

Université de Montréal

Contribution de la dissociation et de la mentalisation des émotions à la perturbation
identitaire dans la personnalité borderline

Par

Lola Ahoundova

Département de psychologie, Faculté des arts et sciences

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en psychologie recherche-intervention, option psychologie clinique

Novembre 2023

©Lola Ahoundova, 2023

Université de Montréal

Département de psychologie, Faculté des arts et sciences

Cette thèse intitulée

**Contribution de la dissociation et de la mentalisation des émotions à la perturbation
identitaire dans la personnalité borderline**

Présentée par

Lola Ahoundova

A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes

Mireille Cyr

Président-Rapporteur

Serge Lecours

Directeur de recherche

Tamsin Higgs

Membre du jury

Jean Descôteaux

Examineur externe

Résumé

Le trouble de personnalité borderline (TPB) témoigne de perturbations majeures du fonctionnement de la personnalité que l'on peut situer sur deux pôles principaux, soit une perturbation du fonctionnement du soi (identité et agentivité) et une perturbation du fonctionnement interpersonnel (empathie et intimité). L'intégration identitaire est une dimension du fonctionnement du soi, celle-ci réfère à une image de soi claire et cohérente, à la capacité de se réguler, à l'habileté d'établir des limites entre soi et les autres et à une estime de soi qui est stable. Dans le TPB, la perturbation identitaire (PI) s'exprime par une oscillation chronique entre des états de soi extrêmes, contradictoires et polarisés qui s'accompagnent d'une souffrance psychologique marquée.

La dissociation est un des mécanismes impliqués pour expliquer un défaut d'intégration dans l'expérience du soi. Les mécanismes dissociatifs ont pour fonction de maintenir à l'écart de la conscience les états émotionnels douloureux qui menacent la cohésion et l'intégrité psychologique de l'individu. En revanche, la mise à l'écart des émotions douloureuses ou menaçantes nuit aux processus de symbolisation et de liaisons nécessaires à la transformation du vécu émotionnel en expérience mentale tolérable et assimilable au sens de soi. Pour ces raisons, au sein des théories psychanalytiques contemporaines, les états contradictoires dominés par une affectivité négative qui caractérisent la PI dans le TPB sont conceptualisés comme la conséquence d'un échec des processus de mentalisation à contenir et à métaboliser l'expérience émotionnelle.

L'objectif de cette thèse est de préciser davantage la contribution de la dissociation et des émotions négatives peu mentalisées au sein de la compréhension de la PI dans le TPB. Présentement, la conceptualisation dominante des enjeux identitaires du TPB

s'appuie sur la formulation de Kernberg dans laquelle le clivage est le mécanisme principal à l'origine de la PI. Le premier article de la thèse est donc théorique et vise à souligner les avantages d'employer la dissociation pour conceptualiser les principaux enjeux de l'instabilité identitaire du TPB, en les contrastant aux limites conceptuelles du clivage. En incluant la dissociation à la compréhension de la PI, il devient possible d'expliquer la présence des états émotionnels peu mentalisés qui caractérisent l'intense souffrance psychologique associée au sentiment d'incohérence personnelle. Une formulation centrée sur le clivage à cet égard tient compte uniquement de l'agressivité pathologique et de la gestion de la destructivité dans l'explication de la PI.

Le deuxième article de la thèse est en continuité avec les idées proposées dans l'article théorique. Il s'agit d'un article empirique dont l'objectif est d'explorer le rôle des émotions peu mentalisées et leur association à la PI. Une étude de cas empirique à devis longitudinal a donc été réalisée auprès d'une patiente ayant un TPB, et ce dans le cadre d'un traitement psychodynamique d'une durée d'un an. Les processus de mentalisation des émotions et d'intégration identitaire ont été mesurés au moyen de méthodes d'analyse du discours. Des corrélations-croisées ont été réalisées afin d'établir des relations séquentielles sur les variables à l'étude et observer leur covariation dans le temps. La mentalisation de la tristesse uniquement était associée à une meilleure intégration de l'identité à la fin du traitement, et les deux processus évoluaient de façon conjointe dans le temps. Les résultats de l'étude semblent ainsi suggérer que la souffrance liée à une perte est le type de souffrance le plus associé à la PI. Ce qui permet d'émettre l'hypothèse que la souffrance causée par une perte est plus susceptible d'entraîner une mise à l'écart de parties de soi.

La thèse se conclut par une discussion des principaux résultats de l'étude à la lumière des idées formulées dans l'article théorique. En considérant la dissociation dans la compréhension des principaux enjeux identitaires du TPB, il est possible d'élargir la vision du changement thérapeutique, notamment en incluant la contribution des processus de mentalisation dans le développement d'une identité plus intégrée.

Mots-clés : Trouble de personnalité borderline, perturbation identitaire, dissociation, clivage, mentalisation des émotions.

Abstract

Borderline personality disorder (BPD) reflects major disturbances in personality functioning that can be placed on two main poles: a disturbance in self-functioning (identity and self-direction) and a disturbance in interpersonal functioning (empathy and intimacy). Identity integration is a dimension of self-functioning, referring to a clear and coherent self-image, the ability to regulate oneself, the ability to establish boundaries between oneself and others, and stable self-esteem. In BPD, identity disturbance (ID) is expressed by chronic oscillation between extreme, contradictory, and polarized states of self, accompanied by marked psychological suffering.

Dissociation is one of the mechanisms involved in explaining a lack of integration in the experience of the self. Dissociative mechanisms serve to keep out of consciousness painful emotional states that threaten the cohesion and psychological integrity of the individual. On the other hand, the sidelining of painful or threatening emotions undermines the processes of symbolization and linking needed to transform emotional experience into tolerable mental experience that can be assimilated into a sense of self. For these reasons,

within the framework of contemporary psychoanalytic theories, the contradictory states dominated by negative affectivity that characterize ID in BPD are conceptualized as the consequence of a failure of mentalizing processes to contain and metabolize emotional experience.

The aim of this thesis is to further clarify the contribution of dissociation and poorly mentalized negative emotions within the understanding of ID in BPD. Currently, the dominant conceptualization of identity issues in BPD is based on Kernberg's formulation in which splitting is the main mechanism underlying ID. The first article of the thesis is conceptual in nature and aims to highlight the advantages of employing dissociation to conceptualize the main issues of identity instability in BPD, contrasting them with the conceptual limitations of splitting. By including dissociation in the understanding of ID, it becomes possible to explain the presence of the poorly mentalized emotional states which characterize the intense psychological suffering associated with feelings of personal incoherence. A splitting-centered formulation in this respect takes account only of pathological aggression and destructiveness management in the explanation of ID.

The second article of the thesis is in continuity with the ideas proposed in the theoretical article. It is an empirical article whose aim is to explore the role of poorly mentalized emotions and their association with ID. A longitudinal empirical case study was conducted with a BPD patient, as part of a year-long psychodynamic treatment. Mentalization of emotions and identity integration processes were measured using narrative analysis methods. Cross-correlations were performed to establish sequential relationships on the variables under study and observe their covariation over time. Mentalization of sadness alone was associated with better identity integration at the end of

treatment, and both processes covaried over time. The results of the study thus seem to suggest that suffering associated with loss is the type of suffering most associated with ID. This suggests that the suffering caused by loss is more likely to result in a disconnection of parts of the self.

The thesis concludes with a discussion of the main findings of the study in the light of the ideas formulated in the theoretical article. By considering dissociation in the understanding of the main identity issues in BPD, it is possible to broaden the vision of therapeutic change, notably by including the contribution of mentalizing processes in the development of a more integrated identity.

Keywords: Borderline personality disorder, identity disturbance, dissociation, splitting, mentalization of emotions.

Table des matières

Résumé.....	3
Abstract.....	5
Liste des tableaux.....	11
Liste des figures	12
Liste des abréviations.....	13
Remerciements.....	15
Chapitre 1 – Introduction générale	18
1. Mise en contexte	18
1.1 La souffrance au cœur de la perturbation identitaire dans le TPB.....	18
1.2 Trauma et dissociation	20
1.2.1 Le trauma psychologique.....	20
1.2.2 Statut du trauma et de la dissociation dans le cadre de l’approche psychanalytique.....	21
1.3.1 Un concept polysémique.....	22
1.3.2 Théorie de la dissociation structurelle	23
1.3.3 La dissociation en tant que capacité.....	28
1.3.4 Modèle de sois multiples	29
1.3.5 Blessures d’attachement.....	30
1.4 Incidence de la dissociation dans le TPB.....	31
1.4.1 Dissociation partielle et perturbation identitaire.....	31
1.4.2 Symptômes dissociatifs.....	32
1.4.3. Traumatismes dans l’enfance.....	33
1.5 Mentalisation des émotions et perturbation identitaire.....	33
1.5.1 La capacité générale de mentalisation	34
1.5.2. Mentalisation des émotions.....	36
1.5.3 Perturbation identitaire, souffrance indifférenciée et dissociation.....	37
2. Objectifs des articles 1 et 2 de la thèse	41
Références.....	44
Chapitre 2 – Article théorique.....	54
Résumé.....	55
1. Introduction.....	57
2. Modèle intrapsychique de la diffusion identitaire	62

2.1 L'organisation borderline de la personnalité.....	62
2.2 Le clivage et la non-intégration identitaire	63
2.3 Rôle du trauma relégué au second plan	65
3. Modèle relationnel de la diffusion identitaire.....	66
3.1 Psychologie « à deux personnes »	66
3.2 Incidence du trauma relationnel dans le TPB	68
4. L'identité diffuse : dysphorie chronique et anxiété relationnelle extrême.....	69
5. Contribution de la dissociation à l'identité diffuse.....	72
6. Limites du clivage dans l'explication de la diffusion identitaire.....	74
7. Implications cliniques.....	76
8. Conclusion	79
Références.....	81
Chapitre 3 – Étude de cas empirique	100
Résumé.....	101
1. Introduction.....	103
1.1 Perturbation de l'identité : conséquence d'une souffrance indifférenciée.....	105
1.2 États émotionnels associés à la perturbation de l'identité et incidence de la mentalisation.....	106
1.2.1 Continuum de la détresse à la tristesse adaptative.....	106
1.2.2 Colère extrême.....	109
1.2.3 Anxiété de séparation.....	111
1.2.4 Sentiments chroniques de honte.....	113
2. Étude des mécanismes de la psychopathologie par l'analyse des processus au sein d'une psychothérapie	114
2.1 La présente étude	116
3. Méthode	117
3.1 Contexte de l'étude et procédure	117
3.2.1 La participante/patiente.....	119
3.2.2 La psychothérapeute	120
3.3 Mesure des processus (objectif 1).....	120
3.3.1 Mentalisation des émotions.....	120
3.3.2 Intégration identitaire.....	123
3.3.3 Juges et processus de cotation.....	125

3.4 Sévérité et intensité des symptômes (objectif 2).....	126
3.5 Mesures pré et post-traitement (objectif 2).....	127
3.5.1 Troubles mentaux.....	127
3.5.2 Mesures du fonctionnement.....	128
3.6 Traitement statistique	130
4. Résultats.....	132
4.1 Résultats interjuges	132
4.2 Résultats mesures pré-post.....	133
4.3 Résultats principaux.....	135
5. Discussion.....	135
Références.....	142
Chapitre 4 – Conclusion générale.....	164
1. Objectifs généraux de la thèse et principaux résultats	164
2. Discussion sur la contribution de la mentalisation des émotions et de la dissociation dans la compréhension de la perturbation identitaire	165
2.1 Contribution spécifique de la tristesse peu mentalisée	165
2.2 Association entre la mentalisation et la dissociation.....	168
3. Contribution de la thèse et implications cliniques	171

Liste des tableaux

Tableau 1. Mesures du fonctionnement.....p.160

Tableau 2. Corrélations de Pearson entre le nombre de séances, les niveaux de mentalisation, de la tristesse, de l'hostilité et de la peur, de l'intégration identitaire et des symptômes.....p.162

Tableau 3. Corrélations-croisées entre les niveaux de mentalisation de la tristesse, de l'hostilité et de la peur et le degré d'intégration identitaire pour chacune des simulations.....p.163

Liste des figures

Figure 1. Conceptualisation de l'interaction entre la souffrance indifférenciée caractéristique de la perturbation identitaire dans le TPB, la mentalisation et la dissociation.....p.40

Figure 2. Évolution des symptômes, des niveaux de mentalisation des émotions et du degré d'intégration identitaire en fonction du nombre de séances de psychothérapie.....p.161

Liste des abréviations

TPB : Trouble de personnalité borderline

PI : Perturbation identitaire

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

PFT : Psychothérapie focalisée sur le transfert

ECR : Essai contrôlé randomisé

GÉVA : Grille de l'élaboration verbale de l'affect

MICA : Mesure pour l'identification des contenus affectifs

SoS : Sense of Self

SoO : Sense of Other

ATOS: Achievement of Therapeutic Objective Scale

SMA : Simulation Modeling Analysis

OQ-45 : Outcome Questionnaire

IPO : Inventory of Personality Organisation

*The human being is a guest house
Every morning there is a new arrival
A joy, a depression, a meanness
Some momentary awareness comes as an unexpected visitor
Welcome and entertain them all
Even if they are crowd of sorrow, who violently sweep your house
and empty it from its furniture
still, treat each guest honourably.
He may be clearing you out for some new delight.
The dark thought, the shame, the malice,
Meet them at the door laughing
And invite them in.
Be grateful for whoever comes,
Because each has been sent as a guide from beyond.*

– Djalâl-ud-Dîn Rûmî (1207-1273)

Remerciements

Un long périple, voilà les termes qui me viennent à l'esprit pour décrire ma thèse. Un voyage rempli d'obstacles, de défis, d'apprentissages et de découvertes. Un périple que je n'aurai jamais été en mesure de réaliser seule. Je tiens donc à te remercier en premier, Serge, et à exprimer toute la reconnaissance et la gratitude que je ressens pour ton soutien et ton accompagnement durant le travail colossal que représentait cette thèse. J'ai toujours senti que tu avais confiance en mes capacités de me rendre jusqu'au bout, pas seulement au début où tout semblait encore possible et faisable, mais de façon plus cruciale à la fin, lorsque je doutais le plus de moi. Merci également pour tes précieux enseignements cliniques et théoriques au fil des ans, ceux-ci ont contribué à façonner mon esprit analytique et ma pensée clinique. Les connaissances que tu m'as transmises sont des points de repère qui me guident quotidiennement dans ma pratique clinique, et m'accompagneront encore longtemps.

Un merci tout spécial à Catherine pour ta contribution considérable à l'analyse des transcriptions. Ton soutien moral, ton calme et ta constance m'ont grandement aidé durant ce travail qui ma foi n'était pas sans embûches.

Je remercie particulièrement la participante de mon étude qui, grâce à son implication courageuse, a rendu cette recherche possible et qui a, par le fait même, contribué à l'enrichissement des connaissances au sujet d'enjeux cliniques essentiels.

Marie-Christine, ma grande amie, merci pour ton soutien indéfectible, tes nombreuses relectures, tes encouragements constants et ta générosité hors du commun tout au long de mon cheminement doctoral qui n'aurait pas été le même sans toi. Tu as été un modèle de force, de courage et de persévérance, une mentore, une grande sœur qui ne m'a

jamais lâché. Les mots me manquent pour t'exprimer toute la reconnaissance que je ressens.

Maman, merci de n'avoir jamais cessé de croire en moi. Ta confiance inébranlable en mes aptitudes a su me porter très loin, jusqu'à l'accomplissement de mes rêves et l'aboutissement du projet le plus important de ma vie. Merci également pour ton écoute, ta bienveillance et ta douceur durant les moments difficiles de doutes et de remises en question. Ronen, merci pour ta patience et tes plaisanteries pour me remonter le moral, mais surtout, merci pour les moments où tu m'as rappelé à l'ordre. Je sais que ce n'était pas facile pour toi, mais tu as su être le frère dont j'avais besoin.

Mes amis et collègues de doctorat, Anouk, Yannick, Sophie, Fannie et Virginie, merci pour votre amitié inestimable. Je chéris les souvenirs de nos éclats de rire et de nos discussions profondes qui ont su faire de mes études doctorales une expérience riche et unique. Merci tout particulièrement à toi, Anouk, ma compagne de doc, ma chère amie, tu as été là toutes ces années, autant pour partager les moments de joie que durant les épreuves les plus difficiles, et pour cela je t'en serais toujours reconnaissante.

J'aimerais également remercier mes collègues de labo, Jessica, Marie-Ève, Catherine, Marie et Rachel. Vous avez su rendre mon quotidien d'étudiante plus agréable et j'ai apprécié nos discussions enrichissantes autant que la complicité qui s'est tissée entre nous avec le temps.

Chloé, merci pour ton don exceptionnel à me changer les idées dans les moments où j'en avais le plus besoin et à me rappeler qu'il existe une vie en dehors du doctorat. Merci également à Martin, Mohamed, Théo et Nabil, chacun à votre manière, vous avez contribué à faciliter mon expérience de rédaction.

Merci à toi, Patrick, qui a été un pilier pour moi durant de nombreuses années, tu m'as aidé à dépasser mes limites et à trouver la force et le courage de persévérer malgré les épreuves qui pouvaient se dresser sur ma route.

J'aimerais également remercier mes superviseurs, Jalène, Julien, Sébastien, Ariane et Daniel pour leur générosité et la richesse des enseignements cliniques qui m'ont été partagés. Un merci tout particulier à Mme Doiron pour la passion de la clinique que vous avez su me transmettre, je continue d'être habitée par les souvenirs précieux de nos échanges foisonnants et de vos bons mots à mon égard.

Valérie et Mauricio, je tiens à exprimer ma gratitude pour votre compréhension, votre bienveillance et vos nombreux encouragements au fil des ans. Vous m'avez offert les meilleures conditions possibles à la réalisation de ma thèse.

Dr. Blanchet, je vous remercie profondément de m'avoir aidé à retrouver mon chemin et mes repères à un moment où tout espoir me semblait perdu.

Mme Labrèche, sans vous, je ne serai pas la personne que je suis devenue aujourd'hui. Vous m'avez appris à voir mes forces, à faire confiance en mes intuitions et en mon ressenti et à puiser dans mes ressources personnelles pour vaincre l'insurmontable.

Et finalement, merci à toi Micky. Le dépôt de cette thèse représente une porte d'entrée vers une vie plus douce et équilibrée, ce que tu me souhaitais ardemment. J'espère que d'une manière ou d'une autre tu pourras sentir la légèreté qui habite mon cœur, et de mon côté, je te sentirais sourire en retour.

Enfin, je remercie le Fonds de recherche du Québec - Société et Culture (FRQSC) ainsi que le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH) qui ont permis la réalisation de ce projet grâce à leur soutien financier.

Chapitre 1 – Introduction générale

1. Mise en contexte

1.1 La souffrance au cœur de la perturbation identitaire dans le TPB

Le trouble de personnalité borderline (TPB) témoigne d'une altération profonde du fonctionnement identitaire et interpersonnel qui s'exprime par un mode général d'instabilité des relations, des affects et de l'image de soi (DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA], 2022). La perturbation de l'identité (PI) retient plus particulièrement l'attention, car de nombreuses formulations théoriques l'identifient au cœur de l'explication de l'instabilité générale du TPB (Fonagy et al., 2002; Jørgensen, 2006, 2010; Kernberg, 1967, 1985, 2018; Meares et al., 2011; Ryle, 1997a, 1997b; Yeomans et al., 2015). La PI se manifeste essentiellement par une oscillation chronique entre différents états de soi polarisés et extrêmes, gouvernés par des émotions intenses et le plus souvent accompagnée d'une vision excessivement négative de soi. Une caractéristique importante qui transparaît de ces états est l'intense souffrance psychologique qu'ils génèrent (Korner et al., 2008; Wilkinson-Ryan et Westen, 2000; Zanarini et Frankenburg, 2007). Cet aspect est souligné dans la cinquième version révisée du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5-TR; APA, 2022) où l'absence de définition de soi et de cohérence identitaire peut être associée à des états d'extrême souffrance psychologique. L'expérience de souffrance constitue donc un enjeu clinique central de la PI dans le TPB. La « qualité » de cette souffrance fait en sorte que celle-ci se distingue de la dépression ou de l'expérience de tristesse habituelle, notamment en ce qui a trait à son intensité élevée, aux contextes relationnels qui la provoquent

(situations interpersonnelles qui évoquent la perte ou l'abandon), à la présence d'affects négatifs peu différenciés (incluant l'hostilité, l'impuissance, le désespoir et le sentiment de vide) et à son association avec un sentiment d'incohérence personnelle (Briand-Malenfant et al., 2012; Köhling et al., 2015; Leichsenring, 2004; Westen et al., 1992; Wilkinson-Ryan et Westen, 2000; Zanarini et al., 1998). Les particularités de cette souffrance amènent plusieurs auteurs à la relier à des expériences relationnelles traumatiques dans l'enfance dont l'impact émotionnel est géré par une forme de coupure qui relève de processus dissociatifs (Meares, 2012; Ryle, 1997a; van der Hart et al., 2006). La mise à l'écart de la souffrance aurait pour conséquence d'entraver le développement identitaire et émotionnel de l'individu et expliquerait l'émergence d'états de soi incompatibles dans le TPB (Howell et Blizard, 2009; Jørgensen, 2010; Meares, 2012; Ryle, 1997b). Avant d'aborder plus en détail les aspects du fonctionnement identitaire touchés par la dissociation dans la personnalité borderline, il est pertinent de s'attarder à la notion de trauma, ainsi qu'aux définitions de la dissociation et aux auteurs qui ont contribué à son explication et à son inclusion dans le cadre des théories psychanalytiques. Il est important de préciser que le cadre théorique de cette thèse s'inscrit dans une approche psychodynamique contemporaine, ce qui peut en constituer une limite, car le sujet de la dissociation dans l'étude du TPB et de la perturbation identitaire a également été traité par d'autres perspectives théoriques, notamment l'approche biopsychosociale et les études neurodéveloppementales. Le choix d'une approche psychodynamique a été privilégié en raison de l'objectif de la thèse qui vise à préciser la contribution de la dissociation dans l'explication de la perturbation identitaire en tenant compte du type de souffrance qui la caractérise et que plusieurs auteurs ont relié à un déficit dans les capacités de mentalisation.

Les liens théoriques qui unissent les concepts de mentalisation et de dissociation pour expliquer les enjeux associés à une identité pathologique ont, à notre connaissance, été davantage articulés au sein des écrits psychanalytiques. Le présent travail est donc basé sur une volonté de poursuivre la réflexion théorique et clinique déjà amorcée par les principaux auteurs de cette discipline.

1.2 Trauma et dissociation

1.2.1 Le trauma psychologique

La conceptualisation du trauma varie en fonction de l'approche théorique ou de la discipline scientifique employée. Au sein des écrits psychanalytiques, le trauma est généralement défini comme une stimulation excédant les capacités de régulation de l'individu (Dalenberg et al., 2017). Cela implique qu'un événement négatif peut être considéré traumatique basé sur la nature et l'amplitude de cet événement, mais il peut également atteindre ce statut en raison de certaines dispositions internes de l'individu (par exemple : absence de soutien social, maladies, âge de l'individu ou d'autres formes de vulnérabilités; Dalenberg et al., 2017). Il est également convenu que l'événement négatif provoque des émotions vives et intenses, telles que la honte, l'effroi, la colère, l'impuissance ou la tristesse qui témoignent d'une détresse psychologique importante. Pour ces raisons, l'on réfère fréquemment au trauma en termes de trauma psychologique (Dorahy et van der Hart, 2007). La notion de trauma se place donc à l'intersection de la réalité objective de l'adversité et de la réalité subjective qui réfère à la perception et aux sensations éprouvées face à l'événement négatif. Une conséquence souvent associée au trauma psychologique est la dissociation, c'est-à-dire la mise à distance ou le déni de

certain aspects de l'expérience qui mènent ultimement à une compartimentalisation de l'expérience ou à une séparation structurelle entre les processus mentaux (par exemple : mémoire, identité, perceptions, cognitions) généralement intégrés et accessibles à la conscience (Dorahy et van der Hart, 2007).

1.2.2 Statut du trauma et de la dissociation dans le cadre de l'approche psychanalytique

En revanche, dans le champ de la psychanalyse, la dissociation revêt un caractère controversé. Freud (1856-1939) l'a initialement employée dans son explication des symptômes de l'hystérie en la présentant comme une défense du moi permettant de se préserver des émotions vives provoquées par des événements traumatiques, notamment un abus sexuel, et dont la présence se manifestait à travers des symptômes psychopathologiques tels que la paralysie hystérique (van der Hart et Dorahy, 2009). Toutefois, Freud s'est rapidement détourné de cette hypothèse au profit d'un modèle intrapsychique du fonctionnement mental où les fantasmes de séduction envers le parent du sexe opposé sont à l'origine des émotions vives desquelles l'individu doit se protéger (van der Hart et Dorahy, 2009). Selon cette formulation, le danger vient de l'intérieur et c'est le fantasme qui peut potentiellement créer un débordement affectif chez l'enfant. Ici, la *perception* de la réalité prime sur les préjudices potentiels de l'environnement. Le refoulement est ainsi devenu le mécanisme de défense principal du moi afin de se préserver de l'angoisse suscitée par les fantasmes. Cette réinterprétation de Freud a fait en sorte que l'adversité en provenance de l'environnement, donc le potentiel traumatique d'événements objectifs de la réalité (par exemple : abus) a été minimisé pendant près d'un siècle au sein des approches psychanalytiques. Les dernières décennies ont cependant été marquées par l'essor d'une perspective relationnelle qui a suscité un regain d'intérêt pour l'étude du

trauma et ses répercussions sur le développement de la personnalité (Bromberg, 2009b; Fonagy et al., 2002; Howell, 2013; Mitchell, 2014). La psychanalyse relationnelle, notamment, est issue d'un effort d'intégrer des théories de tradition psychanalytique (par exemple : la théorie des relations d'objets) avec les approches relationnelles (par exemple : la théorie interpersonnelle ou les théories intersubjectives), et ce dans le but de reconnaître davantage la dimension relationnelle au sein de la réalité psychique (Aron et Lechich, 2012). À cet égard, une formulation centrée sur la dissociation dans la compréhension du trauma est ancrée dans un modèle de psychologie à deux personnes, puisque celle-ci est employée pour décrire la gestion d'un débordement affectif causé par l'effet de l'environnement contrairement au refoulement qui constitue principalement une réaction défensive vis-à-vis les fantasmes inconscients.

1.3 Définitions de la dissociation

1.3.1 Un concept polysémique

Il n'existe pas de consensus sur la définition du construit de la dissociation ni sur les phénomènes psychologiques auxquels il réfère (Dell et O'Neil, 2009). La dissociation peut être employée en référence aux *symptômes* ou aux signes, donc imputables à l'état d'être dissocié (par exemple : dépersonnalisation, déréalisation, hallucinations auditives, symptômes de conversion, etc.), mais également en termes *structurels*, c'est-à-dire que celle-ci agit à titre de mécanisme qui a des répercussions sur l'organisation du fonctionnement psychologique. Lorsque la dissociation est abordée en termes structurels, celle-ci peut être conceptualisée comme un mécanisme *actif* (modèle dimensionnel : capacité, aptitude, défense, etc.) ou *passif* (modèle catégoriel : division, fragmentation,

désagrégation, etc.; Dell et O’Neil, 2009). La distinction entre actif et passif repose principalement sur les fonctions de la dissociation. En étant représentée comme un mécanisme actif, la dissociation peut être employée à des fins de protection et de défense. Ce qui n’est pas le cas lorsque la dissociation est présentée comme un mécanisme passif, qui est alors conceptualisé comme une brèche dans le fonctionnement.

Le modèle dimensionnel implique donc que comme la plupart des capacités que possède l’être humain, la dissociation peut se manifester de différentes façons, à différents degrés, qu’elle peut à la fois entraîner des conséquences négatives et positives et qu’elle se situe sur un continuum allant du normal au pathologique (pour une revue détaillée de la question, voir Braude, 2009).

Dans le modèle catégoriel, la dissociation est classée selon les symptômes. Son usage est donc strictement réservé aux manifestations les plus pathologiques de la dissociation, tel que les troubles dissociatifs. Un modèle significatif issu de cette perspective est la théorie de la dissociation structurelle de la personnalité des auteurs van der Hart, Nijenhuis et Steele (2006). À leur avis, le terme de dissociation devrait être retenu uniquement pour décrire l’action pathologique de la dissociation sur la psyché, autrement dit pour représenter une fragmentation de la conscience sous l’effet du trauma (mécanisme passif). Dans ce contexte, la dissociation reflète une faiblesse de l’organisme à maintenir son unité personnelle et son organisation psychique, face aux stressseurs potentiels (Braude, 2009).

1.3.2 Théorie de la dissociation structurelle

Le modèle de la dissociation structurelle est en continuité avec la conceptualisation originale de Pierre Janet (1857-1947) qui voyait l’hystérie comme « une maladie de

l'intégration personnelle ». Dans le modèle de Janet (1919; cité dans van der Hart et Dorahy, 2009), la dissociation est définie comme une division de la personnalité en des systèmes dissociatifs d'idées et de fonctions, chacun ayant leur propre sens de soi. La psyché de l'individu se fractionne ou, pour reprendre la terminologie de Janet, se *désagrège*, sous la violence des émotions suscitées par le trauma. Il en émerge des systèmes dissociés, lesquels contiennent les souvenirs traumatiques. Ces idées ont été reprises par les auteurs van der Hart, Nijenhuis et Steele (2006) afin d'élaborer une théorie de la dissociation structurelle de la personnalité. Leurs propositions impliquent que la dissociation d'origine traumatique opère entre deux catégories majeures de systèmes psychophysiologiques de la personnalité. Une catégorie est réservée principalement aux systèmes d'approche envers les stimuli agréables de la vie quotidienne tels que la nourriture ou la camaraderie. L'autre catégorie est sollicitée dans le but d'éviter ou de fuir les stimuli désagréables, par exemple des situations au potentiel dangereux. Ces systèmes psychophysiologiques sont abordés en termes de systèmes d'actions puisqu'ils comprennent une tendance innée à l'action orientée vers un but dont l'objectif est de s'adapter aux défis présents dans l'environnement. Le premier système d'action est donc dirigé vers l'adaptation optimale à la vie quotidienne, et l'autre système d'action est activé à des fins de défense en présence de dangers. Il est difficile d'être engagé dans les deux systèmes simultanément, et ce, sur une longue période. Lorsque cela survient, certains individus développent des séparations rigides au sein de leur personnalité. Ces divisions sont la base de la dissociation structurelle de la personnalité et relèvent d'un manque de cohésion et de flexibilité dans la structure de la personnalité plutôt que d'une séparation étanche entre différents systèmes d'idées et de fonctions. Les auteurs y réfèrent en termes

de parties dissociées de la personnalité. Par conséquent, le matériel dissocié ne consiste pas seulement en un élément de l'expérience (par exemple : le souvenir du trauma) n'ayant pas été intégré à la personnalité. Il forme plutôt une partie de la personnalité de l'individu et il est constitué de plusieurs éléments psychologiques (c'est-à-dire la mémoire, les émotions, les sensations), possède un sens de soi (c'est-à-dire l'habileté d'introspection et la capacité de se souvenir d'expériences autobiographiques sachant qu'elles nous appartiennent), et opère plus ou moins indépendamment de la personnalité dominante, et plus ou moins indépendamment d'autres parties de la personnalité dans le cas de la personnalité multiple (van der Hart et Dorahy, 2009).

Ces deux parties de la personnalité sont séparées en fonction des systèmes d'action précédemment décrits, donc une *personnalité d'apparence normale* (PAN) consacrée à la vie quotidienne (par exemple : exploration, attachement), et une *personnalité émotionnelle* (PE) consacrée à l'évitement des mémoires traumatiques. La partie de la personnalité désignée PE est fixée dans les systèmes d'actions (par exemple : défense, sexualité) ou les sous-systèmes (par exemple : hypervigilance, combat, fuite) activés au moment du trauma. Celle-ci héberge également des émotions véhémentes vécues lors du trauma qui diffèrent des émotions normales, car celles-ci ne sont pas adaptatives, sont intolérables et leur expression n'est pas au service de l'individu.

La dissociation structurelle se situe sur un continuum qui peut aller d'une simple division à des divisions extrêmement complexes de la personnalité. Une dissociation structurelle primaire implique une seule division entre la PAN et la PE. La PAN demeure la partie dominante de la personnalité et la PE est limitée sur le plan de son étendue, de sa fonction et de son sens de soi. Un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT),

par exemple, est associé à une dissociation structurelle primaire. Lorsque les événements traumatiques sont de plus forte intensité ou se déroulent sur une période prolongée, davantage de division au sein de la PE se développe, il est alors question d'une dissociation structurelle secondaire. Le TPB d'origine traumatique témoignerait d'une dissociation structurelle secondaire de la personnalité. Finalement, une dissociation structurelle tertiaire survient lorsque des divisions opèrent au sein de la PAN. La PAN et la PE sont alors davantage élaborées que dans une dissociation structurelle primaire ou secondaire. Cette forme de dissociation structurelle est présente dans le trouble dissociatif de l'identité (TDI).

Dans le cadre de cette théorie, tous les troubles mentaux associés au trauma reflètent un certain degré de dissociation structurelle, allant d'une forme simple dans le TSPT, à des formes très complexes dans le TDI. Il est assumé que dans la dissociation structurelle primaire, la personnalité précédant le trauma était relativement intégrée, ce qui n'est pas le cas lorsque les traumas ont lieu à répétition dans l'enfance. Les traumatismes dans l'enfance sont plus fortement associés au développement de symptômes post-traumatiques, anxieux et dépressifs que les traumas vécus à l'âge adulte (Chu et al., 2013; Ogle et al., 2015). En effet, les habiletés nécessaires pour faire face aux aspects négatifs de l'expérience et des émotions ne sont pas présentes chez l'enfant, qui a alors besoin du soutien de son parent pour le faire. La plupart des survivants de traumatismes dans l'enfance n'ont pas ces habiletés et n'ont pas reçu de soutien adéquat en temps de stress.

La dissociation structurelle implique une dysfonction de la progression naturelle vers l'intégration des systèmes psychophysiologiques de la personnalité. L'intégration est un processus adaptatif impliquant des actions mentales qui favorisent la différenciation et la liaison des expériences à travers le temps au sein de la personnalité qui est à la fois stable

et flexible, ce qui permet un fonctionnement optimal dans le présent. Deux des actions mentales intégratives principales affectées par la dissociation sont la synthèse et la réalisation. La synthèse permet de lier et de différencier l'étendue des expériences internes et externes (par exemple : les pensées, les perceptions, les émotions, les mouvements, et le sens de soi) éprouvées à un moment dans le temps de même qu'à travers le temps. Par exemple, le sentiment d'être en colère et agir de façon colérique sont similaires, mais à la fois drastiquement différents. La synthèse a principalement lieu en dehors du champ de la conscience et soutient un sentiment normatif d'unité de la conscience et de l'histoire personnelle. Une synthèse incomplète va provoquer des altérations de la conscience et des symptômes dissociatifs tels que la dépersonnalisation ou la déréalisation. La réalisation, quant à elle, implique des actions mentales qui permettent de prendre conscience de la réalité telle qu'elle est, de l'accepter et de s'y adapter de façon réflexive et créative. Elle inclut notamment une appropriation subjective de l'expérience (« J'ai vécu cet événement ») de même qu'une vision intégrée du passé, du présent et du futur. La PAN et la PE sont toutes deux marquées par un manque de réalisation du présent, de même que de leurs expériences traumatiques, et de plusieurs autres types d'expériences. La PAN dénote un manque de réalisation des expériences traumatiques qui se manifeste par un déni ou différents degrés d'amnésie de celles-ci. Tandis que la PE est immergée dans le trauma et ne réalise pas que celui-ci est terminé. La dissociation structurelle est maintenue par l'entremise d'une phobie de la synthèse et de la réalisation complète du trauma, ce que l'on réfère en termes de phobie de la mémoire traumatique.

Ce bref aperçu des principes de base de la théorie de la dissociation structurelle a pour objectif d'illustrer certaines des manifestations pathologiques de la dissociation dans

le fonctionnement de la personnalité. Il s'agit d'une formulation de la dissociation issue d'un modèle catégoriel, par opposition à un modèle dimensionnel où la dissociation est représentée en termes de capacité (mécanisme actif). Ces deux approches de la dissociation (catégorielle vs dimensionnelle) peuvent être considérées comme complémentaires en présumant qu'à partir d'un certain seuil clinique, les manifestations de la dissociation ne sont plus jugées normales (un score continu peut alors être transformé en catégorie). La position soutenue dans cette thèse est pragmatique dans la mesure où une conceptualisation de la dissociation en tant que capacité est une perspective moins restrictive et permet d'appréhender le phénomène selon ses manifestations normales et pathologiques.

1.3.3 La dissociation en tant que capacité

En effet, selon Braude (2009), le fait de distinguer la dissociation normale de la dissociation pathologique n'exclut pas la possibilité que les phénomènes dissociatifs se situent sur un continuum. L'auteur soutient que même si les manifestations pathologiques (par exemple : dépersonnalisation, amnésie dissociative, etc.) et non pathologiques (par exemple : analgésie/anesthésie autohypnotique, attention dirigée durant l'exécution de tâches complexes) de la dissociation diffèrent de façon consistante et dramatique, cela ne justifie pas en soi que la dissociation ne puisse être un concept unitaire ou un seul phénomène à caractère multiple. Il donne pour exemple le mensonge pathologique et le mensonge ordinaire où, bien que ceux-ci diffèrent considérablement, dans la mesure où le premier nécessite une attention clinique particulière, ceux-ci restent néanmoins deux types de mensonges. Le fait d'ignorer leurs similitudes résulterait en un désavantage sur le plan de l'unité théorique ou conceptuelle du construit. Braude (2009) conclut son argumentation en affirmant que même s'il va de soi que le clinicien est intéressé par les caractéristiques

distinctives de la dissociation pathologique, notre conceptualisation du construit gagnerait à prendre en compte toutes les propriétés qui constituent les différentes formes de dissociation et ce qui les relie entre elles. Howell (2013) de son côté, propose de se représenter la dissociation comme un processus pouvant avoir ou non un effet structurant sur la personnalité. Dans le cadre de la psychanalyse relationnelle, la dissociation est généralement représentée en tant que mécanisme actif, donc une capacité.

1.3.4 Modèle de sois multiples

Philip Bromberg présente un modèle de sois multiples (Bromberg, 1996, 1998, 2006, 2009a) où la dissociation agit à titre de capacité. Le soi y est conceptualisé en termes d'une multitude d'états de soi fondés sur des configurations relationnelles spécifiques (c'est-à-dire des façons d'être créées à partir de la relation avec l'autre; Mitchell, 1993) et gérés par des mécanismes dissociatifs normaux. Un état du soi correspond à une façon d'être hautement individualisée et façonnée par sa propre organisation de cognitions, croyances, affects dominants, comportements, valeurs, accès à la mémoire et régulation physiologique (Bromberg, 2010). Dans un fonctionnement identitaire sain, chaque état de soi est suffisamment compatible avec les autres pour que la transition s'effectue de façon fluide et ne compromette pas le sentiment d'unité. Par exemple, un individu peut passer d'un état du soi où il est réservé au travail à un état du soi où il est extraverti et spontané lors d'une occasion sociale le jour même, sans que cela crée une disparité ou une rupture dans le sentiment de continuité. Ainsi, une dissociation normale, perméable, offre un accès flexible à ses différents états de soi afin de s'adapter de façon créative et spontanée à la nature changeante et complexe des exigences de la vie. Dans cette formulation, la

dissociation opère en maintenant séparés des états de soi différents, tout en les gardant facilement accessibles (Bromberg, 1996).

1.3.5 Blessures d'attachement

Bien que la dissociation joue un rôle important dans la structuration de l'identité de chaque individu, l'expérience d'adversité relationnelle dans l'enfance engendre une utilisation pathologique de la dissociation (Herman, 1992; Howell, 2013). La dissociation est alors employée en tant que défense qui fait notamment appel au déni ou à la compartimentation de certains aspects de l'expérience. Les situations massivement anxiogènes ou dangereuses peuvent être associées à l'utilisation de défenses dissociatives qui ne sont pas nécessairement pathologiques, car celles-ci permettent à l'individu de maintenir un sentiment de contrôle en écartant temporairement la souffrance (Bromberg, 2003b). En revanche, au sein de relations d'attachement insécurisantes, la dissociation est mobilisée à plus long terme, ce qui a des conséquences sur le développement identitaire et émotionnel de l'enfant. Une relation d'attachement insécure (de type ambivalent ou désorganisé) se caractérise par des comportements contradictoires, négligents, effrayants ou abusifs de la part du parent. Ces comportements génèrent des émotions vives qui se traduisent par de l'anxiété sévère, des frustrations intenses, une souffrance intolérable ou des sentiments de honte. Les processus dissociatifs contribuent à mettre à l'écart ces états douloureux afin de s'adapter à l'état et à la réceptivité du parent et ultimement préserver le lien d'attachement (Putnam, 1997). Cela fait en sorte que les états de soi qui étaient auparavant séparés, mais collaboratifs, deviennent inhospitaliers et même contradictoires, chacun fonctionnant selon une version insulaire de la réalité définissant le « soi » et forçant d'autres états du soi détenant une vérité et une réalité opposées (souvent douloureuse) à

devenir du « non-soi » (Bromberg, 2003a, 2010).

1.4 Incidence de la dissociation dans le TPB

1.4.1 Dissociation partielle et perturbation identitaire

Kroll (1993) présente le TPB d'abord et avant tout comme un trouble du flot de la conscience causé par le retour post-traumatique de contenus mentaux dissociés. La personne qui en souffre ne peut contrôler l'irruption de ces états et la succession des réactions enclenchées par leur activation. Or, contrairement au TDI, la dissociation entre les différents états de soi serait partielle dans le TPB plutôt que totale comme dans le TDI, ce qui fait en sorte qu'elle passerait davantage inaperçue (Howell, 2013). La dissociation partielle implique une discontinuité objectivement observable ou vécue de façon subjective dans la pensée, l'affect, ou le comportement, mais sans amnésie pour le comportement ou l'identité. Typiquement, on retrouverait des patients borderline sans symptômes dissociatifs graves, mais manifestant tout de même une alternance entre différents états de soi avec le changement correspondant dans l'affect, la perception et le comportement. Au milieu du spectre se trouveraient les patients entendant des voix et ayant l'impression de subir des commandes. À l'autre extrémité du continuum se trouveraient les patients avec un TDI. La compartimentation serait moins sévère entre les états partiellement dissociés du TPB que dans le TDI. Il y aurait donc un chevauchement entre l'identité et les souvenirs associés aux autres soi, mais ceux-ci seraient ignorés.

Les principales manifestations de l'instabilité dans le TPB touchant l'identité, les affects et les relations seraient ainsi les conséquences directes d'une oscillation entre des états de soi partiellement dissociés et organisés en fonction de l'affect (Howell et Blizard,

2009). Par conséquent, l'alternance d'un état de soi dissocié à un autre entraînerait également un changement rapide dans l'humeur. Selon Howell (2020), il y aurait deux sous-groupes d'états de soi prédominants dans le TPB, l'un orienté vers l'attachement et l'autre vers l'agressivité. Ceux-ci seraient basés sur des modèles d'attachements incompatibles dont la fluctuation provoquerait des changements dans la perception de soi et des autres, alternant entre la dévalorisation et l'idéalisation. Les symptômes du TPB comprenant la peur de l'abandon, la difficulté à contrôler la colère et les symptômes psychotiques transitoires seraient expliqués par l'activation d'une mémoire émotionnelle traumatique et l'état de soi sous-jacent qui est accessible sur le moment. L'abus de substance serait un moyen de faciliter la transition vers un état de soi engourdi dans le but de gérer un débordement affectif et l'impulsivité sexuelle serait la manifestation d'un état de soi dissocié reproduisant un abus passé (Howell et Blizard, 2009).

1.4.2 Symptômes dissociatifs

De plus, les patients borderline rapportent un niveau significativement plus élevé de symptômes dissociatifs que les patients avec un autre trouble de personnalité (Zanarini et al., 2000). Environ le quart des personnes avec un TPB présentent des scores aussi élevés que ceux retrouvés dans le syndrome de stress post-traumatique ou dans les troubles dissociatifs, incluant le TDI. Ces résultats s'ajoutent à d'autres qui rapportent que les patients borderline présentent des symptômes dissociatifs plus nombreux et plus sévères que dans la population générale ou dans d'autres troubles mentaux (Ross, 2007; Scalabrini et al., 2017; Simeon et al., 2003). Les études ont démontré qu'environ un tiers à la moitié des patients borderline vivent de la dépersonnalisation et de la déréalisation, alors que des symptômes dissociatifs sévères sont présents chez environ le tiers des patients borderline

hospitalisés (Zanarini et Jager-Hyman, 2009). Deux études ont identifié par l'entremise d'entrevues diagnostiques structurées que 72% des personnes qui se qualifiaient pour un diagnostic de TPB présentaient également un trouble dissociatif (Sar et al., 2013).

1.4.3. Traumatismes dans l'enfance

La présence de traumatismes dans l'enfance est l'un des facteurs étiologiques impliqués dans l'explication de l'association entre le TPB et les symptômes dissociatifs. En effet, bien que toutes les personnes qui ont un TPB n'aient pas nécessairement vécu de traumatismes dans l'enfance, la présence d'abus ou de négligence dans l'enfance demeure un facteur de risque élevé au développement du trouble à l'âge adulte (Zanarini et al., 1997, 2002; Zanarini et Frankenburg, 1997). Une recension des études sur la question fait état de 30% à 90% des patients borderline qui rapportent un historique de négligence et/ou d'abus physique, sexuel ou émotionnel durant l'enfance (MacIntosh et al., 2015). Selon une revue systématique des études publiées sur PubMed durant les 20 dernières années, les personnes qui ont un diagnostic de TPB ont vécu davantage de maltraitance infantile que les personnes ayant un autre trouble de personnalité (Bozzatello et al., 2021). Il semble également que plus les traumatismes dans l'enfance sont sévères, plus les symptômes dissociatifs sont importants, surtout lorsqu'il est question d'abus sexuel (Watson et al., 2006; Zanarini et al., 2000). À cet égard, le quart des patients borderline rapportent avoir été victimes d'inceste et un autre quart rapportent avoir été abusés sexuellement par un membre de l'entourage familial, un voisin ou des pairs (Zanarini et Frankenburg, 1997).

1.5 Mentalisation des émotions et perturbation identitaire

1.5.1 La capacité générale de mentalisation

Le trauma développemental a de nombreuses répercussions sur le développement socio-affectif de l'enfant, et sa contribution étiologique à l'apparition de perturbations graves de la personnalité est aujourd'hui bien reconnue (Fonagy et Luyten, 2009). Une dimension importante du fonctionnement mental impactée par le trauma concerne les capacités de mentalisation (Brüne et al., 2016; Ensink et al., 2015; Fonagy, 2000; Fonagy et al., 2002; Petersen et al., 2016; Terradas et al., 2020). La mentalisation est un concept aux ramifications théoriques variées qui tire notamment ses origines du champ théorique psychanalytique de la psychosomatique et qui a été repris d'une façon plus générale par une approche psychodynamique contemporaine intégrant les études sur l'attachement et la théorie de l'esprit. Dans sa définition générale, la mentalisation (ou fonction réflexive) réfère à la capacité de se comprendre soi-même ainsi que les autres comme des êtres guidés par des états mentaux intentionnels (par exemple : émotions, pensées, motivation, croyances, buts, désirs, etc.; Fonagy et al., 2002). Il s'agit d'une capacité développementale acquise par le truchement des communications verbales et non verbales au sein de la dyade mère-enfant, où la mère reflète de façon contingente les états internes de l'enfant, lui permettant ainsi de se comprendre et de prédire les comportements des autres (Fonagy et al., 2002). Dans le cas contraire, lors de trauma relationnel ou encore lorsque le parent n'est pas en mesure de refléter adéquatement les états internes de l'enfant (par exemple : psychopathologie parentale, parent sous l'influence de l'alcool ou la drogue, stress psychosociaux), des difficultés émergent au niveau de l'expérience du soi qui reste alors insaisissable, empreinte de confusion et difficile à différencier de l'expérience des autres (Fonagy et al., 2002; Fonagy et Bateman, 2007).

Les expériences émotionnelles associées au trauma sont si vives et souffrantes qu'elles sont difficilement intégrables à un niveau symbolique. Elles auront ainsi tendance à s'exprimer selon des modes de fonctionnement préreflexif ou nonsymboliques qui s'apparentent à la forme développementale typique de la façon dont les enfants traitent l'information émotionnelle. Le recours à des modes de pensées antérieur à la mentalisation dans l'interprétation de l'expérience subjective et de celle des autres est associé au TPB, et ceux-ci ont été regroupés selon trois catégories distinctes par Fonagy et Bateman (2008) : a) le mode *d'équivalence psychique* (c'est-à-dire l'expression d'une pensée concrète dans laquelle des perspectives alternatives ne peuvent être prises en compte : réalité subjective « trop vraie »), b) le mode *comme si* (ou *faire semblant*, c'est-à-dire un détachement extrême des pensées et des émotions leur faisant perdre leur signification : réalité subjective « trop peu vraie ») et c) le mode *téléologique* (c'est-à-dire une primauté de l'action et des attributs physiques pour donner un sens aux expériences internes : réalité subjective absente).

Dans le mode d'équivalence psychique, l'expérience garde sa forme concrète, autrement dit, ce qui est pensé, ressenti et perçu équivaut à la réalité, à un fait (Fonagy et Luyten, 2009). L'expérience subjective est donc vécue comme étant trop vraie et perd de sa qualité « comme si » qui permet notamment la prise en compte de perspectives alternatives. L'expérience de la honte selon un mode d'équivalence psychique signifie par exemple que l'individu n'a réellement pas de valeur, à ses yeux et aux yeux des autres. Le mode comme si quant à lui traduit une déconnexion importante entre le monde interne et la réalité externe, menant parfois à des symptômes dissociatifs. Ainsi, les expériences rapportées sont dénuées de contexte ou d'ancrage dans la réalité physique, puisqu'il n'y a

plus d'implication aux pensées, aux émotions ou aux perceptions (par exemple : se créer un monde imaginaire dans lequel il n'existe pas de souffrances). Pour l'individu dont l'expérience est vécue comme trop vraie, la réalité peut sembler terrifiante et le mode comme si peut parfois représenter un refuge. En ce qui concerne le mode téléologique, celui-ci réfère à un mode de pensée où les pensées et les désirs des autres sont reflétés par leurs actions. L'expérience subjective n'est pas accessible et le lien affectif s'incarne par une expression par l'action (par exemple : il n'y a pas d'affection si celle-ci n'est pas accompagnée par une expression physique, une caresse ou une accolade). Ces modes de fonctionnement témoignent d'un manque de conscience des limites qui séparent la réalité interne de la réalité externe, qui représente également une conséquence du trauma psychologique (Fonagy et Target, 2000). Le mode d'équivalence psychique peut être alors être formulé en termes d'une expérience subjective post-traumatique comparable à une reviviscence aiguë du trauma (par exemple : flash-back) dans laquelle les émotions et les sensations associées au trauma sont vécues à nouveau et sous leur forme originale, c'est-à-dire une expérience concrète, intense, trop vraie et intemporelle (Fonagy, 2010).

Par ailleurs, le fait d'aborder la mentalisation en termes de capacité générale fait en sorte que le concept englobe différents construits qui s'entrecroisent (par exemple : empathie, théorie de l'esprit, mentalisation affective), ce qui nuit à la clarté conceptuelle et rend la tâche d'opérationnaliser la mentalisation plus difficile.

1.5.2. Mentalisation des émotions

Une définition plus spécifique de la mentalisation, mais complémentaire au modèle de Fonagy, est donc employée dans le cadre de cette thèse. Celle-ci a été introduite par

Pierre Marty et fait référence à un travail psychique d'élaboration, de transformation et de liaison des excitations provenant de l'expérience sensorimotrice qui se traduit par la quantité et la qualité des représentations verbales disponibles pour décrire l'expérience affective (Lecours et Bouchard, 1997; Marty, 1996). Un débordement affectif dépassant les capacités de l'appareil psychique à contenir et élaborer les excitations mènerait à une décharge et à une accumulation de celles-ci vers d'autres voies d'expression, plus proche des modalités somatiques et corporelles de l'affect. En d'autres termes, moins l'expérience émotionnelle est mentalisée, c'est-à-dire contenue, appropriée et représentée en termes de contenus mentaux, plus elle est intense et/ou douloureuse. Les émotions vives vécues de façon concrète et peu différenciée dans le TPB reflètent donc un échec des processus de mentalisation dans la transformation des émotions en expérience mentale tolérable et imprégnée d'un sens personnel. À titre d'exemple, la souffrance associée à une perte vécue de façon mentalisée sera formulée en termes d'une expérience de tristesse et d'une réalisation de la signification de cette perte pour l'individu. À l'opposé, une souffrance non-mentalisée aura tendance à s'exprimer de façon peu différenciée, mélangeant des sentiments intenses de colère, de désespoir et de protestations contre la perte, et sera susceptible de mener à des agirs qui visent à l'évacuer.

1.5.3 Perturbation identitaire, souffrance indifférenciée et dissociation

Une recension des écrits théoriques et cliniques au sujet de la PI dans le TPB a permis d'identifier que les attributs majeurs de la celle-ci étaient tous caractérisés par une forme de rupture ou de manque de continuité personnelle (Westen et Cohen, 1993). Ceux-ci ont été formulés comme, a) une inconsistance dans l'investissement des buts, des valeurs, des idéaux et des relations, qui s'opère notamment par un surinvestissement

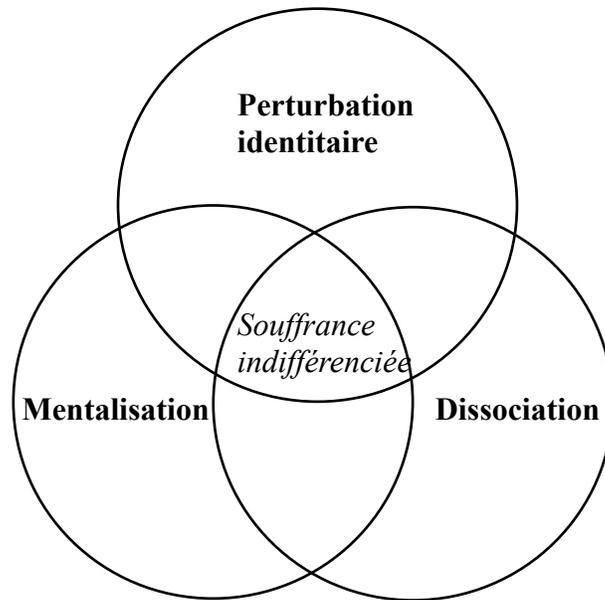
menant ultimement à une cassure et laissant un sentiment de vide; b) une inconsistance dans les comportements à travers le temps et à travers les situations; c) une difficulté à intégrer plusieurs représentations de soi; d) l'absence d'un sentiment de continuité personnelle à travers le temps et d'un récit de vie cohérent.

En continuité avec la recension de Westen et Cohen (1993), une étude empirique menée par Wilkinson-Ryan et Westen (2000) identifie la souffrance psychologique associée au sentiment d'incohérence personnelle en tant qu'attribut central et distinctif de la PI dans le TPB. Les auteurs ont demandé à des cliniciens expérimentés d'utiliser un questionnaire de 35 items sélectionnés sur la base de leur valeur théorique, empirique et clinique afin d'évaluer la PI chez des patients borderline (n = 34), des patients ayant un autre trouble de personnalité (autre que le TPB; n = 20) et ceux n'ayant pas de trouble de personnalité (n = 41). L'analyse factorielle a révélé la présence de quatre facteurs contenant chacun une facette de la PI : 1) l'absorption dans un rôle qui implique une suridentification avec un rôle spécifique ou avec un groupe, faisant en sorte qu'un rôle limité ou une étiquette définit toute l'identité de la personne; 2) l'incohérence douloureuse qui se rapporte à l'expérience subjective qu'a la personne de sa propre identité. Il comporte des items tels que le sentiment de vide, le manque de continuité et de cohérence dans l'expérience du soi, la peur de la fin de l'existence personnelle dans le cas où une relation proche venait à finir et un sentiment indéterminé de sa propre personne; 3) l'inconsistance se résumant aux croyances et aux actions contradictoires de la personne; et 4) le manque d'engagement déterminé par une difficulté à s'engager dans des buts et à maintenir un ensemble de valeurs constantes. L'incohérence douloureuse était le facteur le plus fortement associé à la présence de la PI et au TPB lui-même, alors que le manque d'engagement l'était le moins, et ne distinguait

pas le TPB d'autres psychopathologies.

La souffrance psychologique identifiée au cœur des manifestations de la PI s'apparente aux états dysphoriques si souvent rapportés par les individus souffrants du TPB. Cette dysphorie se caractérise par une négativité diffuse et labile, incluant des sentiments de vide, de colère et de désespoir quant aux figures d'attachement (Westen et al., 1992). En tenant compte des caractéristiques atypiques de cette souffrance, il est possible de reformuler celle-ci comme l'expression d'émotions spécifiques peu mentalisées. Une expression indifférenciée et douloureuse des émotions fait en sorte que celles-ci ne sont pas en mesure de jouer un rôle adaptatif dans la vie de l'individu, c'est-à-dire de fournir des informations vitales concernant ses besoins, ses buts, ses désirs, ses relations, et ultimement son identité. Il semble donc que la présence d'émotions peu mentalisées dans le TPB contribue à la PI sous la forme d'une souffrance indifférenciée. En tenant à l'écart les émotions douloureuses et peu mentalisées, les mécanismes dissociatifs auraient comme incidence de maintenir ces émotions dans leur forme brute et non-élaborée, ou non-formulée (en d'autres termes, non symbolique ou à un niveau d'équivalence psychique). Ils formeraient ainsi des « corps étrangers » à l'intérieur de l'appareil psychique dont le contact serait à éviter à tout prix (« non-soi »; Bromberg, 2003a). Ils ne peuvent donc pas s'harmoniser à d'autres états, au reste de la personnalité de l'individu ou à une réalité extérieure complexe et multidimensionnelle. L'interaction entre la dissociation et les processus de mentalisation dans la formation et le maintien de la souffrance indifférenciée est illustrée dans la figure ci-dessous (figure 1).

Figure 1. Conceptualisation de l'interaction entre la souffrance indifférenciée caractéristique de la perturbation identitaire dans le TPB, la mentalisation et la dissociation



Un déficit de mentalisation paraît donc associé étroitement à la dissociation d'états émotionnels trop douloureux. Certaines contributions font des états dissociés des expériences non formulées (Stern, 2018). La conceptualisation de la relation entre déficit de mentalisation et dissociation est encore obscure. Il se pourrait que les deux notions soient en relation de réciprocité. Ainsi, une expérience « déliée », coupée du monde psychique par la dissociation, ne profiterait donc pas du travail explicite de représentation-symbolisation pour être élaborée et mentalisée. Aussi, une expérience mal mentalisée, vécue trop douloureusement dans un état non symbolique (équivalence psychique), appellerait des mécanismes pour en réduire l'intensité, mécanismes comme la dissociation. Donc, le dissocié pourrait être mal mentalisé et le manque de mentalisation pourrait favoriser la dissociation. Enfin, un état du soi dissocié ou mal mentalisé est rendu inassimilable par l'ensemble des représentations du soi et des autres (identité) de par sa

séparation du reste de l'expérience ou de par son hétérogénéité due à sa qualité non symbolique.

2. Objectifs des articles 1 et 2 de la thèse

L'objectif général de cette thèse consiste à mettre en lumière la contribution de la dissociation et des émotions peu mentalisées dans la compréhension de la PI. La première partie articule le rôle de la dissociation dans la PI au niveau théorique. La seconde partie explore l'impact de diverses émotions spécifiques peu mentalisées sur la PI.

À ce jour, la dissociation est absente des mécanismes proposés pour l'explication de la PI au sein du TPB. La formulation théorique dominante est basée sur un modèle intrapsychique du fonctionnement mental hérité de Freud où le rôle du trauma n'est pas mis de l'avant. Celle-ci est avancée par Kernberg qui place la gestion de la destructivité (pulsion agressive) par le mécanisme du clivage au cœur des principales difficultés associées à la PI (Kernberg, 1967; Kernberg et Caligor, 2005). Toutefois, le mécanisme du clivage ne tient pas compte de toutes les manifestations de la PI, notamment la présence d'une souffrance provenant de traumatismes relationnels dans l'enfance. Or, un paradigme relationnel met de l'avant l'influence de l'environnement et des figures parentales dans le développement de l'identité qui implique une décentralisation du rôle de l'agressivité pathologique pour tenir compte de l'adversité relationnelle dans les écueils du développement identitaire.

C'est dans le courant des théories psychanalytiques relationnelles que s'inscrit le premier article de la thèse. Il y est proposé une réflexion critique des limites conceptuelles du clivage dans l'explication de la PI, et ce, en parallèle aux avantages que présente une

formulation basée sur la dissociation pour rendre compte de toutes les manifestations de la PI.

Le deuxième article de la thèse est empirique et vise l'exploration de l'association entre les émotions peu mentalisées et la PI dans le TPB. La mentalisation est un des processus majeurs associés à l'incohérence identitaire, car l'incapacité ou la difficulté d'attribuer un sens à ses états mentaux et à ceux des autres nuit à l'établissement des limites entre soi et les autres et au développement de l'autonomie et d'un sentiment d'agentivité personnelle (Fonagy et al., 2002; Fonagy 2010). Dans le cadre de cette étude, l'intérêt de se concentrer uniquement sur la mentalisation des émotions est basé sur la centralité de l'expérience de souffrance relevée au sein des principales manifestations de la PI (Wilkinson-Ryan et Westen, 2000). Or, il est postulé que cette souffrance est la conséquence d'émotions vives peu mentalisées dont l'intensité et la concrétude ne permettent pas l'intégration au sens de soi. En revanche, notre connaissance des mécanismes psychopathologiques impliqués dans la formation de la PI demeure d'ordre conceptuel. Ce qui explique le choix d'une méthodologie à cas unique afin d'examiner de façon intensive quelles sont les émotions non-mentalisées qui contribuent à la PI et à sa résolution dans le TPB. L'identification des facettes de l'expérience émotionnelle associées à la PI peut contribuer au raffinement des modèles théoriques et des interventions psychologiques qui ciblent cet enjeu clinique majeur dans le traitement.

Une patiente participante ayant un TPB a donc été sélectionnée sur la base d'une évaluation confirmant le diagnostic de TPB afin d'entreprendre un an de psychothérapie d'approche psychodynamique. Les processus à l'étude, soit la mentalisation des émotions et l'intégration identitaire, ont été évalués à l'aide de méthodes d'analyse du discours qui

permettaient de quantifier le niveau et la qualité des représentations émotionnelles verbalisées par la participante dans le cadre de la psychothérapie, de même que le degré d'intégration identitaire présent. Une approche quantitative a été privilégiée afin d'établir des relations séquentielles entre la mentalisation des émotions et l'intégration identitaire pour permettre d'identifier l'évolution de l'interaction entre ces deux processus.

L'intérêt d'appréhender la PI sous l'angle de la dissociation permet d'inclure à la compréhension de celle-ci le rôle des émotions peu mentalisées. Une expérience émotionnelle vécue de façon intense et concrète (mode d'équivalence psychique) est prompte à être dissociée en raison de son caractère souffrant et dangereux. Elle devient donc difficilement accessible à la conscience pour un travail d'élaboration, d'appropriation et d'intégration au sens de soi. L'objectif de cette thèse est d'une part de contribuer à l'avancement de la conceptualisation de la PI dans le TPB, et d'autre part, d'accroître les connaissances empiriques au sujet des mécanismes impliqués dans la formation de la PI, et ce dans le but d'améliorer la compréhension du rôle de la dissociation et des émotions peu mentalisées dans l'établissement de la PI, et ultimement, sa résolution.

À l'heure actuelle, les articles présentés dans le cadre de cette thèse n'ont pas fait l'objet d'une soumission ou d'une publication.

Références

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (5th ed., text revision).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Aron, L. et Lechich, M. L. (2012). Relational psychoanalysis. Dans G. O. Gabbard, B. E. Litowitz, et P. Williams (Eds.), *Textbook of psychoanalysis* (2nd ed., p. 211-224). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M. et Bellino, S. (2021). The role of trauma in early onset borderline personality disorder: A biopsychosocial perspective. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 721361.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.721361>
- Braude, S. E. (2009). The conceptual unity of dissociation: A philosophical argument. Dans P. F. Dell et J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (p. 27-36). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S. et Deschenaux, E. (2012). What does sadness mean to BPD patients?. *Journal of Personality Disorders, 26*(6), 939-955.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.6.939>
- Bromberg, P. M. (1996). Standing in the spaces: The multiplicity of self and the psychoanalytic relationship. *Contemporary Psychoanalysis, 32*(4), 509-535.
- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Analytic Press.

- Bromberg, P. M. (2003a). One need not be a house to be haunted: On enactment, dissociation, and the dread of “not-me”—A case study. *Psychoanalytic Dialogues*, 13(5), 689-709.
- Bromberg, P. M. (2003b). Something wicked this way comes: Trauma, dissociation, and conflict: The space where psychoanalysis, cognitive science, and neuroscience overlap. *Psychoanalytic Psychology*, 20(3), 558-574.
- Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203759981>
- Bromberg, P. M. (2009a). Multiple self-states, the relational mind, and dissociation: A psychoanalytic perspective. Dans P. F. Dell et J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (p. 637-652).
Routledge/Taylor & Francis Group.
- Bromberg, P. M. (2009b). Truth, human relatedness, and the analytic process: An interpersonal/relational perspective. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(2), 347-361.
- Bromberg, P. M. (2010). Minding the dissociative gap. *Contemporary Psychoanalysis*, 46(1), 19-31.
- Brüne, M., Walden, S., Edel, M.-A. et Dimaggio, G. (2016). Mentalization of complex emotions in borderline personality disorder: The impact of parenting and exposure to trauma on the performance in a novel cartoon-based task. *Comprehensive Psychiatry*, 64, 29-37. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.08.003>
- Chu, D. A., Williams, L. M., Harris, A. W. F., Bryant, R. A. et Gatt, J. M. (2013). Early life trauma predicts self-reported levels of depressive and anxiety symptoms in

- nonclinical community adults: Relative contributions of early life stressor types and adult trauma exposure. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 23-32.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.006>
- Dalenberg, C. J., Straus, E. et Carlson, E. B. (2017). Defining trauma. Dans S. N. Gold (ed), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge, Vol. 1* (p. 15-33). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000019-002>
- Dell, P. F. et O'Neil, J. A. (Eds.). (2009). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Dorahy, M. J. et van der Hart, O. (2007). Relationship between trauma and dissociation: A historical analysis. Dans E. Vermetten, M. Dorahy, et D. Spiegel (Eds.), *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment* (p. 3-30). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S. et Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *The British Journal of Developmental Psychology*, 33(2), 203-217. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12074>
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129-1146.
- Fonagy, P. (2010). Attachment, trauma, and psychoanalysis: Where psychoanalysis meets neuroscience. Dans M. Leuzinger-Bohleber, J. Canestri et M. Target (Eds.), *Early development and its disturbances: Clinical, conceptual, and empirical research*

- on ADHD and other psychopathologies and its epistemological reflections* (p. 53–75). Karnac Books.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. et Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P. et Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health, 16*(1), 83-101.
- Fonagy, P. et Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder—A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders, 22*(1), 4-21.
- Fonagy, P. et Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 21*(4), 1355-1381.
- Fonagy, P. et Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *The International Journal of Psychoanalysis, 81*(5), 853-873. <https://doi.org/10.1516/0020757001600165>
- van der Hart, O. et Dorahy, M. J. (2009). Dissociation: An overview. History of the concept of dissociation. Dans P. F. Dell et J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (p. 3-26). Routledge/Taylor & Francis Group.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. et Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W W Norton & Co.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Howell, E. F. (2013). *The dissociative mind*. Routledge.

- Howell, E. (2020). *Trauma and dissociation informed psychotherapy: Relational healing and the therapeutic connection*. WW Norton & Company.
- Howell, E. F. et Blizard, R. A. (2009). Chronic relational trauma disorder: A new diagnostic scheme for borderline personality and the spectrum of dissociative disorders. Dans P. F. Dell et J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (p. 495-510). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Jørgensen, C. R. (2006). Disturbed sense of identity in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 618-644.
- Jørgensen, C. R. (2010). Invited essay: Identity and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 344-364.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organisation. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Kernberg, O. F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Rowman & Littlefield.
- Kernberg, O. F. (2018). *Treatment of severe personality disorders: Resolution of aggression and recovery of eroticism*. American Psychiatric Association Publishing.
- Kernberg, O. F. et Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. Dans M. F. Lenzenweger et J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (p. 114–156). The Guilford Press.
- Köhling, J., Ehrental, J. C., Levy, K. N., Schauenburg, H. et Dinger, U. (2015). Quality and severity of depression in borderline personality disorder: A systematic review

- and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 37, 13-25.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.002>
- Korner, A., Gerull, F., Meares, R. et Stevenson, J. (2008). The nothing that is something: core dysphoria as the central feature of borderline personality disorder. Implications for treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 62(4), 377-394.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2008.62.4.377>
- Kroll, J. (1993). *PTSD: Borderlines in therapy: finding the balance*. W.W. Norton.
- Lecours, S. et Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 78(5), 855.
- Leichsenring F. (2004). Quality of depressive experiences in borderline personality disorders: differences between patients with borderline personality disorder and patients with higher levels of personality organization. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(1), 9–22. <https://doi.org/10.1521/bumc.68.1.9.27729>
- MacIntosh, H. B., Godbout, N. et Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2), 227.
- Marty, P. (1996). *Mentalisation et psychosomatique* (2e éd.). Synthélabo.
- Meares, R. (2012). *Borderline personality disorder and the conversational model: A clinician's manual*. W. W. Norton & Company.
- Meares, R., Gerull, F., Stevenson, J. et Korner, A. (2011). Is self disturbance the core of borderline personality disorder? An outcome study of borderline personality factors. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(3), 214-222.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. Basic Books.

- Mitchell, S. A. (2014). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Routledge.
- Ogle, C. M., Rubin, D. C. et Siegler, I. C. (2015). The relation between insecure attachment and posttraumatic stress: Early life versus adulthood traumas. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 7(4), 324-332.
<https://doi.org/10.1037/tra0000015>
- Petersen, R., Brakoulias, V. et Langdon, R. (2016). An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 64, 12-21.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescent: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Ross, C. A. (2007). Borderline personality disorder and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(1), 71-80.
- Ryle, A. (1997a). *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method*. Chichester : John Wiley.
- Ryle, A. (1997b). The structure and development of borderline personality disorder: A proposed model. *The British Journal of Psychiatry*, 170(1), 82-87.
<https://doi.org/10.1192/bjp.170.1.82>
- Sar, V., Akyüz, G., Öztürk, E. et Alioğlu, F. (2013). Dissociative depression among women in the community. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(4), 423-438.
- Scalabrini, A., Cavicchioli, M., Fossati, A. et Maffei, C. (2017). The extent of dissociation in borderline personality disorder: A meta-analytic review. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(4), 522-543.

- Simeon, D., Nelson, D., Elias, R., Greenberg, J. et Hollander, E. (2003). Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectrums*, 8(10), 755-762.
<https://doi.org/10.1017/S109285290001912X>
- Stern, D. B. (2018). *The infinity of the unsaid: Unformulated experience, language, and the nonverbal*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429468087>
- Terradas, M. M., Domon-Archambault, V. et Drieu, D. (2020). Clinical assessment of prementalizing modes of psychic functioning in children and their parents in the context of trauma. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 19(1), 25-41. <https://doi.org/10.1080/15289168.2020.1717186>
- Watson, S., Chilton, R., Fairchild, H. et Whewell, P. (2006). Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(5), 478-481.
- Westen, D. et Cohen, R. P. (1993). The self in borderline personality disorder: A psychodynamic perspective. Dans Z. V. Segal et S. J. Blatt (Eds.), *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives* (p. 334-360). The Guilford Press.
- Westen, D., Moses, M. J., Silk, K. R., Lohr, N. E., Cohen, R. et Segal, H. (1992). Quality of depressive experience in borderline personality disorder and major depression: When depression is not just depression. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 382-393.

- Wilkinson-Ryan, T. et Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 157(4), 528-541.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. et Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American psychiatric publ.
- Zanarini, M. C. et Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11(1), 93-104.
- Zanarini, M. C. et Frankenburg, F. R. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 518-535.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, J., Khera, G. S. et Gunderson, J. G. (1998). The pain of being borderline: Dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 6(4), 201-207.
<https://doi.org/10.3109/10673229809000330>
- Zanarini, M. C. et Jager-Hyman, S. (2009). Dissociation in borderline personality disorder. Dans P. F. Dell et J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (p. 487-494). Routledge.
- Zanarini, M. C., Ruser, T. F., Frankenburg, F. R., Hennen, J. et Gunderson, J. G. (2000). Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(1), 26-30.
- Zanarini, M. C., Ruser, T., Frankenburg, F. R. et Hennen, J. (2000). The dissociative experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 223-227.
[https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(00\)90051-8](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)90051-8)

Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L. et Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101-1106.
<https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1101>

Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F. et Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 381-387. <https://doi.org/10.1097/00005053-200206000-00006>

Chapitre 2 – Article théorique

Contribution de la dissociation à la perturbation identitaire dans la personnalité borderline

Lola AHOUNDOVA

Serge LECOURE

Contribution des auteurs :

Lola Ahoundova a développé les idées présentées dans l'article, fait la recension des écrits et rédigé l'article.

Serge Lecours a contribué au développement des idées proposées dans l'article de même qu'il a révisé le manuscrit.

Résumé

La perturbation identitaire (PI) est souvent placée au centre de la conceptualisation des principales difficultés du trouble de personnalité borderline (TPB). Plusieurs mécanismes étiologiques ont été suggérés afin d'expliquer la présence d'états de soi contradictoires et polarisés dans le TPB. La formulation dominante demeure néanmoins celle de Kernberg qui stipule que la gestion de l'agressivité pathologique grâce au mécanisme du clivage est à l'origine de la PI. Toutefois, cette hypothèse ne tient pas compte de certains attributs majeurs et caractéristiques de la PI, notamment la présence d'une souffrance indifférenciée qui reflèterait des états émotionnels peu mentalisés incluant la honte, la dysphorie chronique et l'anxiété d'abandon. Cette ouverture vers des aspects de l'expérience autres que la destructivité, en parallèle d'un intérêt grandissant pour l'étiologie traumatique/relationnelle du TPB, viennent donc remettre en doute la prémisse fondamentale de Kernberg à l'effet que le clivage est le seul mécanisme impliqué dans la formation de la PI. À cet égard, la dissociation est considérée parmi les réactions les plus fondamentales dans la gestion de la souffrance psychologique. L'objectif de cet article est donc de mettre à jour la contribution de la dissociation au centre d'une nouvelle formulation de la PI qui permettrait d'inclure les états émotionnels qui ne sont pas couverts par une formulation centrée sur le clivage. Plus précisément, les mécanismes dissociatifs impliqués dans la gestion des émotions douloureuses/traumatogènes viendraient rendre compte de toutes les manifestations de la PI, y compris celles éclairées par le clivage (notamment la gestion de la destructivité).

Mots-clés : Trouble de personnalité borderline, perturbation identitaire, dissociation, clivage, mentalisation.

1. Introduction

La perturbation identitaire est une caractéristique diagnostique essentielle du trouble de personnalité borderline et se manifeste par une instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi (TPB; critère 3, DSM-5-TR : American Psychiatric Association [APA], 2022). Les termes de diffusion identitaire, identité pathologique ou non-intégration identitaire sont différentes façons d'aborder les états extrêmes et polarisés qui caractérisent cette perturbation. De nombreux symptômes du TPB y sont également associés, dont le sentiment de vide (Martin et Levy, 2022), l'instabilité affective (Koenigsberg et al., 2001), les comportements suicidaires (Yen et al., 2004) et l'automutilation (Lear et Pepper, 2016; Scala et al., 2018).

Plusieurs modèles conceptuels placent la perturbation identitaire au cœur des principales difficultés du TPB (Fonagy et al., 2002, 2003; Jørgensen, 2006, 2010; Kernberg, 1967, 1985, 2018; Luyten et al., 2020; Meares, 2012a; Meares et al., 2011; Yeomans et al., 2015). Parmi ces modèles, différents mécanismes psychopathologiques ont été mis de l'avant afin d'expliquer l'étiologie d'une identité diffuse. La formulation d'Otto Kernberg ancrée dans une perspective psychanalytique, demeure cependant la plus connue. L'auteur stipule qu'un clivage instauré entre les représentations positives et négatives de soi et des autres est à la base du syndrome de diffusion identitaire inhérent à la personnalité borderline (Kernberg, 1967; Kernberg et Caligor, 2005). Cette séparation est considérée essentielle puisqu'elle permet à l'individu de gérer un excès d'agressivité pathologique qui, sinon, risquerait de détruire les représentations positives de soi et des autres (Kernberg, 2006, 2018). La psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT) est un traitement conceptualisé par Kernberg basé sur ces postulats. Une emphase particulière y est portée

sur la réduction du clivage, celle-ci étant jugée nécessaire à la résolution de l'identité diffuse et des symptômes qui l'accompagnent (Kernberg et al., 2008; Yeomans et al., 2015).

Le modèle thérapeutique et théorique de la PFT est largement utilisé pour traiter le TPB et l'efficacité du traitement a reçu l'appui de nombreuses études empiriques (APA, 2001; Oldham, 2005). La technique de l'interprétation du clivage, qui consiste à identifier et à interpréter la fonction du clivage, est présentée à titre de mécanisme curatif du TPB (Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010; Levy et al., 2006). Kernberg soutient qu'en l'absence de l'interprétation du clivage, qui serait l'ingrédient actif de la psychothérapie, il n'y aurait pas d'intégration de l'identité possible (Kernberg, 2012, 2018). En revanche, le positionnement du clivage au centre de l'explication de la perturbation identitaire fait face à plusieurs objections, autant empiriques que théoriques. Ainsi, au niveau empirique, les études randomisées de comparaison de traitements menées par Kernberg et son équipe ne permettent pas de tirer des conclusions claires sur les processus et les mécanismes à l'œuvre dans le changement thérapeutique, car celles-ci mesurent l'effet de variables cibles, comme la résolution du clivage, sur la diminution des symptômes, sans examiner la nature de la relation qui existe entre les variables (Barkham et Lambert, 2021; Cuijpers, 2016; McLeod et Elliott, 2011). La recherche des dernières décennies n'étant pas parvenue à démontrer la supériorité d'un traitement sur un autre (Barber et al., 2021; Livesley, 2004, 2007; Wampold et Imel, 2015), et sachant que d'autres modèles d'intervention ont démontré leur efficacité en n'adressant pas directement le clivage, on peut présumer que plusieurs mécanismes directs et indirects interagissent dans la construction et le maintien d'une identité diffuse et du TPB (Martel et Lecours, 2013). Ces autres modèles d'intervention comprennent le traitement centré sur la mentalisation (Bateman et Fonagy,

1999, 2006, 2008, 2009), la thérapie de soutien psychodynamique (Clarkin et al., 2007; Clarkin et al., 2004; Kernberg et al., 2008), la thérapie comportementale dialectique (Harned et al., 2009; Linehan et al., 2002, 2006; Wilks et al., 2016), la thérapie cognitive ou cognitivo-comportementale (Brown et al., 2004; Davidson et al., 2006), la thérapie cognitive analytique (Ryle et Golyunkina, 2000), la thérapie des schémas (Giesen-Bloo et al., 2006; Spinhoven et al., 2007), le modèle conversationnel (Korner et al., 2006; Meares et al., 1999; Stevenson et al., 2005) et la psychothérapie de groupe (Gratz et Gunderson, 2006; Munroe-Blum et Marziali, 1995). Donc, la centralité du clivage dans la formation ou la réduction de la perturbation identitaire n'a pas reçu un soutien empirique spécifique.

Sur le plan conceptuel, le clivage réfère à une séparation des représentations polarisées de soi et des autres, sur la base de leur qualité toute bonne ou toute mauvaise. Cette ségrégation entre des états opposés et contradictoires serait l'ultime moyen de contenir l'agressivité pathologique (Kernberg, 1984). Néanmoins, certains attributs majeurs de la perturbation identitaire dans le TPB ne semblent pas reposer sur une polarité entre des représentations de soi et des autres d'une part, ni sur l'unique gestion de l'hostilité d'autre part. En effet, une facette importante de l'expérience subjective associée à la perturbation identitaire est l'expression d'une intense souffrance psychologique qui proviendrait d'expériences de pertes relationnelles et/ou de traumatismes dans l'enfance (Jørgensen et Bøye, 2022; Korner et al., 2008; Liotti et Farina, 2016; Meares et al., 2011; Wilkinson-Ryan et Westen, 2000; Sieswerda et al., 2013; Zannarini et al., 1998; Zannarini et Frankenburg, 2007; Zittel et Westen, 2005). Celle-ci se traduit par des vécus émotionnels intenses teintés d'angoisse d'abandon, de honte, de sentiment de solitude ou encore d'anxiété relationnelle extrême (Briand-Malenfant et al., 2012; Gad et al., 2019; Jørgensen

et Bøye, 2022; Westen et al., 1992; Zanarini et al., 1998), dont le point commun est un faible degré de mentalisation, c'est-à-dire qu'ils s'expriment de façon concrète et entière, ce qui laisse peu de place à la réflexion et à l'appropriation (Lecours, 2021; Lecours et Bouchard, 2011). L'un des mécanismes impliqués dans la gestion de la souffrance psychologique est la dissociation, car celle-ci permet de maintenir à l'écart de la conscience les états affectifs jugés trop douloureux pour être élaborés ou mentalisés (Bromberg, 1996, 2009; Chefetz, 2015; Howell, 2013; Liotti, 2004; Meares, 1999). Donc, les « coupures » retrouvées dans l'expérience de la perturbation identitaire englobent plusieurs types d'expériences émotionnelles, et non seulement l'opposition des polarités de l'amour-haine (idéalisation vs persécution/destructivité).

En parallèle à l'ouverture vers des aspects de l'expérience autres que la destructivité, un intérêt grandissant pour l'étiologie traumatique/relationnelle du TPB place la dissociation au centre d'une nouvelle formulation pour expliquer l'instabilité générale du trouble (Howell et Blizard, 2009). Ici, une explication développementale s'impose peu à peu en tant qu'alternative à une explication psychanalytique intrapsychique du TPB (c'est-à-dire l'instauration d'une gestion défensive de la pulsion agressive, comme avec Kernberg). Plusieurs modèles d'intervention ont adopté cette formulation traumatique dans le traitement du TPB où l'accent est placé sur la résolution des mécanismes dissociatifs sous-jacents à l'instabilité émotionnelle et identitaire (la thérapie cognitive analytique [Ryle et Golyunkina, 2000]; le modèle conversationnel [Meares, 2012b]; et le traitement de la traumatisation chronique [van der Hart et al., 2006]). Donc, des modèles mettant de l'avant l'importance de l'impact du développement de l'individu TPB dans un climat relationnel traumatique tendent à remplacer les modèles psychanalytiques traditionnels

pour la compréhension de la perturbation de l'identité. Ces constats empiriques et théoriques ont pour conséquence de déplacer l'intérêt du clivage vers la dissociation dans l'explication de la perturbation de l'identité.

L'objectif de cet article est de mettre à jour la contribution de la dissociation dans un modèle explicatif de la diffusion identitaire. L'emploi de la dissociation semble présenter un avantage heuristique puisqu'il permet d'expliquer la présence d'attributs importants de l'identité diffuse qui ne sont pas couverts par une formulation axée sur le clivage, tout en incluant les phénomènes décrits par cette dernière. Plus précisément, les mécanismes dissociatifs impliqués dans la gestion des émotions douloureuses/traumatogènes viendraient rendre compte de toutes les manifestations de l'identité diffuse, y compris celles éclairées par le clivage (notamment la gestion de la destructivité). Afin d'appuyer ce raisonnement, les bases conceptuelles du modèle structural de Kernberg seront abordées en premier lieu, ainsi que les implications cliniques d'une formulation centrée sur le clivage. Ensuite, il sera question de l'hypothèse étiologique traumatique/relationnelle du TPB et des émotions douloureuses qui contribuent à l'expérience d'une identité diffuse, mais qui ne sont pas prises en compte dans un modèle axé sur le clivage. Le rôle de la dissociation sera mis en évidence afin d'expliquer la présence de ces facettes labiles de soi dans la personnalité borderline et la nature non-réflexive des états émotionnels qui les accompagnent. La valeur heuristique de cette proposition sera contrastée aux limites conceptuelles du clivage pour expliquer la présence d'états affectifs douloureux qui ne sont pas organisés autour de l'agressivité, mais qui néanmoins jouent un rôle important dans le maintien d'une identité diffuse. De brèves implications cliniques seront abordées à titre de conclusion.

2. Modèle intrapsychique de la diffusion identitaire

2.1 L'organisation borderline de la personnalité

Kernberg (1967, 1985, 1988) présente une théorie de l'organisation de la personnalité ancrée dans une perspective de l'école des relations d'objet qui intègre des contributions de la psychologie du moi contemporaine et des théories kleinienne (Marcus, 1999). La notion d'organisation de la personnalité (Kernberg, 1967; Lingardi et McWilliams, 2017) est distincte de celle de trouble de la personnalité (DSM-5-TR; APA, 2022). Le modèle de compréhension clinique psychanalytique/psychodynamique de Kernberg repose sur la prémisse fondamentale que les comportements et les perturbations subjectives manifestes d'un trouble de personnalité sont le reflet d'une structure psychologique sous-jacente (organisation de la personnalité) qui s'est cristallisée durant l'enfance (Yeomans et al., 2015). Trois niveaux d'organisation de la personnalité ont été identifiés : névrotique, borderline et psychotique. Le syndrome de diffusion identitaire serait l'indicateur principal différenciant le niveau d'organisation névrotique du niveau d'organisation borderline de la personnalité (Kernberg, 1967; Kernberg et Caligor, 2005; Lingardi et McWilliams, 2017). Il constituerait le noyau commun des pathologies de la personnalité jugées suffisamment sévères pour qu'un diagnostic DSM soit attribué, et ce peu importe le trouble de personnalité (sauf peut-être la personnalité obsessionnelle-compulsive : Kernberg, 2018; Yeomans et al., 2015). Le TPB demeure néanmoins l'expression la plus prototypique ou transparente (extravertie) d'une organisation borderline de la personnalité.

En accord avec cette idée, des propositions ont été mises de l'avant afin de remplacer le système catégoriel du DSM par un modèle dimensionnel des troubles de

personnalité (Widiger et Trull, 2007). Bien que celles-ci n'aient pas été retenues par le groupe de travail chargé de l'élaboration du DSM-5 (Widiger, 2011), la section trois du DSM-5-TR sur les mesures et modèles émergents propose un modèle hybride entre les approches catégorielle et dimensionnelle dans lequel l'évaluation du fonctionnement de la personnalité est essentiellement une mesure du fonctionnement identitaire (critère A : niveau de fonctionnement de la personnalité – fonctionnement du soi [identité, direction de soi] et fonctionnement interpersonnel [empathie, intimité]). Ces nouvelles propositions proviennent notamment de la contribution de Kernberg pour qui la nature et le degré d'intégration du sens de soi et des autres sont des indicateurs centraux de la sévérité des troubles de personnalité (Yeomans et al., 2015).

2.2 Le clivage et la non-intégration identitaire

Au sein du modèle structural de Kernberg, le clivage est identifié à titre de mécanisme étiologique principal impliqué dans la formation d'une identité diffuse et d'une organisation borderline. Selon Kernberg (1967, 2006), l'enfant intériorise graduellement ses relations significatives en fonction de ses expériences affectives positives et négatives intenses. Les expériences positives sont associées à l'amour et à l'attachement, tandis que les expériences négatives sont associées à la frustration. Il se crée alors des représentations internes de soi et de l'autre en relation qui sont déterminées par la prédominance de ces affects. Le résultat de ce processus est la formation de relations d'objets intériorisées (ROI) qui représentent les éléments constitutifs de l'identité, une unité à trois composantes : représentation de soi – affect – représentation de l'objet (de l'autre personne).

Durant l'enfance, la colère associée aux expériences de frustration est intense et non modulée, il est donc nécessaire de la maintenir séparée afin de préserver la relation

d'attachement intériorisée et les représentations positives de soi et de l'autre qui y sont associées (Kernberg, 2018). La séparation de ces deux secteurs de l'expérience subjective est possible grâce au mécanisme du clivage qui intervient de sorte que les parties positives ne sont pas détruites par les parties négatives (Kernberg, 2006). Cela résulte en deux domaines de l'expérience subjective de l'enfant : un domaine idéalisé, caractérisé exclusivement par la présence d'affects positifs et un domaine persécutoire caractérisé exclusivement par des affects négatifs. Au cours d'un développement normal, l'enfant parvient graduellement à tolérer les différentes parties de son expérience émotionnelle grâce à une plus grande capacité d'ambivalence ou de vivre plusieurs émotions simultanément. Il reconnaît la possibilité qu'il puisse exister en soi et chez les autres une complexité émotionnelle caractérisée simultanément par de l'amour et de l'agressivité (Kernberg, 2012). L'intensité des expériences négatives est modulée grâce à un accès fluide aux représentations positives de soi et de l'autre, ce qui contribue à achever le processus d'intégration identitaire.

Cependant, un excès d'agressivité liée à des dispositions du tempérament et des facteurs environnementaux tels que l'expérience de frustrations chroniques et sévères dans l'enfance compromet le processus normal d'intégration. Il devient alors impératif de maintenir la présence du clivage afin de préserver l'intégrité du fonctionnement psychologique. La conséquence directe de ce clivage est la formation d'une identité diffuse et une fixation de l'agressivité à des niveaux extrêmes dont l'expression se traduit dans le TPB par un sentiment d'être totalement mauvais qui peut conduire à des comportements autoagressifs et autodestructeurs ou hétéroagressifs, entre autres (Kernberg, 1985).

2.3 Rôle du trauma relégué au second plan

L'accent sur le clivage dans la formulation de Kernberg s'inscrit dans la lignée d'un modèle intrapsychique du fonctionnement mental inspiré notamment des contributions théoriques de Mélanie Klein. En développant les idées de Freud, Mélanie Klein propose une théorie des relations d'objets qui place au cœur de l'expérience subjective du nourrisson sa *perception* des relations. Cette perception active ses pulsions (libido et agressivité) en fonction des expériences agréables ou frustrantes avec l'objet. Klein aborde ces pulsions en termes de pulsion de vie et pulsion de mort. La destructivité qui émane de la pulsion agressive (pulsion de mort) suscite de l'angoisse chez l'enfant, qui s'en défend grâce à des mécanismes de défense, principalement le clivage (Klein, 1940). Il en résulte des perceptions clivées, et donc déformées par l'intensité des pulsions (objet idéal/objet persécuteur) qui viennent constituer par un processus d'intériorisation la base du soi (c'est-à-dire ses identifications).

La personnalité borderline résulte d'une cristallisation de ce processus, où la pulsion agressive ne peut être intégrée au reste de la structure identitaire, car elle est perçue comme dangereuse et menaçante. Autrement dit, l'individu doit protéger de sa colère les bons objets internes (ses identifications positives), car il a la perception que celle-ci a le potentiel de les détruire. La gestion pathologique de l'hostilité devient donc une cible primordiale du traitement, car ce clivage provoque une oscillation constante entre une perception teintée par des sentiments de rage associés aux objets persécuteurs et une position d'idéalisation passive associée aux objets idéaux (Kernberg, 2019). Le traitement consiste, ultimement, à interpréter le clivage dans le but de favoriser la tolérance à

l'ambivalence, et ainsi permettre à l'hostilité pathologique d'être absorbée et intégrée (Kernberg, 2018).

Kernberg (1988) reconnaît le rôle du trauma dans le développement d'une identité diffuse et du TPB, mais ce n'est pas l'essence du problème dans un modèle qui met l'accent sur les déterminants internes du fonctionnement psychologique. Le trauma est considéré dans la mesure où il contribue à accentuer l'agressivité perçue qui est susceptible de détruire les bons objets internes. L'effet psychopathogène du trauma, ou la souffrance d'être traumatisé, est donc relégué au second plan, derrière la destructivité, avec pour conséquence une psychologie à « une personne », où le symptôme est conçu comme le résultat d'un conflit inconscient, interne. Autrement dit, dans cette formulation, l'objet ne « blesse » pas directement, il provoque de l'hostilité qui doit être gérée par des processus psychologiques qui finissent par affaiblir et diviser la personnalité. Pour ces raisons, plusieurs auteurs du courant relationnel sont d'avis que le trauma ne peut être compris et défini que dans un modèle de psychologie « à deux personnes » (Dalenberg et al., 2017).

3. Modèle relationnel de la diffusion identitaire

3.1 Psychologie « à deux personnes »

Contrairement aux approches psychanalytiques traditionnelles, dont le modèle de Kernberg fait partie, qui suggèrent que les motivations inconscientes (c'est-à-dire la configuration des pulsions agressives et libidinales) déterminent les fondements de l'organisation psychologique, les approches relationnelles accordent un rôle plus central au soutien de l'environnement dans l'établissement du soi (Mitchell, 2014). Les avancées théoriques et empiriques issues des études sur l'attachement ont mis en évidence l'aspect

relationnel intrinsèque aux motivations humaines (Greenberg et Mitchell, 1983). Dès les premiers mois de vie, les comportements de l'enfant (pleurer, sourire, sucer, attraper, suivre) sont orientés vers la figure d'attachement, en vue de rechercher et maintenir la proximité à celle-ci (Bowlby, 1988). Son sentiment de sécurité et son état de bien-être général dépendent de la disponibilité de la figure d'attachement et d'un soutien émotionnel adapté à ses besoins (par exemple : sécurité, proximité, communication, reflet/miroir, etc.; Fonagy et al., 2002). En ce sens, les émotions primaires de l'enfant telles que la tristesse, la joie, la colère ou la peur jouent un rôle fondamental dans l'activation des comportements (par exemple : pleurs, sourire, etc.) qui signalent ses besoins d'attachement (Izard, 1977).

Son appareil mental étant encore immature, les émotions lui apparaissent d'abord sous une forme indifférenciée, intense et concrète, donc proche des composantes somatique et comportementale de l'expérience affective (Lecours, 2021). Les processus de régulation dyadiques mis en place entre l'enfant et sa figure d'attachement, notamment l'action de l'adulte de refléter, valider et reconnaître les états internes de l'enfant va graduellement lui permettre de transformer les dimensions concrètes et physiques de l'affect en expérience mentale, abstraite, et ce en parallèle du développement de ses capacités représentationnelles (Fonagy et al., 2002). Cette transformation va apporter une dimension « tolérable » aux affects et contribuer à la création de représentations symboliques des émotions facilitant leur intégration au sens de soi. Une absence de réponse ou une réponse inadaptée aux besoins affectifs de l'enfant entraînera des souffrances relationnelles spécifiques ainsi que des dysfonctions majeures au niveau de sa régulation psychologique ultérieure, et compromettra l'établissement des liaisons nécessaires à l'intégration des expériences affectives au sens de soi (Hill, 2015; Fonagy et al., 2002).

3.2 Incidence du trauma relationnel dans le TPB

L'adversité relationnelle a donc un impact déterminant sur le fonctionnement identitaire puisque les expériences de frustrations n'ont pas seulement pour conséquence d'activer la pulsion agressive, mais également d'autres émotions associées aux besoins d'attachement. Par exemple, les manifestations de peur indiquent un besoin de sécurité alors que la tristesse est associée aux besoins de proximité et de réconfort (Izard, 1977). La colère témoigne de besoins de protection et d'affirmation de soi, et la honte relève des besoins de validation et d'acceptation par les autres (Izard, 1977). Dans cette optique, il peut y avoir plusieurs émotions ressenties simultanément en réponse à des événements relationnels éprouvants. Les expériences de pertes précoces ou d'abandon, les comportements dénigrants ou critiques, la négligence ou le manque de protection parentale, sont tous des exemples d'événements relationnels éprouvants qui génèrent des vécus de souffrance psychologique, d'anxiété extrême, de rage ou de honte (Hill, 2015; Trumbull, 2003; Milot et al., 2021). En l'absence de soutien, l'intensité de ces émotions peut rapidement mener à un débordement affectif qui relève du trauma, et qui est géré par « coupure » de ce qui est trop intense (détachement et compartimentation de la dissociation; Bromberg, 2008, 2010, 2011; Dohary et al., 2017; Howell, 2020; Howell et Itzkowitz, 2016; Liotti, 2004; Putman, 1997).

Un historique de traumas relationnels est plus fréquent dans le TPB que dans les autres troubles de personnalité (Bozzatello et al., 2021), et représente 30% à 90% des patients borderline rencontrés en clinique (MacIntosh et al., 2015). Le TPB est également fortement associé à la présence d'un attachement insécuré dans l'enfance (type ambivalent ou désorganisé; Barone et al., 2011; Fonagy et al., 1996; Liotti, 2013), celui-ci étant

souvent une conséquence d'abus ou de négligence marquée au sein de la famille (Kroll, 1993; Zanarini et al., 1997, 2002; Zanarini et Frankenburg, 1997). Les expériences de maltraitance infantile ne se limitent pas seulement aux formes sévères d'abus sexuels et physiques. La répétition d'interactions toxiques auprès du parent, telles que des critiques excessives, un renversement de rôles ou de l'invalidation systématique, peut également contribuer au développement de traumatismes relationnels (Lyons-Ruth et Spielman, 2004).

Par ailleurs, ce ne sont pas toutes les victimes d'abus durant l'enfance qui développent le TPB et ce ne sont pas toutes les personnes qui ont le trouble qui ont vécu des abus. Plusieurs facteurs de risque et de protection sont donc impliqués dans l'émergence d'un TPB. Néanmoins, les expériences de stress relationnel restent associées aux manifestations principales de la pathologie (Powers et al., 2013). En effet, l'absence de soutien (ou la perception de son absence), les conflits interpersonnels, les critiques ou le jugement des autres ainsi que les expériences de perte relationnelle ou de rejet déclenchent généralement chez l'individu borderline l'activation d'états émotionnels extrêmes et labiles, souvent accompagnés d'une angoisse d'abandon et d'une menace d'effondrement du soi (Howell et Blizard, 2009). L'irruption chronique de ces états traumatiques relationnels semble participer aux perturbations identitaires manifestes du trouble.

4. L'identité diffuse : dysphorie chronique et anxiété relationnelle extrême

Kernberg relève judicieusement la présence d'une colère extrême dans le TPB qu'il associe à une gestion pathologique de la pulsion agressive. En revanche, les émotions

vécues lors d'expériences de pertes relationnelles précoces (tristesse, douleur psychique, solitude) ou de trauma relationnel (honte, anxiété extrême, angoisse d'abandon) ne figurent pas au centre de sa formulation. Pourtant, dans la personnalité borderline, l'expérience de soi et des autres est marquée par ces vécus émotionnels intenses et douloureux. Une investigation empirique menée par Wilkinson-Ryan et Westen (2000) a notamment permis d'identifier que la douleur psychique est un attribut spécifique de la diffusion identitaire dans le TPB, et distingue celui-ci d'autres troubles de personnalité. Les auteurs ont donné le nom d'incohérence douloureuse à cette facette de l'identité diffuse qui correspond à un sentiment indéterminé de sa propre personne, accompagné d'un sentiment de vide, d'un manque de continuité et de cohérence dans l'expérience du soi et d'une peur de la fin de l'existence personnelle dans le cas où une relation proche venait à finir.

Ces résultats sont en continuité avec des propositions théoriques qui placent l'expérience d'une dysphorie chronique au cœur de la diffusion identitaire et du TPB en général (Liotti et Farina, 2016; Meares, 1999; Westen et Cohen, 1993; Zanarini et al., 1998). La version révisée du DSM-5 met en évidence cette dimension subjective de l'identité diffuse en soulignant le désarroi et la souffrance qui accompagnent l'incohérence du sens de soi dans le TPB (critère 3; APA, 2022). Les versions précédentes du DSM mettaient plutôt l'accent sur le manque d'engagement comme manifestation principale d'une perturbation identitaire (APA, 2000, 2013). Ce changement témoigne d'une reformulation du construit afin d'inclure la souffrance psychologique et le sentiment douloureux d'incohérence comme caractéristiques centrales et distinctives d'une identité pathologique dans le TPB.

Une extrême difficulté à réguler les états de honte est également présente dans le

TPB (Brown et Dahlin, 2017; Cameron et al., 2020) et plusieurs études ont démontré que l'instabilité identitaire y est essentiellement caractérisée par des évaluations excessivement négatives et très peu d'attributs positifs (Gad et al., 2019; Vater et al., 2015; Zanarini et al., 1998). Une étude expérimentale a d'ailleurs démontré que les personnes borderline ne présentaient pas de pensées dichotomiques ou de représentations clivées à propos des évaluations interpersonnelles. À l'inverse, leurs évaluations étaient aussi complexes que celles d'une population non clinique (Sieswerda et al., 2013). Or, ce qui distinguait les évaluations des patients borderline était leur plus grande négativité, qui elle était reliée à des schémas spécifiques (interpersonnels) et à des expériences traumatiques dans l'enfance (Sieswerda et al., 2013).

Il n'y aurait donc pas que la colère extrême qui serait problématique dans la personnalité borderline; d'autres émotions vives vécues sous le couvert de traumas relationnels ou de pertes relationnelles précoces contribueraient à l'expérience d'une identité diffuse. Le clivage, dérivé d'un modèle de psychologie à « une personne », ne peut rendre compte de l'instabilité typique du borderline, caractérisée par une oscillation douloureuse entre différents états affectifs à vif. Une perspective qui envisage les perturbations majeures du TPB sous l'angle d'un mode durable de régulation post-traumatique des affects et des états du soi en réponse au trauma relationnel entraîne une révision des mécanismes psychopathologiques impliqués.

5. Contribution de la dissociation à l'identité diffuse

Dès lors qu'il n'y a pas que l'hostilité pathologique qui sollicite une régulation, un autre mécanisme intervient dans la gestion d'un large spectre d'émotions au caractère aversif, intense et douloureux. La dissociation est précisément identifiée parmi les réactions psychologiques les plus fondamentales face au danger ou à des émotions vives, particulièrement utile dans les situations où il est impossible de fuir ou de combattre la menace (Bromberg, 2003, 2006, 2008). En mettant à l'écart l'anxiété extrême ou la souffrance, l'individu peut s'en préserver temporairement et retrouver un sentiment de contrôle. Ce qui fait de la dissociation un mécanisme *actif* de régulation émotionnelle (capacité, aptitude, défense, etc.) qui a pour fonction de ségréger des aspects du fonctionnement mental, généralement intégrés, tels que la cognition, la mémoire, les émotions et les sensations (Herman, 1992). Lorsqu'une personne est exposée régulièrement au trauma relationnel, comme c'est le cas dans une relation d'attachement où les interactions toxiques avec le parent ont lieu à répétition, la dissociation a des répercussions à plus long terme sur le développement identitaire et émotionnel (Liotti, 2004, 2006).

Dans ce contexte, les défenses dissociatives sont recrutées au service d'une adaptation identitaire et émotionnelle de l'enfant au caractère irrégulier, imprévisible et contradictoire d'un attachement traumatique (Herman, 1992; Howell, 2020). Plus précisément, l'expérience ou l'expression d'émotions qui menacent le lien d'attachement a pour conséquence d'induire une anxiété sévère (débordement affectif) qui est gérée par les mécanismes dissociatifs afin de désamorcer l'intensité de l'expérience émotionnelle et éviter un effondrement du système parasympathique (Sullivan, 1959). En se détachant ou en niant son expérience émotionnelle, il est possible pour l'enfant de retrouver un semblant

de stabilité et de cohérence, ainsi que de préserver le lien d'attachement. Toutefois, l'évitement continu de la souffrance psychique empêche l'intégration de ces expériences au flot habituel de la conscience et celles-ci risquent d'y faire intrusion par moment, l'envahissant parfois totalement.

La phénoménologie du TPB illustre bien la réémergence d'expériences traumatiques relationnelles sous une forme brute et non régulée. En effet, au cours d'une journée, l'individu borderline peut être sujet à des changements rapides de son humeur en réaction aux stimuli interpersonnels, ceux-ci étant le plus souvent caractérisés par des états dysphoriques. Ces changements s'accompagnent de fluctuations dans la perception de soi qui peut rapidement basculer vers une vision extrêmement négative de soi. Par exemple, une critique d'un proche peut être vécue de façon concrète comme une preuve irréfutable de l'absence de valeur de l'individu, et entraîner une cascade de réactions psychologiques et physiologiques incontrôlables d'une souffrance à vif (« Je suis mauvais, tout le monde me perçoit ainsi et je ne mérite pas de vivre »). L'intensité émotionnelle qui accompagne ces états ne relève pas de la situation actuelle (par exemple : la critique du proche), elle correspond davantage à une reviviscence traumatique de contextes relationnels passés dans lesquelles l'individu a été soumis, par exemple, à un traitement abusif.

Ce dernier point traduit comment la mise à l'écart des états affectifs douloureux nuit aux processus d'élaboration et de symbolisation nécessaires à la régulation des états émotionnels et leur intégration au sens de soi, et contribue à la formation d'une identité diffuse. En effet, les mémoires traumatiques ne sont pas encodées comme le seraient normalement celles d'un adulte, soit en fonction d'un narratif linéaire assimilé à l'histoire personnelle de la personne (Herman, 1992). La dissociation fait en sorte que ces mémoires

sont dénuées de contexte et d'un ancrage narratif verbal, et sont plutôt encodées sous une forme non verbale, soit à titre d'image, de sensation ou de comportements (van der Kolk, 1994). Ce qui maintient les états dissociés dans une forme brute, dérégulée et non verbalisée (ou non formulée selon la formulation de Stern, 2018).

Howell et Blizard (2009), dans leur proposition de remplacer le TPB par une nouvelle formulation diagnostique (syndrome de trauma relationnel chronique), souhaitent porter l'attention sur le rôle des processus dissociatifs dans l'étiologie et la phénoménologie du trouble. À leur avis, l'instabilité générale du TPB reflète précisément la configuration fragile d'états de soi dissociés et organisés en fonction de l'affect. Les éprouvés subjectifs dangereux participeraient à une expérience chaotique et incohérente du soi, chargée d'affects intenses et douloureux. Contrairement à la logique binaire du clivage, les états de soi dissociés peuvent impliquer différentes émotions et façons d'être, en ne se limitant pas exclusivement à deux pôles de l'expérience affective (c'est-à-dire l'idéalisation passive et la dévalorisation agressive) qui correspond au mode relationnel victime/agresseur.

6. Limites du clivage dans l'explication de la diffusion identitaire

Le mécanisme du clivage rencontre donc des limites conceptuelles lorsqu'il est question d'expliquer la présence d'affects douloureux (par exemple: souffrance psychique, honte vécue à des niveaux traumatiques ou anxiété d'abandon) contribuant à l'identité diffuse et qui ne sont pas organisés en fonction de l'agressivité pathologique. Ces limites sont inhérentes à une formulation intrapsychique du fonctionnement identitaire qui ne tient pas suffisamment compte de l'impact du trauma et de l'importance des besoins

d'attachement dans le développement psychologique. Bien que les tenants de l'école des relations d'objets utilisent les deux termes de façon synonymique, la dissociation ne peut être expliquée par le clivage (O'Neil, 2009). D'une part, le clivage réfère à une division en deux polarités (par exemple : bon-mauvais, blanc-noir), alors que la dissociation implique une multitude de formes de coupure d'états qui ne sont pas nécessairement déterminés en fonction de leur valence. Par exemple, Ryle (1997) propose différents types de patrons relationnels organisant les états dissociés dont celui de la désorganisation affective en réponse à un autre qui est rejetant, critique ou indisponible, ou encore se sentir vide face à un autre qui est menaçant ou absent.

D'autre part, le clivage tel que défini par Kernberg implique la séparation entre des représentations de soi et de l'objet selon qu'elles soient « toutes bonnes » ou « toutes mauvaises », tandis que la dissociation ne se restreint pas au domaine idéationnel. Elle s'applique à tout état dispositionnel de l'individu ou à une constellation d'états tels que des traits, des aptitudes ou même l'identité d'un alter ego (Ross, 2000). Par exemple, la mémoire procédurale peut être dissociée de la mémoire déclarative. Une femme qui n'a jamais aimé son oncle et évitait tout contact avec lui découvre qu'elle a été sexuellement abusée par ce dernier, et qu'elle présentait une amnésie fonctionnelle. La signification de ces événements a été préservée alors que les références linguistiques étaient perdues (Chefetz, 2000). La dépersonnalisation est un autre exemple des coupures engendrées dans l'expérience par les processus dissociatifs, cette fois en exerçant une séparation entre la perception et l'émotion (Chefetz, 2015). La dépersonnalisation survient en réaction à une extrême dérégulation émotionnelle, le plus souvent déclenchée par des niveaux catastrophiques de peur, où paradoxalement, la personne n'a pas conscience de son état,

celle-ci se sentant détachée et déconnectée de ses sensations physiques (Sierra et al., 2002).

Le clivage peut également être conceptualisé comme une forme de dissociation. Les états de soi associés à la colère et l'agressivité sont dangereux en contexte relationnel et provoquent une anxiété d'abandon, ce qui déclenche les processus dissociatifs en vue de désamorcer l'anxiété, et fait en sorte que les états qui y sont associés soient désavoués ou sujets au déni (Chefetz, 2015, 2017; Howell et Blizard, 2009; Howell, 2022). L'explication dissociative est donc plus englobante en permettant d'intégrer la fonction de protéger le « bon objet », c'est-à-dire le lien d'attachement, que l'on peut reformuler par le besoin de réduire la peur ou l'anxiété d'abandon. En écartant les états associés à la colère, ceux-ci maintiennent leur forme concrète et vont s'exprimer de façon non symbolique (mode d'équivalence psychique), ce qui renforce la crainte de détruire le « bon objet » et le recours aux processus dissociatifs pour désamorcer l'intensité de l'expérience émotionnelle et préserver le lien d'attachement.

7. Implications cliniques

La dissociation permet ainsi d'envisager qu'il existe des avenues de changement de la PI autres que l'interprétation du clivage. En ce sens, les interventions qui ciblent l'intégration de parties de soi dissociées ou encore l'impact de processus communs qui transcendent les approches pourraient contribuer à réduire la perturbation identitaire. À cet égard, le modèle de traitement de la PFT n'est pas uniquement centré sur l'interprétation du clivage. Celui-ci comprend d'autres techniques thérapeutiques, telles que la validation émotionnelle, la clarification ou la confrontation, dont l'impact semble être minimisé sur le plan conceptuel (Yeomans et al., 2015). D'ailleurs, la PFT contribue également à réduire

significativement les symptômes dissociatifs chez les patients TPB, sans toutefois que la dissociation ne constitue a priori une cible du traitement (Spinhoven et al., 2006). Ce qui semble suggérer que différents mécanismes sont à l'œuvre dans la réduction de la dissociation et ceux-ci pourraient également avoir un impact sur la PI.

Ceci ouvre la porte conceptuellement à considérer d'autres modèles d'interventions psychanalytiques ou autres, susceptibles de contribuer au traitement de cet enjeu clinique central du TPB (Brand et al., 2022; Chefetz, 2015; Herman, 1992; Meares, 2012b; Ryle 1997; Howell, 2020; van der Hart et al., 2006; Steele et al., 2017). À titre d'exemple, Mosquera et Steele (2017) décrivent plusieurs étapes générales au travail d'intégration des expériences relationnelles traumatiques dans le TPB et à la promotion d'un fonctionnement identitaire intégré et adaptatif. Celles-ci incluent la réduction graduelle de l'internalisation d'un discours toxique, l'identification des déclencheurs menant aux épisodes de dérégulation émotionnelle et leur association aux événements traumatiques passés, et la prise de contact avec les états internes auparavant évités (phobie des affects). Certains traitements spécifiques du TPB ont également été élaborés sur la base d'une réduction ou d'une résolution des processus dissociatifs. Par exemple, la thérapie cognitive analytique (CAT) de Ryle et Kerr (2020) vise l'intégration des patrons relationnels réciproques (*reciprocal role procedures*) acquis durant l'enfance, et dont le développement a été compromis dans la personnalité borderline. Ceux-ci incluent des états de soi dissociés en fonction des traumatismes relationnels subis, tels que le mode relationnel abuseur/victime, le mode critique rejetant/critique rejeté ou le mode négligent/négligé (Ryle, 2007; 1997; Golyinka et Ryle, 1999). L'objectif de la thérapie consiste à reformuler ces modes relationnels dans le contexte de l'histoire relationnelle du patient, et ce dans le but de

favoriser l'émergence d'une nouvelle perspective sur soi et sur les autres (Ryle, 1995, Ryle et Kerr, 2020). Le modèle conversationnel de Meares (2012b) est un autre traitement basé sur une formulation du TPB qui met l'accent sur la présence d'une rupture dans les fonctions intégratives du soi. L'intrusion répétée d'expériences relationnelles traumatiques non formulées viendrait compromettre l'émergence d'un sens de soi. Le traitement s'appuie sur une conversation dans laquelle une connexion est créée entre le thérapeute et son patient, par opposition à la déconnexion engendrée par les processus dissociatifs. Ce processus conversationnel permettrait la transformation, la liaison et l'intégration des mémoires traumatiques au flot habituel de la conscience, et ainsi la facilitation de la reconnexion au monde interne du patient.

À l'heure actuelle, les approches disponibles dans le traitement du TPB sont considérées équivalentes, ce qui pourrait suggérer que la résolution de la perturbation identitaire n'est pas l'apanage de la PFT, et que le travail d'intégration identitaire emprunte des trajectoires variées, possiblement par le développement de la mentalisation ou l'apprentissage d'une meilleure régulation des émotions. La mentalisation à cet égard fait partie des facteurs communs impliqués dans le processus de rétablissement conçu largement (Fonagy et Allison, 2014; Luyten et al., 2020). Les interventions psychologiques n'ont pas à cibler spécifiquement la mentalisation, pour que celle-ci participe tout de même au processus de changement (Fonagy et al., 2015). Un contexte relationnel et expérientiel sécuritaire est favorable à l'émergence des capacités de mentalisation, qui à leur tour contribuent à la transformation des états émotionnels douloureux en expériences mentales tolérables et donc intégrables au tissu autobiographique. En ayant accès aux « voix » dissociées du patient (notamment grâce à une meilleure tolérance émotionnelle chez le

patient), le clinicien peut soutenir la construction d'un narratif cohérent qui va permettre de contenir, d'explorer et d'élaborer les états du soi qui étaient tenus à l'écart (« non-soi »), et ainsi les lier à la conscience de soi (Chefetz, 2000, 2017; Chefetz et Bromberg, 2004). Les techniques thérapeutiques favorables à la mentalisation sont variées et peuvent inclure d'encourager l'alliance thérapeutique, offrir de l'espoir et du réconfort, faire des encouragements et des éloges ou encore donner des suggestions et des conseils (Killingmo, 1989; Lecours, 2007).

En présentant une formulation de la perturbation identitaire centrée sur la dissociation de différents états de soi, il est possible d'élargir la vision du changement thérapeutique où virtuellement tout type d'intervention qui vise l'intégration des états dissociés aurait un effet bénéfique sur l'identité. Il n'en demeure pas moins que la réflexion élaborée dans cet article est basée sur des considérations théoriques, celle-ci est donc soumise aux limites inhérentes de son côté spéculatif. Cependant, l'élaboration conceptuelle constitue une première étape qui peut ouvrir de nouvelles avenues pour orienter la recherche empirique, autant au sujet de la PFT en évaluant des mécanismes différents (clivage ou dissociation) qu'en évaluant des interventions qui visent l'intégration identitaire et leur impact sur la PI dans d'autres modèles théoriques. Par exemple, une étude de processus qui investiguerait l'interaction entre les processus de mentalisation et l'intégration identitaire permettrait d'appuyer les idées présentées dans cet article.

8. Conclusion

L'objectif de cet article était de proposer une vision plus large de la diffusion identitaire dans le TPB en soulignant l'apport de la dissociation. Contrairement au

mécanisme du clivage, les processus dissociatifs couvrent l'ensemble des formes de « coupures » manifestes d'une identité pathologique, notamment l'expérience d'une souffrance indifférenciée, l'angoisse d'abandon et la honte vécue à des niveaux traumatiques. L'inclusion de la dissociation à l'explication de la perturbation identitaire ouvre la porte à l'exploration des avenues de recherche et d'intervention autres que l'interprétation du clivage, notamment en mettant de l'avant le rôle des processus d'intégration identitaire qui transcendent les approches thérapeutiques, et dont la mentalisation fait partie.

Références

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed., text revision).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>
- American Psychiatric Association. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder-introduction. *Am J Psychiatry*, 158(2), 1-52.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (5th ed., text revision).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Barber, J. P., Muran, J. C., McCarthy, K. S., Keefe, J. R. et Zilcha-Mano, S. (2021). Research on dynamic therapies. Dans M. Barkham, W. Lutz, et L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th ed., p. 387–419). John Wiley & Sons, Inc.
- Barkham, M. et Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. Dans M. Barkham, W. Lutz, et L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition*, (7th ed., p. 135-189). John Wiley & Sons, Inc.
- Barone, L., Fossati, A. et Guiducci, V. (2011). Attachment mental states and inferred pathways of development in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 13(5), 451–469.
<https://doi.org/10.1080/14616734.2011.602245>

- Bateman, A. et Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.
- Bateman, A., et Fonagy, P. (2006). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 4(2), 244-252.
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *The American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364.
- Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M. et Bellino, S. (2021). The role of trauma in early onset borderline personality disorder: A biopsychosocial perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 721361.
<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2021.721361>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical implication of attachment theory*. Routledge.
- Brand, B. L., Schielke, H. J., Schiavone, F. et Lanius, R. A. (2022). *Finding solid ground: Overcoming obstacles in trauma treatment*. Oxford University Press.

- Briand-Malenfant, R., Lecours, S., et Deschenaux, E. (2012). What does sadness mean to BPD patients?. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 939–955.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.6.939>
- Bromberg, P. M. (1996). Standing in the spaces: The multiplicity of self and the psychoanalytic relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 32(4), 509-535.
- Bromberg, P. M. (2003). Something wicked this way comes: Trauma, dissociation, and conflict: The space where psychoanalysis, cognitive science, and neuroscience overlap. *Psychoanalytic Psychology*, 20(3), 558-574.
- Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Routledge.
- Bromberg, P. M. (2008). “Grown-up” words: An interpersonal/relational perspective on unconscious fantasy. *Psychoanalytic Inquiry*, 28(2), 131-150.
- Bromberg, P. M. (2009). Truth, human relatedness, and the analytic process: An interpersonal/relational perspective. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(2), 347-361.
- Bromberg, P. M. (2010). Minding the dissociative gap. *Contemporary Psychoanalysis*, 46(1), 19-31. <https://doi.org/10.1080/00107530.2010.10746037>
- Bromberg, P. M. (2011). *The shadow of the tsunami: And the growth of the relational mind*. Routledge.
- Brown, G. K., Newman, C. F., Charlesworth, S. E., Crits-Christoph, P. et Beck, A. T. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 257-271.
<https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.257.35450>

- Brown, M. Z. et Dahlin, K. (2017). Dialectical behavior therapy for treating the effects of trauma. Dans S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Trauma practice* (p. 275–294). American Psychological Association.
- Cameron, A. Y., Erisman, S. et Reed, K. P. (2020). The relationship among shame, nonsuicidal self-injury, and suicidal behaviors in borderline personality disorder. *Psychological Reports, 123*(3), 648-659.
<https://doi.org/10.1177/0033294118818091>
- Chefetz, R. A. (2000). Affect dysregulation as a way of life. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 28*(2), 289-303.
- Chefetz, R. A. (2015). *Intensive psychotherapy for persistent dissociative processes: The fear of feeling real*. W. W. Norton et Company.
- Chefetz, R. A. (2017). Hysteria and dissociative processes: A latent multiple self-state model of mind in self psychology. *Psychoanalytic Inquiry, 37*(2), 82-94.
- Chefetz, R. A., et Bromberg, P. M. (2004). Talking with “me” and “not-me”: A dialogue. *Contemporary Psychoanalysis, 40*(3), 409-464.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. et Kernberg, O. F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: Rationale, methods, and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders, 18*(1), 52-72. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.52.32769>
- Clarkin, J., Levy, K., Lenzenweger, M. et Kernberg, O. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American*

Journal of Psychiatry, 164(6), 922-928.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.6.922>

Cuijpers, P. (2016). Are all psychotherapies equally effective in the treatment of adult depression? The lack of statistical power of comparative outcome studies.

Evidence Based Mental Health, 19(2), 39-42. <https://doi.org/10.1136/eb-2016-102341>

Dalenberg, C. J., Straus, E. et Carlson, E. B. (2017). Defining trauma. Dans S. N. Gold (Ed.), *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge, Vol. 1* (p. 15-33). American Psychological Association.

Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H. et Palmer, S. (2006).

The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: Results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of Personality Disorders*, 20(5), 450-465. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.5.450>

Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P. et Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389-395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177>

Dorahy, M. J., McKendry, H., Scott, A., Yogeewaran, K., Martens, A. et Hanna, D. (2017). Reactive dissociative experiences in response to acute increases in shame feelings. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 75-85.

<https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.11.007>

- Fonagy, P. et Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380.
<https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. et Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. et Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22–31. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.1.22>
- Fonagy, P., Luyten, P. et Bateman, A. (2015). Translation: Mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(4), 380–392. <https://doi.org/10.1037/per0000113>
- Fonagy P., Target M., Gergely G., Allen J.G. et Bateman A.W. (2003) The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: a theory and some evidence. *Psychoanal Inq.* 23, 412–459.
<https://doi.org/10.1080/07351692309349042>
- Gad, M. A., Pucker, H. E., Hein, K. E., Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M. et Zanarini, M. C. (2019). Facets of identity disturbance reported by patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 20 years of prospective follow-up. *Psychiatry Research*, 271, 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.psychres>

- Golynkina, K. et Ryle, A. (1999). The identification and characteristics of the partially dissociated states of patients with borderline personality disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 429–445. <https://doi.org/10.1348/000711299160103>
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. et Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649-658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
- Greenberg, JR et Mitchell, SA. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gratz, K. L. et Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37(1), 25-35. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.03.002>
- Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A. et Linehan, M. M. (2009). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, S(1), 35-45. <https://doi.org/10.1037/1949-2715.S.1.35>
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. et Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W W Norton & Co.

- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Hill, D. (2015). *Affect regulation theory: A clinical model*. WW Norton & Company.
- Howell, E. F. (2013). *The dissociative mind*. Routledge.
- Howell, E. (2020). *Trauma and dissociation informed psychotherapy: Relational healing and the therapeutic connection*. WW Norton & Company.
- Howell, E. (2022). Philip Bromberg and the revolution about dissociated self-states. *Contemporary Psychoanalysis*, 58(2-3), 299-309.
- Howell, E. F. et Blizard, R. A. (2009). Chronic relational trauma disorder: A new diagnostic scheme for borderline personality and the spectrum of dissociative disorders. Dans P. F. Dell et J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (p. 495-510). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Howell, E. F. et Itzkowitz, S. (2016). The everywhere-ness of trauma and the dissociative structuring of the mind. Dans E.F. Howell et S. Itzkowitz (Eds.), *The dissociative mind in psychoanalysis* (p. 33-43). Routledge.
- Izard, C., E. (1977). *Human emotions*. New York. Plenum Press.
- Jørgensen, C. R. (2006). Disturbed sense of identity in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 618-644.
- Jørgensen, C. R. (2010). Invited essay: Identity and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 344-364.
- Jørgensen, C. R. et Bøye, R. (2022). How does it feel to have a disturbed identity? The phenomenology of identity diffusion in patients with borderline personality disorder: A qualitative study. *Journal of Personality Disorders*, 36(1), 40-69.

- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organisation. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Rowman & Littlefield.
- Kernberg, O. F. (1988). Interview with the developer of an object relations psychoanalytic therapy for borderline disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 52(2), 191-201.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: recent findings and clinical implications. *The Psychoanalytic Quarterly*, 75(4), 969-1004. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00065.x>
- Kernberg, O. F. (2012). *The inseparable nature of love and aggression: Clinical and theoretical perspectives*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Kernberg, O. F. (2018). *Treatment of severe personality disorders: Resolution of aggression and recovery of eroticism*. American Psychiatric Association Publishing.
- Kernberg, O. F. (2019). Therapeutic implications of transference structures in various personality pathologies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 67(6), 951-986.
- Kernberg, O. F. et Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. Dans M. F. Lenzenweger et J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (p. 114–156). The Guilford Press.

- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. et Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(3), 601-620.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 65-79.
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *The International Journal of Psychoanalysis*, 21, 125–153.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., New, A. S., Goodman, M., Silverman, J. et 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.
- van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265.
- Korner, A., Gerull, F., Meares, R. et Stevenson, J. (2006). Borderline personality disorder treated with the conversational model: A replication study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(5), 406-411. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.01.003>
- Korner, A., Gerull, F., Meares, R., et Stevenson, J. (2008). The nothing that is something: Core dysphoria as the central feature of borderline personality disorder. Implications for treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 62(4), 377-394.
- Kroll, J. (1993). *PTSD: Borderlines in therapy: finding the balance*. W.W. Norton.

- Lear, M. K. et Pepper, C. M. (2016). Self-concept clarity and emotion dysregulation in nonsuicidal self-injury. *Journal of Personality Disorders*, 30(6), 813-827.
https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_232
- Lecours, S. (2007). Supportive interventions and nonsymbolic mental functioning. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 895-915.
- Lecours, S. (2021). Élaboration des émotions. Dans R. Miljkovitch et C. Beauvais (Eds). *L'élaboration mentale : comprendre les mécanismes qui sous-tendent la santé mentale* (p.13-23). Elsevier Masson.
- Lecours, S. et Bouchard, M. A. (2011). Verbal elaboration of distinct affect categories and BPD symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 26-41.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F. et Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L. et Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. et Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women

- meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13-26. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00011-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00011-X)
- Lingiardi, V. et McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41(4), 472-486.
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 55-73.
- Liotti, G. (2013). Disorganised attachment in the pathogenesis and the psychotherapy of borderline personality disorder. Dans Danquah AN. et K., Berry (Eds), *Attachment theory in adult mental health: A guide to clinical practice* (p. 113-128). Routledge.
- Liotti, G., et Farina, B. (2016). Painful incoherence: The self in borderline personality disorder. Dans A. Beck (Author) et M. Kyrios, R. Moulding, G. Doron, S. Bhar, M. Nedeljkovic, et M. Mikulincer (Eds.), *The self in understanding and treating psychological disorders* (p. 169-178). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781139941297.018
- Livesley, W. J. (2004). Changing ideas about the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(3), 185-192.
- Livesley, W. J. (2007). An integrated approach to the treatment of personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 131-148.
- Lyons-Ruth, K. et Spielman, E. (2004). Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: integrating attachment research with clinical

- intervention. *Infant Mental Health Journal*, 25(4), 318–335.
<https://doi.org/10.1002/imhj.20008>
- Luyten, P., Campbell, C. et Fonagy, P. (2020). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *Journal of Personality*, 88(1), 88–105.
- MacIntosh, H. B., Godbout, N. et Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 56(2), 227-241.
- Marcus, E. R. (1999). Modern ego psychology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 47(3), 843-871.
- Martel, D. et Lecours, S. (2013). Analyse critique du rôle accordé à l'interprétation du clivage dans la psychothérapie focalisée sur le transfert : Contraste avec le traitement centré sur la mentalisation. *Psychothérapies*, 33(3), 177-194.
- Martin, J. A. et Levy, K. N. (2022). Chronic feelings of emptiness in a large undergraduate sample: Starting to fill the void. *Personality and Mental Health*, 16(3), 190-203. <https://doi.org/10.1002/pmh.1531>
- McLeod, J. et Elliott, R. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 1-10.
- Meares, R. (1999). The contribution of Hughlings Jackson to an understanding of dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1850-1855.
- Meares, R. (2012a). *A dissociation model of borderline personality disorder*. W.W. Norton.

- Meares, R. (2012b). *Borderline personality disorder and the conversational model: A Clinician's Manual*. W. W. Norton & Company.
- Meares, R., Gerull, F., Stevenson, J. et Korner, A. (2011). Is self disturbance the core of borderline personality disorder ? An outcome study of borderline personality factors. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(3), 214-222.
- Meares, R., Stevenson, J. et Comerford, A. (1999). Psychotherapy with borderline patients: I. A comparison between treated and untreated cohorts. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(4), 467-472.
<https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.1999.00594.x>
- Milot, T., Bruneau-Bhérier, R., Collin-Vézina, D. et Godbout, N. (2021). Le trauma complexe : Un regard interdisciplinaire sur les difficultés des enfants et des adolescents. *Revue québécoise de psychologie*, 42(2), 69-90.
- Mitchell, S. A. (2014). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. Routledge.
- Mosquera, D. et Steele, K. (2017). Complex trauma, dissociation and borderline personality disorder: Working with integration failures. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(1), 63-71.
- Munroe-Blum, H. et Marziali, E. (1995). A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9(3), 190-198. <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.3.190>
- Oldham, J. M. (2005). Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *FOCUS*, 3(3), 396-400.
<https://doi.org/10.1176/foc.3.3.396>

- O'Neil, J. A. (2009). Dissociative multiplicity and psychoanalysis. Dans P. F. Dell et J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (p. 287–325). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Powers, A. D., Gleason, M. E. et Oltmanns, T. F. (2013). Symptoms of borderline personality disorder predict interpersonal (but not independent) stressful life events in a community sample of older adults. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*(2), 469.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescent: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Ross, C. A. (2000). *The trauma model*. Richardson: Manitou Communications Inc.
- Ryle, A. (1995). *Cognitive analytic therapy: Developments in theory and practice*. John Wiley & Sons.
- Ryle, A. (1997). The structure and development of borderline personality disorder: A proposed model. *The British Journal of Psychiatry*, *170*(1), 82-87.
<https://doi.org/10.1192/bjp.170.1.82>
- Ryle, A (2007). Investigating the phenomenology of borderline personality disorder with the states description procedure: Clinical implications. *Clin. Psychol. Psychother.* *14*, 329–341.
- Ryle, A. et Golynkina, K. (2000). Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: Factors associated with outcome. *British Journal of Medical Psychology*, *73*(2), 197-210.
- Ryle, A., et Kerr, I. B. (2020). *Introducing cognitive analytic therapy: Principles and practice of a relational approach to mental health*. John Wiley & Sons.

- Scala, J. W., Levy, K. N., Johnson, B. N., Kivity, Y., Ellison, W. D., Pincus, A. L., Wilson, S. J. et Newman, M. G. (2018). The role of negative affect and self-concept clarity in predicting self-injurious urges in borderline personality disorder using ecological momentary assessment. *Journal of Personality Disorders*, 32(Supplement), 36-57.
- Sierra, M., Senior, C., Dalton, J., McDonough, M., Bond, A., Phillips, M. L., O'Dwyer, A. M., et David, A. S. (2002). Autonomic response in depersonalization disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(9), 833-838.
- Sieswerda, S., Barnow, S., Verheul, R. et Arntz, A. (2013). Neither dichotomous nor split, but schema-related negative interpersonal evaluations characterize borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 27, 36-52.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K. et Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 104-115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.104>
- Steele, K., Boon, S. et Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical integrative approach*. New York: WW Norton.
- Stern, D. B. (2018). *The infinity of the unsaid: Unformulated experience, language, and the nonverbal*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429468087>
- Stevenson, J., Meares, R. et D'angelo, R. (2005). Five-year outcome of outpatient psychotherapy with borderline patients. *Psychological Medicine*, 35(1), 79-87. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002788>
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton.

- Trumbull, D. (2003). Shame: an acute stress response to interpersonal traumatization. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 66(1), 53-64.
- Vater, A., Schröder-Abé, M., Weisgerber, S., Roepke, S. et Schütz, A. (2015). Self-concept structure and borderline personality disorder: Evidence for negative compartmentalization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 50-58.
- Wampold, B. et Imel, Z., E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.
- Westen, D. et Cohen, R. P. (1993). The self in borderline personality disorder: A psychodynamic perspective. Dans Z. V. Segal et S. J. Blatt (Eds.), *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives* (p. 334–368). The Guilford Press.
- Westen, D., Moses, M. J., Silk, K. R., Lohr, N. E., Cohen, R. et Segal, H. (1992). Quality of depressive experience in borderline personality disorder and major depression: When depression is not just depression. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 382-393.
- Widiger, T. A. (2011). The DSM-5 dimensional model of personality disorder: Rationale and empirical support. *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 222-234.
- Widiger, T. A. et Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71.
- Wilkinson-Ryan, T. et Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 157(4), 528-541.

- Wilks, C. R., Korslund, K. E., Harned, M. S. et Linehan, M. M. (2016). Dialectical behavior therapy and domains of functioning over two years. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.013>
- Yen, S., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C. et Morey, L. C. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1296-1298. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.7.1296>
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. et Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Zanarini, M. C. et Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11(1), 93-104.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, J., Khera, G. S. et Gunderson, J. G. (1998). The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 6(4), 201-207. <https://doi.org/10.3109/10673229809000330>
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L. et Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101-1106. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1101>

Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F. et

Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 381-387.

Zittel, C., et Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice.

American Journal of Psychiatry, 162(5), 867-875.

Chapitre 3 – Étude de cas empirique

Impact de la mentalisation des émotions sur le sens de soi dans la personnalité borderline : analyses en séries chronologiques d'un processus de psychothérapie psychodynamique.

Lola AHOUNDOVA

Serge LECOURE

Contribution des auteurs :

Lola Ahoundova a fait la recension des écrits, collecté et analysé les données et a rédigé l'article.

Serge Lecours a participé à l'élaboration des stratégies relatives à la recension des écrits, à la collecte, l'analyse et l'interprétation des données, de même qu'il a contribué à la révision du manuscrit.

Résumé

La perturbation identitaire (PI) est une caractéristique diagnostique centrale du trouble de personnalité borderline (TPB). Une facette importante de celle-ci concerne la présence d'une souffrance indifférenciée qui s'apparenterait à des états émotionnels peu mentalisés. Ceux-ci peuvent se manifester dans le TPB par une détresse aiguë, des épisodes de colère extrême, de la honte vécue à des niveaux traumatiques ou une anxiété d'abandon chronique. À ce jour, il n'existe pas d'études ayant investigué la relation entre les émotions peu mentalisées et la PI. La mentalisation est toutefois considérée comme un processus essentiel dans l'établissement d'une structure identitaire stable, et certains auteurs postulent qu'un échec des processus de mentalisation contribue à la formation d'une identité instable. Cette étude s'inscrit dans une volonté de combler l'absence de connaissances empiriques au sujet des mécanismes psychopathologiques à l'œuvre dans le développement et le maintien de la PI. Une étude empirique au devis à cas unique longitudinal a été réalisée afin de permettre l'examen intensif des processus cliniques et des mécanismes de la psychopathologie. L'objectif de cette étude était donc de nature exploratoire et visait l'exploration de l'association entre le niveau de mentalisation de diverses émotions spécifiques et la PI au sein d'une psychothérapie psychodynamique d'une patiente ayant un TPB échelonnée sur une période d'un an. Des méthodes d'analyses du discours ont été employées afin de quantifier le niveau et la qualité de l'élaboration émotionnelle de la patiente ainsi que le degré d'intégration identitaire présent au cours des séances de psychothérapie. Des corrélations-croisées ont été effectuées à l'aide de la méthode Simulation Modeling Analysis (SMA) afin de déterminer si l'augmentation de l'intégration identitaire est associée (lag 0), ou précédée (lag 1) d'une amélioration du

niveau de mentalisation de diverses émotions spécifiques (tristesse, colère et anxiété). L'analyse de la honte a dû être abandonnée, car celle-ci a été peu verbalisée dans le discours de la participante. Les résultats indiquent que seule la mentalisation de la tristesse est associée à une meilleure intégration de l'identité, et que les processus de mentalisation et d'intégration identitaire évoluent conjointement dans le temps. Il semble ainsi que le type de souffrance générée par une tristesse peu mentalisée est la plus associée à la PI. Par conséquent, on peut spéculer qu'une tristesse moins bien mentalisée semble être associée à une mise à l'écart de parties de soi, processus à la base de la PI. Les résultats de l'étude semblent donc suggérer que la mentalisation de la souffrance associée à une perte est l'expérience la plus liée aux enjeux identitaires.

Mots-clés : Perturbation identitaire, trouble de personnalité borderline, mentalisation des émotions, psychothérapie psychodynamique, étude de cas empirique.

1. Introduction

La perturbation identitaire (PI) figure parmi les caractéristiques diagnostiques centrales du trouble de personnalité borderline (TPB) dans le DSM-5-TR (American Psychiatric Association [APA], 2022). Celle-ci se manifeste par une instabilité marquée et persistante de l'image et du sens de soi, souvent accompagnée d'une autocritique excessive et d'un sentiment d'être intrinsèquement mauvais (APA, 2022). L'incapacité de maintenir des représentations stables et cohérentes de soi jouerait un rôle crucial dans le développement et le maintien du TPB (Bender et Skodol, 2007; Jørgensen, 2006; Meares et al., 2011), justifiant l'importance de cibler cet aspect lors du traitement (Kernberg, 1967, 1976; Kernberg et Caligor, 2005). La PI est également associée à la sévérité et à la persistance de symptômes majeurs du trouble, dont l'instabilité émotionnelle, les relations interpersonnelles chaotiques, l'impulsivité et les comportements autodestructeurs (Bender et Skodol, 2007; Levy et al., 2006; Sollberger et al., 2012; Yen et al., 2004).

Une étude empirique menée par Wilkinson-Ryan et Westen (2000) a démontré qu'une souffrance psychologique issue d'un sentiment d'incohérence personnelle caractérisait principalement la PI au sein du TPB et distinguait celui-ci d'autres troubles de personnalité. Ces résultats s'accordent avec d'autres études qui identifient la présence d'une intense souffrance psychologique au cœur de l'expérience d'un soi instable ou fragmenté et du TPB en général (Korner et al., 2008; Meares et al., 2011; Zanarini et al., 1998; Zittel et Westen, 2005), ainsi qu'à certains modèles explicatifs du trouble, dont le modèle conversationnel (Meares, 2012) et le modèle multifactoriel (Zanarini et Frankenburg, 2007). Plusieurs auteurs ont tenté de traduire le nœud de cette souffrance, en employant des termes tels que « dysphorie chronique », « souffrance indifférenciée »,

« douleur psychique », « dépression atypique » ou « incohérence douloureuse » (Lecours, 2021; Silk, 2010; Westen et al., 1992; Wilkinson-Ryan et Westen, 2000; Zannarini et Frankenburg, 2007). À des fins de clarté, la souffrance est abordée dans cet article comme « (...) un état émotionnel désagréable excessivement intense ou prolongé » (Lecours, 2016, p.237). Cette définition implique que tout type d'émotion négative peut être source de souffrance ou de douleur psychologique.

Une façon de conceptualiser la détresse subjective relevée au sein de la PI et du TPB provient de travaux psychanalytiques contemporains qui la présentent comme l'expression d'émotions négatives spécifiques non mentalisées (Briand-Malenfant et al., 2012; Lecours et Bouchard, 2011). En effet, l'apport des processus de mentalisation est jugé essentiel à la transformation des composantes somatiques et corporelles de l'affect en expérience mentale tolérable (Lecours et Bouchard, 1997). À l'opposé, une précarité de ces processus se traduit par des vécus émotionnels entiers, concrets et douloureux (équivalence psychique; Fonagy et al., 2003) dont l'intensité concorde avec la force des états dysphoriques décrits dans le TPB.

Ainsi, les épisodes de colère extrême, de honte vécue à des niveaux traumatiques, d'anxiété d'abandon chronique ou de détresse indifférenciée reflèteraient chez l'individu TPB une fragilité dans l'acquisition des processus de mentalisation. Les approches centrées sur la mentalisation stipulent qu'une robustesse des processus de mentalisation participe également à l'émergence d'une identité stable et cohérente, en permettant l'appropriation et l'intégration du vécu émotionnel au sens de soi (Bateman et Fonagy, 2016; Fonagy et al., 2002). Conformément à cette hypothèse, la présence d'états émotionnels non

mentalises nuit à l'établissement d'une structure identitaire stable, et génère plutôt une expérience de soi confuse, fragmentée et souvent douloureuse.

Dans le même ordre d'idées, plusieurs modèles thérapeutiques conçus pour traiter le TPB visent l'amélioration d'aspects de la mentalisation et de la régulation des émotions négatives, et postulent une incidence positive de ces processus sur l'identité. Le traitement focalisé sur le transfert (Yeomans et al., 2015), le traitement centré sur la mentalisation (Bateman et Fonagy, 2016) et la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993) ont tous fait l'objet d'études contrôlées randomisées qui ont démontré leur efficacité quant à l'amélioration de la régulation émotionnelle (Clarkin et al., 2007; Neacsiu et al., 2010), de la cohérence identitaire (Doering et al., 2010; Levy et al., 2006; Sollberger et al., 2015) et des niveaux de fonction réflexive (qui correspond à la définition opérationnelle de la mentalisation; De Meulemeester et al., 2018; Levy et al., 2006). En revanche, les processus thérapeutiques impliqués dans l'émergence d'une identité stable n'ont pas encore été identifiés ni étudiés sur le plan empirique.

L'objectif de cette étude est donc de nature exploratoire et constitue une première tentative d'étudier des processus cliniques exerçant une influence sur la PI. Plus spécifiquement, il s'agit d'examiner si l'amélioration de la qualité de la mentalisation au sujet d'émotions négatives spécifiques a une incidence positive sur l'intégration identitaire, et ce dans le cadre d'une psychothérapie d'approche psychanalytique d'une personne souffrant d'un TPB.

1.1 Perturbation de l'identité : conséquence d'une souffrance indifférenciée

Le sentiment d'incohérence personnelle rapporté par Wilkinson-Ryan et Westen (2000) en tant qu'attribut distinctif de la PI dans le TPB est associé à une détresse

psychologique importante. Cette détresse s'apparente aux états de dysphorie chronique bien documentée dans le TPB et dont la phénoménologie se distingue de la dépression unipolaire (Köhling et al., 2015; Levy et al., 2007). Ceux-ci incluent un sentiment de vide et de solitude, une négativité diffuse et labile (dont la colère, l'anxiété et le désespoir), une peur de l'abandon et des préoccupations interpersonnelles (Köhling et al., 2015; Leichsenring, 2004; Westen et al., 1992). Ces attributs relèveraient davantage de la PI que des problèmes interpersonnels ou de régulation affective également caractéristiques du TPB (Levy et al., 2007; Rogers et al., 1995; Southwick et al., 1995; Westen et al., 1992). En ce sens, Sollberger et ses collaborateurs (2012) ont démontré que plus la PI était élevée dans le TPB, plus la présence d'affects négatifs était élevée.

La version révisée du DSM-5 qualifie également de « douloureux ou effrayant » les états qui accompagnent l'instabilité du sens de soi (APA, 2022). Une révision qui reflète un changement dans la compréhension du construit puisque les versions antérieures du DSM plaçaient plutôt l'accent sur un manque d'engagement dans les buts, les valeurs et les aspirations vocationnelles comme caractéristique principale de la PI (APA, 2000, 2013). La reconnaissance d'une souffrance marquée au sein de la PI est en continuité avec les modèles psychanalytiques du TPB qui associent à un sens de soi instable des éprouvés dysphoriques extrêmes (Fonagy et al., 2002; Jørgensen, 2010; Meares, 2012; Ryle, 1997a).

1.2 États émotionnels associés à la perturbation de l'identité et incidence de la mentalisation

1.2.1 Continuum de la détresse à la tristesse adaptative

L'émotion qui se rapproche le plus du sentiment de vide et des états dysphoriques énoncés ci-dessus (vague douleur psychologique) est la tristesse, celle-ci correspondant à l'expression prototypique de la souffrance en réaction à une perte (Lecours, 2016). Toutefois, les manifestations typiques de la dysphorie dans le TPB évoquent une forme primitive de la tristesse qui s'exprime par de la détresse, que l'on peut reformuler comme l'expression d'une souffrance non élaborée (ou non mentalisée; Lecours, 2016, 2021; Lecours et Bouchard, 2011). En effet, la tristesse dans sa forme achevée nécessite un développement pour parvenir à actualiser ses fonctions adaptatives dans la vie de l'adulte (Tomkins, 1963). Contrairement à la détresse qui s'exprime de façon urgente et ne peut être tolérée très longtemps, la tristesse adaptative favorise l'introspection, le changement, la réflexion et plus fondamentalement, mobilise les ressources internes de l'individu nécessaires au travail de deuil (Lecours, 2021). La détresse peut être considérée comme un précurseur de la tristesse adaptative. Cette dernière équivaut à une souffrance suffisamment élaborée et contenue (mentalisée) pour être au service de l'individu. Ces différences impliquent qu'il existe différentes « qualités » de souffrance liées à une perte que l'on peut placer sur un continuum allant de la détresse à la tristesse adaptative.

Une formulation de la mentalisation axée sur un travail d'élaboration des émotions s'arrime à un cadre théorique différent, mais complémentaire au modèle de Fonagy qui met l'accent sur un fonctionnement réflexif acquis dans le contexte d'une relation d'attachement sécurisée (Fonagy, 2000). Essentiellement, dans le modèle de Fonagy, la mentalisation est définie comme une habileté ou une capacité qui permet de comprendre sa subjectivité et celle des autres en termes d'états mentaux intentionnels (par exemple : les pensées, les croyances, les émotions, les motivations, les valeurs, les buts, etc.; Fonagy

et al., 2002). Plusieurs des symptômes du TPB sont la manifestation d'une perte du fonctionnement réflexif en contexte de stress relationnel, qui est alors substituée par des processus de mentalisation automatiques, rapides et biaisés, dominés par l'expérience émotionnelle (Luyten et al., 2021)

L'approche adoptée dans cet article aborde une vision plus pointue de la mentalisation qui tire ses origines du champ théorique psychanalytique de la psychosomatique, et fait référence à un travail d'élaboration mentale des expériences émotionnelles (Krystal, 1988; Marty, 1996). Plus précisément, la mentalisation des émotions réfère aux processus mentaux (élaboration, symbolisation, appropriation, intégration, etc.) qui participent à la transformation des voies d'expression somatique et corporelle de l'affect en expérience mentale tolérable, c'est-à-dire contenue et articulée cognitivement (Lecours et Bouchard, 1997). Cette transformation se traduit par la quantité et la qualité des représentations disponibles pour décrire l'expérience affective (Marty, 1996).

À l'opposé, une absence ou une insuffisance de représentations verbales permettant de contenir l'expérience affective est manifeste dans le TPB à travers une souffrance existentielle qui « n'a pas de sens » et la présence d'états émotionnels à vif, extrêmes et labiles (Fonagy et Luyten, 2009). Ceux-ci correspondent à des formes non élaborées des émotions, c'est-à-dire que les émotions demeurent indifférenciées, brutes et concrètes, proches des voies d'expression somatique et corporelle de l'expérience émotionnelle. Ces états sont donc plus difficiles à réguler, car ils sont vécus comme une émotion qui s'impose à la personne, et nécessitent souvent le recours urgent à des moyens de s'en débarrasser (par exemple : abus de substances, sexualité à risque, automutilation, etc.). Typiquement, dans

le TPB, une intrusion constante de ces états caractérise l'expérience émotionnelle qui n'inclue pas seulement des éprouvés de détresse (considérée comme une forme non mentalisée de la tristesse). La souffrance indifférenciée décrite jusqu'à présent dans cet article comprend également d'autres états associés à la PI, dont la colère extrême (critère 8), l'anxiété d'abandon (critère 1) et les épisodes de honte.

1.2.2 Colère extrême

La colère extrême ou l'hostilité est un indicateur diagnostique majeur du TPB (critère 8; APA, 2022) et se retrouve au centre de plusieurs formulations cliniques du trouble (Linehan, 1993; Yeomans et., 2015). Tout comme la tristesse, la colère peut être différenciée en termes d'intensité, de durée et de fréquence (par exemple : irritabilité, rage, hostilité, etc. ; Fernandez et Johnson, 2016). Celle-ci peut donc prendre différentes formes allant d'une colère adaptative (par exemple : affirmation de soi au service de l'individu; Kramer et al., 2016) à des formes moins bien mentalisées, plus destructrices et pathologiques (par exemple : automutilation, agression).

Kernberg (1967, 1985, 2005, 2018) a largement contribué à l'explication de la PI, en plaçant une emphase particulière sur le rôle de l'agressivité pathologique. Selon la formulation de Kernberg, un excès d'agressivité pathologique nuit à l'intégration des représentations positives et négatives de soi et des autres, dont la conséquence se traduirait par la formation d'un syndrome de diffusion identitaire. En se basant sur les principes d'une théorie structurale de la personnalité, Kernberg stipule que la PI (ou syndrome de diffusion identitaire) est le noyau commun à toutes les pathologies graves de la personnalité caractérisées par un mode de fonctionnement borderline (par opposition à l'organisation

névrotique ou psychotique), et dont le TPB est la manifestation prototypique (Kernberg et Caligor, 2005). Le clivage est la manifestation principale de l'identité diffuse et s'exprime par une oscillation constante entre une position d'idéalisation passive et des sentiments de rage et des attitudes revendicatrices (Kernberg, 2006). Ce clivage est instauré dans le fonctionnement identitaire de l'individu dans le but de préserver les représentations positives de soi et des autres de la destructivité qui infuse les représentations négatives (Kernberg, 1967). Il a toutefois pour effet de maintenir la colère dans une forme non modulée et non mentalisée qui transparaît lors de montées de colère soudaine et explosive en réaction à des irritants mineurs ou encore à travers une irritabilité constante ou des comportements violents (critère 8).

La psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT) est un traitement développé par Kernberg et son équipe ayant comme objectif principal d'interpréter le clivage dans le but de résoudre le syndrome de diffusion identitaire (Yeomans et al., 2015). Sommairement, la technique de l'interprétation vise l'intégration des aspects positifs et négatifs de l'expérience subjective en identifiant à répétition la défense (clivage) et en interprétant sa fonction (préserver le bon objet). En appui à ce modèle d'intervention, des données empiriques révèlent que la PFT contribue non seulement à améliorer l'intégration de l'identité, mais également à augmenter les niveaux de fonction réflexive chez les individus ayant un diagnostic de TPB (Levy et al., 2006). Les processus de mentalisation sont donc associés à la résolution de l'identité diffuse, bien que la nature de la relation entre les deux variables reste à être examinée avec plus de précision d'un point de vue empirique. D'un point de vue théorique toutefois, il est postulé qu'une amélioration des niveaux de mentalisation de la colère influencerait positivement le fonctionnement identitaire, en

permettant l'intégration et la transformation d'aspects excessivement négatifs de l'expérience de soi et des autres en une vision plus nuancée et bienveillante (Kernberg, 2018). D'ailleurs, les manifestations de l'agressivité pathologique décrites par Kernberg comme une conséquence du clivage s'apparentent également aux modes de fonctionnement préreflexifs ou non réflexifs décrits dans le modèle de Fonagy. Ceux-ci sont associés aux déficits de mentalisation identifiés dans le TPB, tout particulièrement l'équivalence psychique qui réfère à l'expression d'une perspective unique et concrète (par exemple : une perspective « tout bon » ou « tout mauvais », et que cela; Martel et Lecours, 2013).

L'accent porté sur l'agressivité pathologique dans le modèle de Kernberg est essentiellement d'ordre conceptuel (notamment un ancrage dans les théories kleiniennes; Kernberg, 2006). Alors que l'intérêt d'une approche centrée sur la mentalisation (intégrant ses différentes définitions) est plus général et inclut tout type d'états mentaux (modèle de Fonagy) ou tout type d'émotion (modèle de transformation), ce qui permet d'étendre la compréhension de la PI à d'autres émotions négatives dominantes de l'expérience émotionnelle du TPB, dont l'anxiété de séparation et les épisodes chroniques de honte (Zittel et al., 2006).

1.2.3 Anxiété de séparation

Les contextes de séparation sont vécus par l'individu borderline comme une expérience concrète d'abandon et mènent dans la plupart des cas à des tentatives désespérées de maîtriser l'expérience afin de retrouver un sentiment de sécurité. Ce dernier point est bien illustré par le premier critère diagnostique du trouble dans le DSM : « (...)

efforts effrénés pour éviter un abandon réel ou imaginé. » (APA, 2022, p.2214). Ces comportements sont l'expression d'une extrême anxiété de séparation, qui se manifeste également à travers une hypersensibilité au jugement, à la critique, au rejet ou à toute forme de stress interpersonnel (par exemple : un conflit).

Un attachement insécuré est souvent à la base de l'anxiété de séparation. La prévalence d'un attachement insécuré, particulièrement de type désorganisé, est très élevée dans le TPB (Fonagy et al., 1996; Miljkovitch et al., 2018; Nickell et al., 2002). Son développement est associé à des environnements familiaux abusifs, négligents, chaotiques ou effrayants (par exemple : abus sexuel, violence physique et verbale, parent sous l'influence de drogues ou d'alcool, psychopathologie parentale, stress psychosociaux), et se caractérise essentiellement par un manque d'intégration au niveau des représentations de soi et des autres (Mosquera et al., 2014). Les autres sont donc perçus à la fois comme une source de soutien et de danger, reflétant ainsi la nature des premières interactions d'attachement (Liotti, 1999). Les expériences précoces d'abandon et/ou d'abus se traduisent chez l'individu en un sentiment d'insécurité fondamentale, des perceptions négatives de soi et des autres, de l'hypervigilance et une difficulté à faire confiance qui nuit au développement des capacités de mentalisation et de la confiance épistémique (Luyten, Campbell et Fonagy, 2020).

L'anxiété ou la peur est considérée parmi les émotions les plus « toxiques » (Tomkins, 1963), c'est-à-dire que celle-ci revêt un caractère d'urgence qui incite fortement à l'action, vu sa fonction essentielle à la survie. Elle nécessite donc d'être contenue par la figure d'attachement, afin qu'elle ne déclenche un sentiment de catastrophe imminente (Luyten et al., 2020).

La disponibilité émotionnelle de la figure d'attachement (base de sécurité) facilite un processus de désomatisation, de verbalisation et de différenciation de la peur et donc son développement vers des formes plus élaborées (mentalises; Krystal, 1988). Dans le contexte de relations d'attachement insécurisantes et/ou de trauma relationnel, l'anxiété d'abandon maintient sa forme primaire, c'est-à-dire une expérience extrêmement vive, douloureuse, indifférenciée et proche de l'action (Lecours, 2021). Les contextes relationnels évocateurs des traumas d'attachement (ambiguïté, menace, tensions, rejet, abandon, etc.) sont ainsi susceptibles de générer des états de stress aigu, vécu de façon concrète, et interprété par la personne borderline comme la preuve tangible d'un abandon imminent (« Je vais m'écrouler si je suis laissé à moi-même »; Adler et Buie, 1979; Fonagy et Luyten, 2009). Dans certains cas, l'anxiété peut atteindre des proportions si extrêmes qu'elle induit une expérience de fragmentation du soi et une désorganisation de l'individu qui en vient à questionner sa propre existence (APA, 2022; Adler et Buie, 1979; Liotti et Farina, 2016).

1.2.4 Sentiments chroniques de honte

Les contextes familiaux associés au trauma d'attachement sont également les vecteurs d'induction de sentiments de honte chez l'enfant. Une induction de honte non modulée s'apparente à un traumatisme pour le soi de la personne, et laisse l'empreinte d'une perturbation émotionnelle grave (Trumbull, 2003). Bien que la honte ne fasse pas explicitement partie des critères diagnostiques du TPB, elle demeure néanmoins un thème émotionnel récurrent dans l'expérience des personnes qui ont le TPB (Biermann et al., 2023; Buchman-Wildbaum et al., 2021; Crowe, 2004; Rüschi et al., 2007; Unoka et Vizin, 2017).

Une présence chronique de honte est reconnue pour avoir des effets catastrophiques sur le concept de soi et la perception de sa valeur personnelle, elle est donc inhérente aux difficultés identitaires du TPB (Unoka et Vizin, 2017). Celle-ci est manifeste à travers des représentations extrêmement négatives de soi et très peu d'attributs positifs (Gad et al., 2019; Vater et al., 2015; Zanarini et al., 1998). Les attributions négatives sont également davantage présentes dans le TPB en comparaison aux autres troubles de personnalité (Gad et al., 2019) ou aux patients dépressifs (Vater et al., 2015). Lansky (1987) quant à lui aborde l'expérience de honte à titre d'état émotionnel dominant du TPB qui entraînerait une désorganisation du fonctionnement de la personnalité lorsqu'une distance optimale n'est pas maintenue en relation.

Tout comme les autres émotions, il existe différentes « qualités » d'expériences de honte. Lorsqu'elle est bien tolérée, la honte présente des avantages puisqu'elle favorise l'inclusion au groupe et à ses valeurs, et signale les comportements non désirables (Izard, 1977). Cette forme de honte est à distinguer de la honte vécue de façon concrète (équivalence psychique) qui équivaut à l'expérience douloureuse d'une preuve irréfutable de l'inaptitude ou de l'absence de valeur de l'individu. Les manifestations de honte dans le TPB correspondent à une forme non élaborée qui s'apparente davantage à des attaques véhémentes contre le soi qu'à une prise de conscience de comportements non désirables par exemple. Plusieurs formulations psychodynamiques décrivent ces formes de honte non mentalisées dans le TPB en abordant la présence d'un surmoi archaïque et tyrannique (Bouchard et Lecours, 2004).

2. Étude des mécanismes de la psychopathologie par l'analyse des processus au sein d'une psychothérapie

Jusqu'à présent, les liens établis entre le rôle des émotions non mentalisées et la PI demeurent principalement d'ordre conceptuel, car ceux-ci ont très peu été abordés par la recherche empirique. Les modèles de traitement du TPB accordent une place fondamentale à la mentalisation à titre de mécanisme de changement et de facteur commun impliqué dans le processus de rétablissement conçu largement. À ce sujet, de plus en plus de chercheurs énoncent la pertinence d'étudier des concepts qui transcendent les approches et les diagnostics afin de comprendre la vulnérabilité à la psychopathologie et son traitement (Laska et al., 2014; Luyten, Campbell, Allison et al., 2020).

En revanche, la recherche clinique des dernières décennies s'est surtout concentrée à l'évaluation de l'efficacité des traitements en s'appuyant sur les essais cliniques randomisés (ECR), au détriment d'une compréhension des mécanismes de la psychopathologie et des processus de changement. En effet, les ECR, bien qu'il soit essentiels à la validation des modèles d'intervention, ne permettent pas de distinguer les approches entre elles ou de déterminer quels sont les mécanismes qui contribuent au changement (Baardseth et al., 2013; Baldwin et Imel, 2020; Barkham et al., 2021; Barkham et Lambert, 2021; Cuijpers, 2016; Wampold et al., 1997). Notre connaissance empirique des mécanismes de changement demeure ainsi limitée, voire inexistante (Barkham et Lambert, 2021; Cuijpers, 2016; Kazdin, 2009).

Une façon de contourner ce problème consiste à déployer davantage de ressources aux études consacrées à l'analyse des processus, notamment en ayant recours à la méthodologie du cas unique (Bergin et Strupp, 1970). Une étude empirique à cas unique permet le suivi intensif et systématique des mécanismes de la psychopathologie et des processus de changement à travers le temps, ce qui mène ultimement à des inférences plus

fortes quant aux liens de causalité entre les variables (Borckardt et Nash, 2014). En étant propice aux observations multiples et répétées, la psychothérapie constitue un cadre idéal à l'examen de la covariation des variables d'intérêt à travers le temps (McLeod et Elliott, 2011).

2.1 La présente étude

Le premier objectif vise à évaluer, de façon descriptive, l'effet de la psychothérapie sur l'état général de la participante/patiente, afin de mettre en contexte les résultats principaux de l'étude. En effet, dans l'objectif de tirer des conclusions sur les implications cliniques d'une association entre les processus à l'étude (mentalisation des émotions et sens de soi), il est important qu'un changement positif de l'identité se traduise également par un meilleur fonctionnement. Par exemple, advenant qu'une association positive soit présente entre les processus de mentalisation et l'intégration identitaire au sein d'un processus thérapeutique qui n'a pas mené à une amélioration sur le plan du fonctionnement, il serait plus difficile de tirer des conclusions sur les implications cliniques d'une telle association. L'évaluation du fonctionnement constitue donc une mesure indirecte de l'impact des processus à l'étude (et de façon plus générale de la psychothérapie) puisqu'il est postulé qu'une amélioration de la mentalisation et de l'intégration identitaire est associée à un meilleur fonctionnement.

Les indicateurs du fonctionnement de la participante/patiente étaient basés sur la présence/absence de diagnostics psychopathologiques, la présence et l'intensité de symptômes psychologiques, le niveau de bien-être général et le niveau d'intégration identitaire. Ces mesures ont été recueillies avant et après la psychothérapie, de même que six mois plus tard. Un suivi des symptômes psychologiques a également été effectué durant

la psychothérapie. Une comparaison entre les différents temps de mesure permettait de donner une idée de l'amélioration du fonctionnement et de l'état psychologique général de la participante/patiente. Ces données descriptives ont permis d'inférer que les changements manifestes des processus à l'étude sont, dans une certaine mesure, attribuables à l'effet de la psychothérapie. L'objectif ici n'était pas d'évaluer l'efficacité de la psychothérapie, mais plutôt d'exercer un certain contrôle des variables confondantes sur les processus à l'étude (niveaux d'intégration identitaire et de mentalisation des émotions).

L'objectif principal de cette étude est l'exploration de l'association entre la mentalisation d'émotions négatives spécifiques et la PI dans le contexte d'une psychothérapie psychodynamique. Cet objectif est réalisé dans le cadre d'une étude empirique à cas unique employant un devis longitudinal.

Les émotions retenues sont la tristesse, la colère, l'anxiété et la honte. Les liens entre le niveau de mentalisation de chacune de ces émotions et le niveau de la PI seront examinés en tenant compte de la nature répétée des observations. Étant donné la nature exploratoire de cette étude, il n'y a pas d'hypothèse spécifique formulée quant à l'association de ces émotions avec la PI.

3. Méthode

3.1 Contexte de l'étude et procédure

La psychothérapie s'est déroulée au sein de la clinique de psychologie de l'Université de Montréal (CUP). La participante a été référée par une équipe de traitement en raison d'un diagnostic de TPB établi au cours d'une évaluation clinique. La participante

a été soumise à un processus d'évaluation par l'auteure principale de l'article comportant a) des entrevues semi-structurées (le Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders [SCID-I] et le Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders [SCID-II]) dans le but de confirmer le diagnostic de TPB et identifier la présence d'autres diagnostics potentiels, et b) l'administration de questionnaires évaluant le niveau global de bien-être (le Personal Well Being [PWB]), la présence de symptomatologie générale (l'Outcome Questionnaire [OQ-45.2]) et le niveau d'intégration de l'identité (l'Inventory of Personality Organization [IPO]).

Les rencontres de psychothérapie se sont échelonnées sur une période d'environ un an à raison d'une fois par semaine (53 séances). La période d'un an a été sélectionnée en fonction des données probantes disponibles sur l'efficacité de la psychothérapie pour les patients borderline. Howard et ses collègues (1986) ont démontré à partir d'une base de données incluant 15 échantillons de 2400 patients et couvrant 30 ans de recherche que 75% des patients borderline présentaient une amélioration significative de leurs symptômes après 52 séances de psychothérapie d'approche psychodynamique ou interpersonnelle. À leur avis, 75% d'amélioration représentait une limite rationnelle à la durée du traitement, dans les contextes cliniques où les ressources sont limitées.

Toutes les trois semaines, un enregistrement de la rencontre était retranscrit, duquel 40 pages étaient sélectionnées afin d'analyser les processus à l'étude (mentalisation des émotions et sens de soi), ce qui donne un total de 18 temps de mesure. Le nombre de 40 pages a été établi en fonction de la longueur moyenne d'un verbatim (90 pages), en considérant que le milieu de la séance devrait être représentatif des thèmes principaux abordés durant la rencontre.

Par ailleurs, les trois premières et les trois dernières rencontres consécutives ont servi de points d'ancrage (c'est-à-dire de comparaison) des niveaux de mentalisation des affects et du sens de soi de la patiente, et ce dans le but de déterminer l'impact de la psychothérapie sur les processus à l'étude (deuxième objectif de l'étude). Ces points d'ancrage ont été calculés à partir de moyennes.

Cela implique qu'au total 22 séances de psychothérapie ont été transcrites, parmi celles-ci, 18 ont été incluses au sein des analyses qui ont servi à mesurer le degré d'association entre la mentalisation des émotions et l'intégration identitaire (voir section 3.6 traitement statistique), dans l'objectif de respecter la présence d'un intervalle de temps régulier entre les séances, soit une période de trois semaines. Les quatre séances restantes sont des rencontres consécutives, à intervalle d'une semaine, en début et en fin de traitement.

3.2 Participantes de l'étude

3.2.1 La participante/patiente

La participante de l'étude était une jeune femme caucasienne dans la vingtaine. Celle-ci consultait en raison de plusieurs conflits interpersonnels particulièrement au sein de sa famille et de sa relation amoureuse, et menant à de sévères attaques de panique ainsi qu'à une désorganisation de son fonctionnement, notamment dans la consommation d'alcool et de drogues. Bien que celle-ci ait effectué des études, elle ne travaillait pas dans son domaine. Son instabilité lui donnait le sentiment de ne pas être accomplie et de stagner dans la vie, ce qui alimentait une mauvaise estime de soi. L'évaluation effectuée dans le cadre de l'étude a conduit à un diagnostic de TPB, de trouble dépressif non spécifié et d'un trouble de dépendance. Celle-ci a également mené à l'identification d'un historique de

nombreux traumatismes relationnels, dont une enfance chaotique, instable et marquée par la négligence en raison des problèmes de santé mentale de sa mère.

La psychothérapie a grandement amélioré sa confiance en soi et la perception de sa valeur personnelle. Elle a quitté un milieu de travail toxique pour se diriger vers un domaine qui lui correspondait davantage. Ses attaques de panique ont complètement cessé et les conflits interpersonnels ont diminué en raison d'une plus grande conscience de ses limites. À la fin de la psychothérapie, elle ne répondait plus qu'à trois critères sur neuf d'un diagnostic de TPB, ce qui signifie qu'elle ne présentait plus ce diagnostic (seuil clinique de cinq sur neuf critères), son trouble dépressif non spécifié était considéré absent dans le dernier mois de même que ses problèmes de consommation.

3.2.2 La psychothérapeute

La psychologue de l'étude, une femme caucasienne de 40 ans, formée en psychothérapie psychodynamique relationnelle avec une spécialisation en dissociation (McWilliams, 2011; Steele et al., 2017; Wachtel, 2008), comptait 6 années de pratique clinique à son actif. Les objectifs thérapeutiques étaient formulés dans le cadre d'une approche psychanalytique relationnelle et visaient l'amélioration des capacités de mentalisation et de régulation des émotions tout en favorisant une meilleure compréhension de soi.

3.3 Mesure des processus (objectif 1)

3.3.1 Mentalisation des émotions

La Grille d'Élaboration Verbale de l'Affect (GEVA) et la Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs (MICA)

La Grille d'Élaboration Verbale de l'Affect (GEVA; Lecours, 1995) a été utilisée pour mesurer les processus de mentalisation à partir de la transcription d'un matériel verbal spontané (par exemple : une entrevue de psychothérapie). Cette mesure a été sélectionnée préférentiellement à d'autres mesures de la mentalisation (par exemple : le Reflective functioning Scale; Fonagy et al., 1998), car celle-ci, par l'entremise d'une méthode d'analyse narrative détaillée, permet de cibler les niveaux de mentalisation des affects spécifiques (contrairement à une mesure de la mentalisation comme une habileté générale par exemple) à partir de l'élaboration verbale de ceux-ci. La présence d'un réseau représentationnel riche et complexe chez la personne permet plus facilement l'association de représentations verbales aux sensations somatiques des affects. Des scores élevés à la GEVA laissent présumer de l'existence de bonnes capacités de mentalisation des affects, sous-tendues par leur élaboration verbale. Le manuel de cotation de la GEVA fournit une définition opérationnalisée de deux facettes de la mentalisation observables dans le discours, soit (1) la modalité de représentation de l'affect et (2) le niveau de tolérance et d'abstraction de l'affect, ainsi que des arbres de décision pour arriver aux cotes. Chaque affect se voit attribuer deux cotes selon sa modalité de représentation et selon sa contenance.

La première dimension, soit la modalité de représentation de l'affect, mesure le type de représentation utilisée pour décrire l'expression émotionnelle. Chaque expression verbale d'un affect est cotée selon une des 20 catégories (4 modalités x 5 niveaux). Les 20 catégories de la GEVA sont transformées en scores pondérés allant de 0,25 à 4; un poids

différent est attribué à chaque modalité (verbale=4, imagerie=3, etc.), multiplié par la moyenne du niveau de tolérance/abstraction obtenu pour chaque modalité, ajusté selon la proportion d'unités affectives présente dans la modalité.

La Mesure pour l'Identification des Contenus Affectifs (MICA) permet d'identifier le contenu des émotions verbalisées spontanément dans le discours, selon 24 catégories d'émotions distinctes. La sélection des 24 catégories d'émotions a été effectuée sur la base des travaux d'Izard (1991) qui a relevé 10 émotions primaires et innées (joie, intérêt, surprise, colère, honte-timidité, culpabilité, mépris, dégoût, tristesse, peur). De plus, sept combinaisons d'émotions ont été ajoutées afin de saisir toute l'étendue de l'expérience émotionnelle. Chaque catégorie d'affect se voit attribuer une valence affective positive ou négative selon que l'expérience affective est agréable ou désagréable pour l'individu. La cotation finale permet donc d'obtenir, par la combinaison des GEVA et MICA, une évaluation du niveau de mentalisation de chaque émotion verbalisée dans le discours (par exemple : score pondéré [GEVA] de tristesse [MICA]).

Le processus de cotation de la GEVA–MICA implique donc trois étapes nécessaires à l'analyse d'émotions distinctes verbalisées dans le discours, soit l'identification des unités affectives dans le verbatim, l'attribution de scores selon la GEVA et l'identification de l'affect grâce à la MICA. L'unité affective correspond à un court extrait du discours révélant l'expression d'un affect. La GEVA mesure la forme d'expression de l'affect, alors que la MICA mesure le contenu de l'affect exprimé (par exemple : niveau de mentalisation – GEVA – de la tristesse – MICA).

Les propriétés psychométriques de la GEVA sont excellentes et ont été appuyées par de nombreuses études (Bouchard et al., 2008; Lecours et al., 2000, 2007, 2009; Lecours

et Bouchard, 2011). Les accords interjuges calculés dans le cadre de ces études sont qualifiés de bons à excellents (Bouchard et al., 2008).

Dans cette étude, les scores pondérés (niveau de mentalisation) de quatre catégories d'émotions ont été sélectionnés pour chacune des 22 sessions de psychothérapie sur la base de leur association aux manifestations de PI dans le TPB, soit la tristesse, l'hostilité dirigée contre les autres (qui est une combinaison de la colère, du mépris et du dégoût), la peur (qui englobe l'anxiété) et la honte. Dans une étude menée auprès de 64 individus tirés d'un échantillon clinique (Lecours et Bouchard, 2011), la moyenne des niveaux d'élaboration verbale de la tristesse (score pondéré) correspondait à 2,75 (écart-type de 0,38). En ce qui concerne l'hostilité envers les autres et la peur, celles-ci se situaient respectivement à 2,42 (écart-type de 0,32) et 2,67 (écart-type de 0,49). Il n'y avait pas de données pour la honte.

3.3.2 Intégration identitaire

L'Achievement of Therapeutic Objective Scale

L'Achievement of Therapeutic Objective Scale (ATOS; McCullough et al., 2003) est une mesure narrative par observateur permettant d'évaluer l'ampleur des bénéfices thérapeutiques que le patient est en mesure d'assimiler de sa psychothérapie à partir de transcription d'entrevues. Cette mesure a été favorisée relativement à d'autres mesures de l'identité tels que des questionnaires auto rapportés, car celle-ci a été spécifiquement conçue pour évaluer l'évolution de l'intégration identitaire au sein du processus thérapeutique. Il s'agit donc d'une mesure davantage adaptée au contexte de l'expérimentation où les changements opérants chez le patient au courant du processus

clinique sont mesurés en fonction de sept dimensions précises. Les sept sous-échelles sont les critères opérationnalisés d'un modèle conceptuel proposant trois grands facteurs ou objectifs communs à toute psychothérapie, soit la restructuration 1) des défenses, 2) des affects et 3) du sens de soi et des autres. Cette étude emploie deux dimensions de cet instrument, c'est-à-dire le sens de soi et le sens des autres qui ont été combinés en une seule mesure nommée : identité.

Ces deux sous-échelles mesurent le degré de représentations positives de soi et des autres présentes chez le patient tout au long de la psychothérapie. Autrement dit, à quel point la façon de se percevoir est adaptative pour le patient en matière de qualités positives, d'acceptation réaliste de ses limites, de confiance en ses capacités, d'estime de soi, de même que de la conscience de ses besoins et d'une volonté d'en prendre soin. En ce qui a trait au sens des autres, il est question de la capacité du patient à percevoir les autres d'une façon principalement positive.

Les scores situés sur une échelle de 1 à 100 reflètent différents aspects de la perception de soi et des autres présents dans le discours de la patiente. Par exemple, pour la sous-échelle SoS, ceux-ci évaluent dans quelle mesure les descriptions de la patiente sont réalistes et bienveillantes à l'égard de soi. Un score élevé est basé sur l'aptitude du patient à cultiver une attitude bienveillante envers soi de même qu'à entretenir une vision de soi équilibrée, incluant conjointement des aspects négatifs et positifs. En ce qui concerne la sous-échelle SoO, celle-ci cherche à déterminer, par l'entremise des descriptions du patient, son niveau d'empathie et de confiance envers les autres ainsi que sa capacité de mettre des limites et de se protéger des abus. Elle évalue également son habileté à tolérer les conflits et son aptitude à avoir une vision réaliste et intégrée des autres.

Deux scores ont été attribués à la fin de chaque séance analysée, l'un pour le sens de soi et l'autre pour le sens des autres. Ces deux scores ont ensuite été additionnés pour former une seule mesure de l'intégration identitaire. Ce qui donne un total de 22 scores pour 22 sessions de psychothérapie. La combinaison des scores du sens de soi et du sens des autres afin d'évaluer l'intégration de l'identité est concordante avec l'évaluation du fonctionnement de la personnalité présentée dans le modèle de Kernberg et le modèle alternatif des troubles de personnalité du DSM-5-TR (section trois : mesures et modèles émergents), qui mesure le fonctionnement identitaire (critère A) en combinant des éléments autant d'ordre interpersonnel (intimité et empathie) que personnel (identité et autodétermination). Dans les deux modèles, la configuration de l'identité est fortement influencée par l'intégration conjointe du sens de soi et du sens des autres. L'ATOS a démontré d'excellentes propriétés psychométriques. Les accords interjuges, mesurés par des coefficients intraclasse, varient entre $r = 0,60$ et $r = 0,87$ (Valen et al., 2011).

3.3.3 Juges et processus de cotation

Les séances de psychothérapie ont été analysées par deux observatrices indépendantes, une psychologue ayant deux années d'expérience de pratique clinique, et l'auteure principale de l'article, étudiante graduée en psychologie clinique. Celles-ci ont reçu approximativement 40h de formation à la GEVA, incluant du temps supplémentaire de pratique et de rétroaction, jusqu'à l'atteinte de niveaux d'accord stables et considérés adéquats (60% pour la segmentation et des kappas de 0,65 pour la GEVA, ce qui correspond généralement à de bons niveaux d'accords). La segmentation et la cotation de la GEVA

étaient effectuées à partir d'un manuel de cotation (Lecours, 1995) qui incluait un ensemble de règles préétablies et organisées en fonction d'un arbre décisionnel.

En ce qui concerne la mesure de l'identité, l'analyse était effectuée à partir d'un manuel de cotation: l'*ATOS scale manual* (McCullough et al., 2003). Celui-ci comportait des descriptions détaillées pour chacun des 10 points d'ancrage (par exemple : 1-10, 11-20, etc.) pour les deux sous-échelles utilisées (SoS et SoO).

Des accords interjuges ont été réalisés sur un échantillon d'entrevues de formation jusqu'à l'atteinte d'indices de fidélité jugés bons à excellents. Une fois ces objectifs atteints, une portion du matériel de recherche a été cotée de façon conjointe par les deux juges de façon à confirmer le taux d'accord interjuges (cinq entrevues pour la GEVA et neuf entrevues pour L'ATOS). Ensuite, les deux juges ont coté indépendamment le reste du matériel de recherche (15 et 11 entrevues).

3.4 Sévérité et intensité des symptômes (objectif 2)

L'Outcome Questionnaire

L'Outcome Questionnaire (OQ-45.2; Lambert et al., 1996, 1998) est une échelle d'auto-évaluation de 45 items mesurant trois dimensions fondamentales de la santé mentale: (1) les symptômes intrapsychiques de détresse; (2) les relations interpersonnelles et (3) la performance dans les rôles sociaux. Chaque énoncé est évalué en fonction d'une échelle de type Likert en cinq points allant de « jamais » (4) à « presque toujours » (0). La participante répondait aux questions en se basant sur la dernière semaine. Les alphas de Cronbach situés autour de $\alpha = 0,90$ indique une bonne consistance interne et les coefficients

test-retest situés entre $r = 0,70$ et $r = 0,80$ indiquent une bonne stabilité temporelle (Lambert et al., 1998). La version française a également démontré de bonnes propriétés psychométriques, la consistance interne étant excellente (alpha de Cronbach = 0,92; Flyim et al., 2003). Le questionnaire a été administré au début de la psychothérapie de même qu'à toutes les trois séances afin de suivre les progrès de la cliente durant le traitement. Le score total des 45 items a été utilisé dans la présente étude. Le seuil clinique est établi à partir d'un score de 63 et plus. Une différence de 14 points avec le score global précédent représente un changement clinique significatif.

3.5 Mesures pré et post-traitement (objectif 2)

3.5.1 Troubles mentaux

Le Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders

Le Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II; First et al., 1997) est une entrevue semi-structurée évaluant la présence de troubles de personnalité, dont le TPB, selon les critères du DSM-IV. Les coefficients de Cronbach pour mesurer la consistance interne varient entre 0,71 et 0,94 (Maffei et al., 1997). En ce qui a trait aux accords interjuges, les coefficients Kappa se situent entre 0,91 et 0,98. La patiente participante a été évaluée comme présentant sept des neuf critères du TPB, ce qui correspond à la présence du diagnostic (seuil clinique de cinq critères sur neuf) et ne présentait pas d'autres troubles de personnalité. Les critères du DSM-IV demeurent les mêmes que ceux du DSM-5-TR.

Le Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders

Le Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I; First et al., 2002) est une entrevue semi-structurée permettant d'évaluer la présence des principaux problèmes de santé mentale selon les critères du DSM-IV. L'accord interjuges, mesuré par des coefficients kappa, varie entre 0,57 et 1. Alors qu'au niveau de la fidélité test-retest, les coefficients kappa se situent entre 0,35 et 0,78 (Zanarini et al., 2000). La patiente présentait un diagnostic de trouble dépressif non spécifié ainsi qu'une dépendance à la cocaïne et des problèmes d'abus d'alcool dans le passé.

3.5.2 Mesures du fonctionnement

Le Personal Well Being

Le Personal Well Being (PWB; Ryff, 1989; Ryff et Keyes, 1995) est une mesure autorapportée du bien-être psychologique. Une version courte composée de 18 items a été utilisée dans le contexte de cette étude (Ryff et Keyes, 1995). Chaque énoncé est évalué à l'aide d'une échelle de type Likert en sept points allant de « fortement en accord » à « fortement en désaccord ». Pour chacun des énoncés, la participante devait indiquer si celui-ci s'appliquait à sa situation actuelle. Le PWB se divise en six sous-échelles (chacune comportant 3 items) qui correspondent à des dimensions fondamentales du bien-être psychologique : (1) l'autonomie; (2) la maîtrise de son environnement; (3) la croissance personnelle; (4) les relations positives avec les autres; (5) les buts dans la vie et (6) l'acceptation de soi. Le score total du PWB est obtenu en effectuant une moyenne des six sous-échelles. Un score élevé correspond à davantage de bien-être psychologique qu'un

score faible (Ryff, 2013). Ryff (1989) a démontré que le PWB avait une bonne consistance interne pour chacune des sous-échelles (alphas de Cronbach variant de 0,86 à 0,93). La stabilité temporelle mesurée par des coefficients test-retest sur une période de six semaines est également bonne, avec des résultats allant de $r = 0,81$ (croissance personnelle) à $r = 0,88$ (autonomie). Son adaptation française a été effectuée par une personne bilingue et une version à 9 items (incluant les sous-échelles de croissance personnelle, d'acceptation de soi et des buts dans la vie) a été employée dans plusieurs études rapportant des propriétés psychométriques comparables à l'original (Philippe et al., 2009, 2010, 2011).

L'Inventory of Personality Organization

L'Inventory of Personality Organization (IPO; Clarkin et al., 2001) est un questionnaire évaluant l'intégration de l'identité, les mécanismes de défense et l'épreuve de réalité. Il comporte 155 items situés sur une échelle en cinq points allant de « jamais vrai » à « toujours vrai ». La participante devait indiquer dans quelle mesure chaque énoncé s'appliquait à sa situation. Le score portant sur l'échelle d'intégration identitaire seulement a été utilisé dans le cadre de l'étude. Un score élevé correspond à une diffusion identitaire élevée. À titre d'exemple, au sein d'un échantillon de 52 patients ayant un TPB, la moyenne des scores des individus considérés comme ayant une diffusion identitaire élevée correspondait à 68,6, écart-type de 8 ($n = 27$), alors que celle des individus identifiés comme ayant une faible diffusion identitaire était de 46,4, écart-type de 10,6 ($n = 25$; Sollberger et al., 2012).

L'échelle d'intégration identitaire a démontré une bonne consistance interne ($\alpha = 0,88$) et une bonne stabilité temporelle ($r = 0,83$; Lenzenweger et al., 2001). Une version francophone de l'IPO comportant 57 items (IPO-57) a été employée dans le cadre de la présente étude. Cette dernière a démontré des propriétés psychométriques satisfaisantes, la cohérence interne variant de 0,64 à 0,79 et la stabilité temporelle ayant un coefficient de $r = 0,60$ pour l'échelle d'intégration identitaire (Normandin et al., 2002).

3.6 Traitement statistique

Simulation Modeling Analysis

Objectif 1 : Le programme Simulation Modeling Analysis (SMA) a été utilisé afin d'établir des relations séquentielles sur les variables à l'étude. Le programme SMA (version 9.9.28) est disponible gratuitement pour le téléchargement en ligne à l'adresse suivante : <http://www.clinicalresearcher.org/software.htm> (Borckardt et al., 2008). Il s'agit d'une méthode d'analyse statistique spécifiquement conçue pour l'analyse de petits échantillons de données autocorrélées typiquement retrouvées dans les contextes cliniques ($n < 29$; Borckardt et Nash, 2014). Le modèle SMA s'appuie sur l'utilisation de corrélations croisées afin d'examiner la covariation de deux variables intra-individuelles dans le temps (Borckardt et al., 2008). Celui-ci requiert la sélection de deux variables d'intérêt dans le but de tester la présence d'une association entre les variables (par exemple : variable A- Score pondéré de la tristesse, variable B- Niveau d'intégration de l'identité).

Dans le cadre de cette étude, la méthode SMA a été employée afin de déterminer si l'augmentation de l'intégration identitaire est associée (lag 0), ou précédée (lag 1) d'une

amélioration du niveau de mentalisation de diverses émotions spécifiques (tristesse, colère, honte et anxiété). L'analyse statistique de la variabilité intra-individuelle nécessite un intervalle de temps régulier entre les observations, et un nombre minimum de 10 à 16 observations (Borckardt et al., 2008). Une sélection de 18 temps de mesure (sur les 22 séances initialement transcrites) a donc été effectuée afin qu'un intervalle régulier de trois semaines sépare les temps de mesure. La temporalité de l'association entre les variables a été examinée sur une durée maximale de trois semaines (lag 1).

Une correction de Bonferonni a été utilisée ($p < 1$) pour les trois comparaisons (-1 à + 1 lags), et ce pour chacune des deux variables sélectionnées parmi les niveaux de mentalisation de la tristesse, de l'hostilité ou de la peur, et l'intégration de l'identité. En optant pour la correction de Bonferonni, la valeur de l'alpha ($\alpha = 0,05$) est divisée par le nombre de comparaisons. Par exemple, en testant trois hypothèses entre deux variables (lag -1 à lag +1) avec un alpha préétabli de $\alpha = 0,05$, la correction de Bonferonni teste chacune des hypothèses avec un alpha de : $\alpha = 0,05/3 = 0,0167$.

Dans un premier temps, le programme SMA effectue des corrélations-croisées en tenant compte du coefficient d'autocorrélation des variables, et ce dans le but d'exercer un contrôle sur les erreurs de type I. En effet, puisque les observations ne sont pas indépendantes, c'est-à-dire que la valeur d'une observation dépend en partie de la valeur d'une ou des observations précédentes immédiates, le risque de conclure à tort de la présence d'un effet ou d'une association (faux positif) est plus élevé parmi des données autocorrélées. Le modèle SMA permet donc d'identifier quelle partie de la fluctuation de la variable dépendante (intégration identitaire) peut être expliquée par la variation de la

mentalisation, indépendamment de fluctuations prévisibles de l'intégration identitaire à travers le temps (effet d'autocorrélation).

Dans un deuxième temps, le programme SMA génère 5000 simulations de données aléatoires normalement distribuées ayant la même taille et le même degré d'autocorrélation que l'échantillon clinique. Un coefficient de corrélation est calculé pour chacune de ces simulations, ce qui permet de déterminer dans quelle mesure un échantillon de données aléatoires ayant les mêmes propriétés que l'échantillon clinique (taille et degré d'autocorrélation) peut générer une association de la même amplitude que celle identifiée dans l'échantillon clinique.

Objectif 2: Décrire l'effet de la psychothérapie sur les symptômes du client. Une inspection visuelle des données a été effectuée afin d'évaluer l'évolution de l'intensité et de la quantité des symptômes (mesurés par l'OQ-45.2) durant la psychothérapie. Les mesures prises avant et après la psychothérapie ont été documentées par des seuils de coupure pour identifier les changements dans le temps (par exemple : présence/absence du diagnostic de TPB). Des corrélations-croisées ont également permis d'évaluer l'association entre l'intégration identitaire et l'évolution des symptômes. La correction de Bonferonni n'a pas été employée ici, car l'objectif était d'évaluer l'association entre les deux variables pour un même intervalle de temps (lag 0) dans le cadre d'une seule analyse (pas d'analyses répétées).

4. Résultats

4.1 Résultats interjuges

Les indices de fidélité de l'accord interjuges du niveau de mentalisation ont été estimés à l'aide du coefficient de kappa (k) à partir du logiciel SPSS. La moyenne des indices de fidélité interjuges pour les scores de la GEVA et de la MICA estimés par des coefficients de kappa (k) donne 0,68 pour la mesure des niveaux, 0,78 pour la mesure des modalités et 0,79 pour la MICA, ce qui constitue des niveaux d'accord de bons à excellents (entre 0,60 et 0,74 les kappas sont qualifiés de bons et au-dessus de 0,74 ceux-ci sont considérés excellents; Fleiss, 1981). La moyenne des indices de fidélité interjuges pour les scores de l'ATOS estimée à l'aide de coefficients intraclass se situe à 0,93 pour la mesure du sens de soi et à 0,92 pour la mesure du sens des autres, ce qui indique un niveau d'accord excellent (les mêmes seuils pour juger de la qualité des accords s'appliquent ici; Fleiss, 1981).

4.2 Résultats mesures pré-post

Des gains thérapeutiques ont été observés au niveau de la réduction de plusieurs symptômes et d'une augmentation du bien-être général telle que mesurée par les questionnaires décrits dans la section *mesures du fonctionnement*. La honte n'était pas suffisamment présente dans le discours de la participante pour fournir des scores pondérés de ses niveaux de mentalisation. Celle-ci n'a donc pas été incluse dans les analyses.

La moyenne des scores pondérés de mentalisation de la tristesse (son niveau de mentalisation) a considérablement augmenté entre les trois premières et les trois dernières séances, de même que la moyenne de l'intégration identitaire. La moyenne des scores pondérés de l'hostilité et de l'anxiété a également augmenté, mais dans une moindre mesure que celle de la tristesse. Le diagnostic de trouble de personnalité borderline

n'atteignait plus le seuil clinique après la psychothérapie et le trouble dépressif ainsi que la dépendance à la cocaïne étaient considérés absents dans le dernier mois au moment de l'évaluation post-traitement (voir tableau 1). L'association entre l'intégration identitaire et l'évolution des symptômes était significative au lag 0 ($r = -0,48$, $p = 0,037$). Donc, une meilleure intégration de l'identité est associée à une réduction du nombre de symptômes et de leur intensité.

Le tableau 1 présente les indices du fonctionnement de la patiente tels que mesurés par les instruments décrits dans les sections « 3.4 sévérité et intensité des symptômes » et « 3.5 mesures pré-post traitement ».

Durant la psychothérapie, une tendance vers l'augmentation de la mentalisation des émotions et de l'intégration identitaire a pu être identifiée, et ce, en parallèle d'une tendance vers une réduction des symptômes (voir figure 1). Les associations entre les scores de mentalisation de la tristesse, de l'hostilité et de la peur, ainsi que de l'intégration identitaire et des symptômes sont présentées dans le tableau 2. Il est important de préciser que les corrélations présentées dans ce tableau ne tiennent pas compte de l'effet d'auto-corrélation entre les variables, et sont présentées à titre indicatif pour donner une idée de l'association entre les variables.

La figure 1 illustre l'évolution des symptômes, ainsi que celle du niveau de mentalisation des émotions (tristesse, hostilité et peur) et du degré d'intégration identitaire en fonction du nombre de séances de psychothérapie.

Le tableau 2 regroupe les corrélations de Pearson entre le nombre de séances, les niveaux de mentalisation des émotions (tristesse, hostilité et peur), l'intégration identitaire et les symptômes.

4.3 Résultats principaux

En ce qui concerne l'hypothèse principale, une seule corrélation-croisée était significative au lag 0 entre les niveaux de mentalisation des émotions et l'intégration de l'identité, soit le niveau de mentalisation de la tristesse, $r = 0,57$, $p = 0,006$). Ces résultats indiquent que seuls les scores de mentalisation de la tristesse sont associés aux scores d'intégration de l'identité lorsque les deux variables sont mesurées dans le même intervalle de temps. Au lag 1, aucune association significative n'est ressortie entre les variables, pour toutes les émotions choisies. Ceci signifie que le niveau de mentalisation des émotions trois semaines avant une rencontre n'était pas lié à l'intégration de l'identité durant cette rencontre de psychothérapie.

Le tableau 3 présente les corrélations-croisées établies entre les niveaux de mentalisation des émotions (tristesse, hostilité et peur) et le degré d'intégration identitaire pour chaque simulation.

5. Discussion

Cette étude visait à identifier la présence d'une association entre les niveaux de mentalisation d'émotions spécifiques et l'intégration identitaire, et à déterminer si une augmentation de la mentalisation précède une amélioration de l'intégration identitaire. Afin de répondre à ces deux questions, des corrélations-croisées ont été réalisées afin d'établir des relations séquentielles entre les scores de l'élaboration de la tristesse, de l'hostilité et de la peur, et la mesure de l'intégration identitaire au sein d'un traitement

psychodynamique d'une patiente ayant un TPB. L'analyse de la honte a dû être abandonnée en raison du nombre réduit d'observations.

Les résultats de l'étude ont permis d'identifier une association entre le niveau de mentalisation de la tristesse et l'amélioration de l'intégration identitaire lorsque les deux processus étaient mesurés durant la même séance. Les deux processus semblent donc évoluer conjointement dans le temps. Aussi, les niveaux de mentalisation de chacune des émotions retenues qui précédaient la mesure de l'intégration identitaire par trois séances n'étaient pas associés à une amélioration de celle-ci. Donc, aucune association n'a pu être établie entre les niveaux de mentalisation de la colère et de la peur et l'intégration identitaire.

Par ailleurs, l'absence d'un diagnostic de TPB à la fin de la psychothérapie, une réduction notable des symptômes et une augmentation du bien-être général permet de conclure du succès de la psychothérapie. Les gains thérapeutiques étaient maintenus 6 mois après la fin du traitement. Une association négative a également été établie entre la réduction de l'intensité et du nombre de symptômes et une amélioration de l'intégration identitaire. Il apparaît donc que plus l'identité est intégrée, moins les symptômes de détresse psychologique sont présents. Il est possible de contextualiser les résultats de l'étude en inférant, avec prudence toutefois puisqu'il ne s'agit pas d'une étude expérimentale, que les processus de mentalisation actifs au sein de la psychothérapie sont associés à l'amélioration de l'intégration identitaire, à la réduction des symptômes et à un meilleur fonctionnement général.

L'association entre la mentalisation de la tristesse et l'intégration identitaire indique que la tristesse semble être l'émotion la plus associée à la PI. Par conséquent, on peut

spéculer qu'une tristesse moins bien mentalisée semble être associée à une mise à l'écart de parties de soi, processus à la base de la PI. En effet, plus la diffusion identitaire était élevée, moins la tristesse était mentalisée. Ces résultats concordent avec les études et les formulations théoriques qui identifient la présence d'une intense souffrance psychologique au cœur de l'expérience d'une identité diffuse et du TPB (Korner et al., 2008; Liotti et Farina, 2016; Meares et al., 2011; Meares, 2012; Wilkinson-Ryan et Westen, 2000; Zannarini et al., 1998; Zannarini et Frankenburg, 2007; Zittel et Westen, 2005). Le type de souffrance engendrée par une tristesse non-mentalisée pourrait activer des stratégies de régulation qui favorisent la déconnexion. Certains modèles conceptuels du TPB abordent cette déconnexion en réaction à la souffrance psychologique sous l'angle de la dissociation (Meares, 2012; Ryle, 1997a, 1997b). Essentiellement, la dissociation est considérée comme une réaction psychologique fondamentale vis-à-vis une souffrance trop vive (Courtois et Ford, 2013; Howell, 2013, 2020; Howell et Itzkowitz, 2016; van der Hart et al., 2006). Les mécanismes dissociatifs agissent en maintenant à l'écart les états jugés douloureux, ce qui nuit à l'intégration de ceux-ci au flot habituel de la conscience et à l'expérience du soi (Bromberg, 1996, 2009a, 2009b, 2010). La corrélation entre le niveau de mentalisation de la tristesse et le niveau de symptômes, qui est pratiquement nulle pour la mentalisation des autres émotions, semble concorder avec cette hypothèse d'un plus grand coût psychologique dans la gestion de la tristesse.

Les autres émotions non mentalisées investiguées dans le cadre de la psychothérapie (colère et peur) semblent se rapporter dans une moindre mesure à un éprouvé subjectif de souffrance que la tristesse qui en constitue son expression prototypique. La peur pourrait être considérée comme une émotion secondaire à la

souffrance. En effet, la peur est « peur de quelque chose » et ce pourrait être la gestion de cette chose, une souffrance à éviter, qui force la déconnexion à soi. Dans le cas du TPB, c'est peut-être davantage la souffrance d'être abandonnée qui mobilise les défenses. Évidemment, l'observation clinique montre que la peur peut être souffrante en soi. La colère quant à elle a un statut plus ambigu, car même lorsque celle-ci n'est pas mentalisée, elle peut être activée pour se protéger de la souffrance d'une humiliation ou d'une perte, ainsi que donner une impression de contrôle qui permet d'écarter l'impuissance (Kernberg 2018; Lansky, 1987). Il est donc possible que la gestion de ces émotions emprunte des voies de régulation différentes de la souffrance qui auraient une incidence plus faible sur le développement d'une identité diffuse (par exemple : le refoulement), ce qui expliquerait l'absence d'une association entre ces émotions et le processus d'intégration identitaire.

Cette hypothèse semble toutefois contredire la théorie de Kernberg. Par ailleurs, l'analyse de Kernberg est surtout conceptuelle. La souffrance qui provoque la colère est implicite dans ce modèle. Il n'y a pas, à notre connaissance, une vérification empirique de la centralité de la gestion de la colère dans l'explication de la PI au sein du TPB. Une approche plus détaillée de l'impact de la qualité de la colère sur la PI, comme celle de la présente étude, semble déplacer l'accent du facteur clivant ou dissociant de la colère vers la source de cette colère, c'est-à-dire la souffrance associée à une perte. Cette hypothèse, hautement spéculative, mériterait évidemment d'être explorée empiriquement.

Les résultats de l'étude semblent donc suggérer que la mentalisation de la souffrance associée à une perte est l'expérience la plus liée aux enjeux identitaires. En continuité avec ces résultats, une étude qualitative sur l'expérience de tristesse dans le TPB a identifié que la représentation de la perte était absente de l'expérience subjective des

participants (Briand-Malenfant et al., 2012). La souffrance chez les participants s'apparentait davantage à des réactions de protestation contre la perte qui alimentaient des sentiments d'impuissance, de rage et d'abandon. Cette forme de souffrance se distingue de la tristesse dite adaptative qui favorise plutôt la réalisation de la perte et le désinvestissement graduel de l'objet perdu au profit d'un sentiment de vitalité et d'un enrichissement de l'expérience subjective (Lecours, 2016, 2021). Il est donc possible de formuler l'hypothèse qu'un travail d'élaboration de la souffrance relationnelle facilite l'expérience d'une tristesse adaptative et contribue à l'intégration de parties de soi qui étaient maintenues à l'écart.

Cela dit, des indices indirects semblent indiquer une évolution de la mentalisation de la peur, de la colère et de la honte également. En effet, les « crises d'angoisse » provoquées par les conflits ou les contextes de séparation se sont résorbées graduellement au courant de la psychothérapie. La crainte d'être abandonnée avait ainsi moins d'emprise sur la patiente qui était en mesure de maintenir son estime, sa confiance en soi et un sentiment de sécurité face à des contextes relationnels ambigus, conflictuels ou d'éloignement. Ceci semble indiquer une meilleure mentalisation de l'anxiété. En ce qui a trait à la colère, celle-ci n'était plus associée au besoin impulsif de « couper les ponts » avec les autres, et était davantage mobilisée à l'affirmation saine de ses besoins et de ses limites. Encore, ceci peut témoigner des effets sur le fonctionnement d'une meilleure mentalisation de la colère. Les sentiments de honte et d'infériorité comparés aux autres qui généraient des remises en question constantes de sa valeur personnelle ont laissé place à un sentiment de vitalité, une plus grande conscience de ses forces et une acceptation de ses

limites qui ont guidé ultimement la patiente à choisir une carrière plus satisfaisante. Là encore, une meilleure mentalisation de la honte semble avoir opéré.

Les résultats rapportés dans cette étude reflètent une première tentative d'exploration du rôle de diverses émotions spécifiques moins bien mentalisées et de leur association avec l'identité diffuse au sein d'une étude de cas empirique d'une patiente ayant un TPB. Il est donc impossible de généraliser les résultats obtenus auprès d'une seule participante à l'ensemble des personnes qui ont le diagnostic de TPB. Il est également plausible que les associations observées dans le cadre de cette étude soient différentes chez d'autres individus TPB. Toutefois, une reproduction de ces résultats au sein d'autres études de cas empiriques évaluant les mêmes processus permettrait de tirer des conclusions plus robustes quant à l'association entre les émotions non-mentalisées et l'intégration identitaire. De plus, puisqu'il ne s'agit pas d'une étude expérimentale, l'effet de variables confondantes ne peut être écarté (par exemple : le passage du temps ou d'autres processus thérapeutiques tels que l'alliance). Par ailleurs, l'incidence de la honte n'a pu être évaluée, n'ayant pas été suffisamment verbalisée par la participante durant la psychothérapie. Il s'agit d'une limite de la GEVA qui ne donne accès qu'aux émotions verbalisées spontanément dans le discours, et ne permet donc pas d'évaluer le niveau de mentalisation des émotions qui ne sont pas abordées par la personne. La honte non-mentalisée demeure ainsi une candidate potentielle à l'explication de la PI et justifierait une investigation plus approfondie. Quant à l'anxiété, celle-ci a été évaluée de façon générale. Les résultats auraient pu être différents si le thème plus spécifique de la « peur d'abandon » avait été examiné. En ce qui concerne la méthode SMA, bien qu'à l'heure actuelle celle-ci demeure la méthode la plus fiable pour analyser de courtes séries de données autocorrélées, celle-ci

exige davantage de support empirique afin de s'assurer qu'elle est en mesure de détecter adéquatement les erreurs de type I et II (Borckardt et Nash, 2014). De plus, la sélection d'un intervalle de trois semaines pour évaluer la temporalité de l'association entre la mentalisation et l'intégration identitaire constitue également une autre limite de l'étude. En effet, un intervalle d'une semaine aurait probablement été plus judicieux puisque ce sont des processus qui évoluent au cours d'une même séance. Ce qui pourrait expliquer l'absence d'une association entre la mesure de l'intégration identitaire et les niveaux de mentalisation qui la précédaient de trois semaines. En revanche, un changement identitaire requiert du temps, et les ressources étaient limitées pour effectuer des analyses sur un échantillonnage plus grand.

Les résultats obtenus dans le cadre de cette étude demeurent néanmoins intéressants et contribuent à faire avancer la compréhension empirique de l'identité diffuse dans le TPB. L'association établie entre la mentalisation de la tristesse et l'intégration identitaire constitue un premier pas dans l'étude des mécanismes de la psychopathologie et leur incidence sur la PI. Une reproduction de ces résultats contribuerait à renforcer les conclusions de l'étude et ultimement à guider l'élaboration de traitements qui ciblent davantage les difficultés qui sont centrales au TPB.

Références

- Adler, G. et Buie, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development issues. *The International Journal of Psychoanalysis*, 60(1), 83-96.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. (4th ed., text revision). American Psychiatric Association.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). American Psychiatric Association.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (5th ed., text revision).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Baardseth, T. P., Goldberg, S. B., Pace, B. T., Wislocki, A. P., Frost, N. D., Siddiqui, J. R., Lindemann, A. M., Kivlighan, D. M., Laska, K. M., Del Re, A. C., Minami, T. et Wampold, B. E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 395-405.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.004>
- Baldwin, S. A. et Imel, Z. E. (2020). Studying specificity in psychotherapy with meta-analysis is hard. *Psychotherapy Research*, 30(3), 294-296.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1679403>
- Barkham, M. et Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. Dans M. Barkham, W. Lutz, et L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and*

- Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th ed., p. 135-189). John Wiley & Sons, Inc.
- Barkham, M., Lutz, W. et Castonguay, L. G. (Eds). (2021). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th ed.). John Wiley & Sons, Inc.
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2016). *Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- Bender, D. S. et Skodol, A. E. (2007). Borderline personality as a self-other representational disturbance. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 500-517.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.500>
- Bergin, A. E. et Strupp, H. H. (1970). The directions in psychotherapy research. *Journal of Abnormal Psychology*, 76(1), 13-26. <https://doi.org/10.1037/h0029634>
- Biermann, M., Schulze, A., Vonderlin, R., Bohus, M., Lyssenko, L. et Lis, S. (2023). Shame, self-disgust, and envy: An experimental study on negative emotional response in borderline personality disorder during the confrontation with the own face. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1082785.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1082785>
- Borckardt, J. J. et Nash, M. R. (2014). Simulation modelling analysis for small sets of single-subject data collected over time. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(3-4), 492-506.
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D. et O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis. *American Psychologist*, 63(2), 77-95.

- Bouchard, M.-A. et Lecours, S. (2004). Analyzing forms of superego functioning as mentalizations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85(4), 879–896.
<https://doi.org/10.1516/0020757041557656>
- Bouchard, M. A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L. M., Schachter, A. et Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66.
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S. et Deschenaux, E. (2012). What does sadness mean to BPD patients?. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 939-955.
<http://dx.doi.org/101521pedi2012266939>
- Bromberg, P. M. (1996). Standing in the spaces: The multiplicity of self and the psychoanalytic relationship. *Contemporary psychoanalysis*, 32(4), 509-535.
- Bromberg, P. M. (2009a). Multiple self-states, the relational mind, and dissociation: A psychoanalytic perspective. Dans P. F. Dell et J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (p. 637-652).
Routledge/Taylor & Francis Group.
- Bromberg, P. M. (2009b). Truth, human relatedness, and the analytic process: An interpersonal/relational perspective. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(2), 347-361.
- Bromberg, P. M. (2010). Minding the dissociative gap. *Contemporary Psychoanalysis*, 46(1), 19-31. <https://doi.org/10.1080/00107530.2010.10746037>

- Buchman-Wildbaum, T., Unoka, Z., Dudas, R., Vizin, G., Demetrovics, Z. et Richman, M. J. (2021). Shame in borderline personality disorder: Meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, 35(Supplement A), 149-161.
- Clarkin, J.F., Foelsch P.A., et Kernberg, O. F. (2001) *The Inventory of Personality Organization*. White Plains, NY: The Personality Disorders Institute. Weill College of Medicine of Cornell University.
- Clarkin, J., Levy, K., Lenzenweger, M. et Kernberg, O. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922-928.
- Courtois, C. A. et Ford, J. D. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. Guilford Press.
- Crowe, M. (2004). Never good enough – part 1: Shame or borderline personality disorder?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3), 327-334. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00732.x>
- Cuijpers, P. (2016). Are all psychotherapies equally effective in the treatment of adult depression? The lack of statistical power of comparative outcome studies. *Evidence Based Mental Health*, 19(2), 39-42. <https://doi.org/10.1136/eb-2016-102341>
- De Meulemeester, C., Vansteelandt, K., Luyten, P. et Lowyck, B. (2018). Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality disorder: A parallel process growth modeling approach. *Personality Disorders*, 9(1), 22-29. <https://doi.org/10.1037/per0000256>

- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P. et Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389-395.
- Fernandez, E. et Johnson, S. L. (2016). Anger in psychological disorders: Prevalence, presentation, etiology and prognostic implications. *Clinical Psychology Review*, 46, 124-135. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.012>
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. et Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders, (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. et Williams, J. B. W. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders, clinician version (SCID-CV)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Flyim, R. J., Aubry, T. D., Guindon, S., Tardif, L., Viau, M. et Gallant, A. (2002). Validation d'une version française abrégée du Outcome Questionnaire et évaluation d'un service de counselling en milieu clinique. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 17(3), 57-74.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129-1187.

- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. et Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. et Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22-31. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.1.22>
- Fonagy, P. et Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G. et 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. <https://doi.org/10.1080/07351692309349042>
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective Functioning Manual, version 5.0 for application to adult attachment interviews*. Unpublished manual. London: University College
- Gad, M. A., Pucker, H. E., Hein, K. E., Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M. et Zanarini, M. C. (2019). Facets of identity disturbance reported by patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 20 years of prospective follow-up. *Psychiatry Research*, 271, 76-82.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. et Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W W Norton & Co.

- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. et Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Howell, E. (2020). *Trauma and dissociation informed psychotherapy: Relational healing and the therapeutic connection*. WW Norton & Company.
- Howell, E. F. (2013). *The dissociative mind*. Routledge.
- Howell, E. F. et Itzkowitz, S. (2016). The everywhere-ness of trauma and the dissociative structuring of the mind. Dans E.F. Howell et S. Itzkowitz (Eds.), *The dissociative mind in psychoanalysis* (p. 33-43). Routledge.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. Plenum Press.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. Plenum Press.
- Jørgensen, C. R. (2006). Disturbed sense of identity in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 618-644.
- Jørgensen, C. R. (2010). Invited essay: Identity and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 344-364.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418-428.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Kernberg, O. F. (1976). Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24(4), 795-829. <https://doi.org/10.1177/000306517602400403>
- Kernberg, O. F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Rowman & Littlefield.

- Kernberg, O. F. (2005). Identity diffusion in severe personality disorders. Dans S. Strack (Ed.), *Handbook of personology and psychopathology* (p. 39–49). John Wiley & Sons, Inc.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: recent findings and clinical implications. *The Psychoanalytic Quarterly*, 75(4), 969-1004. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2006.tb00065.x>
- Kernberg, O. F. (2018). *Treatment of severe personality disorders: Resolution of aggression and recovery of eroticism*. American Psychiatric Association Publishing.
- Kernberg, O. F. et Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. Dans J. F. Clarkin, et M. F. Lenzenweger (eds.), *Major theories of personality disorder* (2nd ed., p. 114-156). New York: Guilford.
- Köhling, J., Ehrenthal, J. C., Levy, K. N., Schauenburg, H. et Dinger, U. (2015). Quality and severity of depression in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 37, 13-25. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.002>
- Korner, A., Gerull, F., Meares, R. et Stevenson, J. (2008). The nothing that is something: Core dysphoria as the central feature of borderline personality disorder. Implications for treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 62(4), 377-394. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2008.62.4.377>
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Berthoud, L., de Roten, Y., Marquet, P., Kolly, S., Despland, J.-N. et Page, D. (2016). Assertive anger mediates effects of dialectical behaviour-informed skills training for borderline personality disorder: A

- randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(3), 189-202. <https://doi.org/10.1002/cpp.1956>
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Analytic Press, Inc.
- Lambert M. J., Hansen N. B., Umphress V., Lunnen K., Okiishi J., Burlingame G. M., Reisