouvoir détecter une petite taille d'effet, ces résultats ne permettent pas non plus de rejeter catégoriquement ce modèle de modulation. Il nous semble donc important de procéder à des modifications du protocole de cette étude avant de pouvoir débiter une nouvelle recherche.

Bibliographie

- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. J., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment Studies with Borderline Patients: A Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 94-104. doi: 10.1080/10673220490447218
- Allen, T. J., Moeller, F. G., Rhoades, H. M., & Cherek, D. R. (1998). Impulsivity and history of drug dependence. *Drug and alcohol dependence*, 50(2), 137-145.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anestis, M. D., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2007). The role of urgency in maladaptive behaviors. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 3018-3029.
- Anestis, M. D., Smith, A. R., Fink, E. L., & Joiner, T. E. (2009). Dysregulated Eating and Distress: Examining the Specific Role of Negative Urgency in a Clinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 33(4), 390-397. doi: 10.1007/s10608-008-9201-2
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., & Priebe, S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder – a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(5), 327-338. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01652.x
- Barratt, E. S., & Felthous, A. R. (2003). Impulsive versus premeditated aggression: implications for mens rea decisions. *Behavioral Sciences & the Law*, 21(5), 619-630. doi: 10.1002/bsl.555
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 226-239. doi: 10.1521/pedi.18.3.226.35445
- Bland, A. R., Williams, C. A., & Scharer, K. (2004). Emotion processing in Borderline personality disorders. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(7), 655-672. doi: 10.1080/01612840490486692

- Bond, M., Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1994). Defense Styles and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8(1), 28-31. doi: 10.1521/pedi.1994.8.1.28
- Bornovalova, M. A., Huibregtse, B. M., Hicks, B. M., Keyes, M., McGue, M., & Iacono, W. (2013). Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: A longitudinal discordant twin design. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 180-194. doi: 10.1037/a0028328
- Bornovalova, M. A., Lejuez, C. W., Daughters, S. B., Zachary Rosenthal, M., & Lynch, T. R. (2005). Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 25(6), 790-812. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.05.005>
- Cattell, R. B. (1943). The description of personality: basic traits resolved into clusters. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38(4), 476-506.
- Chabrol, H., & Leichsenring, F. (2006). Borderline personality organization and psychopathic traits in nonclinical adolescents: Relationships of identity diffusion, primitive defense mechanisms and reality testing with callousness and impulsivity traits. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(2), 160-170. doi: <http://dx.doi.org/10.1521/bumc.2006.70.2.160>
- Clarkin, J. F. (2006). Conceptualization and treatment of personality disorders. *Psychotherapy Research*, 16(1), 1-11. doi: 10.1080/10503300500395889
- Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2007). An Object Relations Model of Borderline Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 474-499. doi: 10.1521/pedi.2007.21.5.474
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEP five-factor inventory (NEO-FFI) : professional manual*. Odessa, Fla.: Psychological Assessment Resources.
- Critchfield, K. L., Clarkin, J. F., Levy, K. N., & Kernberg, O. F. (2008). Organization of co-occurring Axis II features in borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 185-200. doi: 10.1348/014466507X240731

- Critchfield, K. L., Levy, K. N., & Clarkin, J. F. (2004). The Relationship Between Impulsivity, Aggression, and Impulsive-Aggression in Borderline Personality Disorder: An Empirical Analysis of Self-Report Measures. *Journal of Personality Disorders*, 18(6), 555-570. doi: 10.1521/pedi.18.6.555.54795
- Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: positive and negative urgency. *Psychological bulletin*, 134(6), 807-828.
- Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of Impulsivity and Positive Mood to Predict Risky Behavior: Development and Validation of a Measure of Positive Urgency. *Psychological Assessment*, 19(1), 107-118.
- Depue, R. A., & Collins, P. F. (1999). Neurobiology of the structure of personality: Dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *Behavioral and Brain Sciences*, 22(3), 491-517.
- Derryberry, D., & Rothbart, M. K. (1988). Arousal, affect, and attention as components of temperament. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(6), 958-966. doi: 10.1037/0022-3514.55.6.958
- Donohew, L., Zimmerman, R., Cupp, P. S., Novak, S., Colon, S., & Abell, R. (2000). Sensation seeking, impulsive decision-making, and risky sex: implications for risk-taking and design of interventions. *Personality and Individual Differences*, 28(6), 1079-1091.
- Dougherty, D. M., Bjork, J. M., Huckabee, H. C. G., Moeller, F. G., & Swann, A. C. (1999). Laboratory measures of aggression and impulsivity in women with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 85(3), 315-326. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781\(99\)00011-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781(99)00011-6)
- Enticott, P. G., & Ogloff, J. R. (2006). Elucidation of impulsivity. *Australian Psychologist*, 41(1), 3-14.
- Erikson, E. H. (1956). *The problem of ego identity*. New York: International Universities Press.
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361.
- Eysenck, H. J. (1949). Assessment of personality. *British medical bulletin*, 6(1-2), 1-2.

- Farberow, N. L. (1980). *The many faces of suicide : indirect self-destructive behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The Developmental Roots of Borderline Personality Disorder in Early Attachment Relationships: A Theory and Some Evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412-459. doi: 10.1080/07351692309349042
- Fossati, A., Barratt, E. S., Carretta, I., Leonardi, B., Grazioli, F., & Maffei, C. (2004). Predicting borderline and antisocial personality disorder features in nonclinical subjects using measures of impulsivity and aggressiveness. *Psychiatry Research*, 125(2), 161-170. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2003.12.001>
- Fossati, A., Borroni, S., Feeney, J., & Maffei, C. (2012). Predicting Borderline Personality Disorder Features from Personality Traits, Identity Orientation, and Attachment Styles in Italian Nonclinical Adults: Issues of Consistency Across Age Ranges. *Journal of Personality Disorders*, 26(2), 280-297. doi: 10.1521/pedi.2012.26.2.280
- Fossati, A., Madeddu, F., & Maffei, C. (1999). Borderline Personality Disorder and Childhood Sexual Abuse: A Meta-Analytic Study. *Journal of Personality Disorders*, 13(3), 268-280. doi: 10.1521/pedi.1999.13.3.268
- Freedendfeld, R. N., Ornduff, S. R., & Kelsey, R. M. (1995). Object Relations and Physical Abuse: A TAT Analysis. *Journal of Personality Assessment*, 64(3), 552-568. doi: 10.1207/s15327752jpa6403_12
- Gagnon, J. (2013). How to integrate the object relations model with the traits model in the understanding of borderline impulsive behaviors: A theoretical contribution. . Article en préparation.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(1), 67-75. doi: 10.1037/a0017427
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D. , Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., Ruan, W. J. : Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder:

- results from the Wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 2008, 69(4),533–545
- Henry, C., Mitropoulou, V., New, A. S., Koenigsberg, H. W., Silverman, J., & Siever, L. J. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *Journal of Psychiatric Research*, 35(6), 307-312. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3956\(01\)00038-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3956(01)00038-3)
- Hoermann, S., Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Levy, K. N. (2005). The construct of effortful control : An approach to borderline personality disorder heterogeneity : Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 38(2), 82-86.
- Kernberg, O. F. (1972). Early ego integration and object relations. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 193(1 Patterns of I), 233-247.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: J. Aronson.
- Kernberg, O. F. (1976). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: J. Aronson.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: recent findings and clinical implications. *The Psychoanalytic quarterly*, 75(4), 969-1004.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. Dans M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (dir.), *Major theories of personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Kernberg, O. F., Widlöcher, D., & Marcelli, D. (1997). *Les Troubles limites de la personnalité*. Paris: Dunod.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., New, A. S., Goodman, M., Silverman, J., Siever, L. J. (2001). Are the Interpersonal and Identity Disturbances in the Borderline Personality Disorder Criteria Linked to the Traits of Affective Instability and Impulsivity? *Journal of Personality Disorders*, 15(4), 358-370. doi: 10.1521/pedi.15.4.358.19181
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: Psychometric properties, factorial

- composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological Assessment*, 13(4), 577-591. doi: 10.1037/1040-3590.13.4.577
- Links, P. S., Heslegrave, R., & van Reekum, R. (1999). Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 13(1), 1-9.
- Lynam, D. R., Miller, J. D., Miller, D. J., Bornoalova, M. A., & Lejuez, C. W. (2011). Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: A test of the incremental validity of the UPPS model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 151-160.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Jr., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hrebícková, M., Avia, M. D., Smith, P. B. (2000). Nature over nurture: temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 173-186.
- McCrae, R. R. C. P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81-90.
- Miller, J., Flory, K., Lynam, D., & Leukefeld, C. (2003). A test of the four-factor model of impulsivity-related traits. *Personality and Individual Differences*, 34(8), 1403-1418.
- Morey, L. C. (1991). *The Personality Assessment Inventory TM : professional manual*. Odessa, Fla.: PAR, Psychological Assessment Resources, Inc.
- Nasser, J. A., Gluck, M. E., & Geliebter, A. (2004). Impulsivity and test meal intake in obese binge eating women. *Appetite*, 43(3), 303-307.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Doidge, N., Rosnick, L., & Gallaher, P. E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *Am J Psychiatry*, 152(4), 571-578.
- Pervin, L. A., & John, O. P. (2005). *Personnalité : théorie et recherche*. Saint-Laurent, QC: ERPI.
- Peters, J. R., Upton, B. T., & Baer, R. A. (2013). Brief Report: Relationships Between Facets of Impulsivity and Borderline Personality Features. *Journal of Personality Disorders*, 27(4), 547-552. doi: <http://dx.doi.org/101521pedi201226044>

- Posner, M. I., Rothbart, M. K., Vizueta, N., Levy, K. N., Evans, D. E., Thomas, K. M., & Clarkin, J. F. (2002). Attentional mechanisms of borderline personality disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 99(25), 16366-16370. doi: 10.1073/pnas.252644699
- Ray, J. V., Poythress, N. G., Weir, J. M., & Rickelm, A. (2009). Relationships between psychopathy and impulsivity in the domain of self-reported personality features. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 83-87. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2008.09.005>
- Skodol, A. E., Buckley, P., & Charles, E. (1983). Is There a Characteristic Pattern to the Treatment History of Clinic Outpatients with Borderline Personality? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(7), 405-410.
- Smith, T. E., Koenigsberg, H. W., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Selzer, M. A. (1995). Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 4(3), 205-213.
- 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
- St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, 197(1-2), 78-84.
- Stanley, B., & Brodsky, B. S. (2005). Suicidal and Self-Injurious Behavior in Borderline Personality disorder. Dans J. G. Gunderson & P. D. Hoffman (dir.), *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families*. Washington, DC: American Psychiatric Pub. .
- Tragesser, S. L., & Robinson, J. (2009). The role of affective instability and UPPS impulsivity in borderline personality disorder features. *Journal of Personality Disorders*, 23(4), 370-383.
- Twomey, H. B., Kaslow, N. J., & Croft, S. (2000). Childhood maltreatment, object relations, and suicidal behavior in women. *Psychoanalytic Psychology*, 17(2), 313-335. doi: 10.1037/0736-9735.17.2.313

- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669-689.
- Whiteside, S. P., Lynam, D. R., Miller, J. D., & Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: a four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality*, 19(7), 559-574.
- Widiger, T. A., & Frances, A. J. (1989). Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. Dans A. Tasman, R. E. Hales & A. J. Frances (dir.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 8, p. 8-24). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wnuk, S., McMain, S., Links, P. S., Habinski, L., Murray, J., & Guimond, T. (2013). Factors Related to Dropout from Treatment in Two Outpatient Treatments for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 1-11. doi: 10.1521/pedi_2013_27_106
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 155(12), 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., Weinberg, I., & Gunderson, J. G. (2008). The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(3), 177-184. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01155.x
- Zanarini, M. C., Weingeroff, J. L., & Frankenburg, F. R. (2009). Defense Mechanisms Associated With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(2), 113-121. doi: 10.1521/pedi.2009.23.2.113

Annexe 1. Critères diagnostiques du TPL selon le DSM-IV-TR

- efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés ;
- mode de relations interpersonnelles instables intenses caractérisées par l’alternance entre des positions extrêmes d’idéalisée excessive et de dévalorisation ;
- perturbation de l’identité : instabilité marquée et persistante de l’image ou de la notion de soi ;
- impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie) ;
- répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d’automutilations ;
- instabilité affective due à une réactivité marquée de l’humeur (dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement quelques jours) ;
- sentiment chronique de vide ;
- colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère courante ou bagarres répétées) ;
- survenue transitoire dans des situations liées au stress, d’une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères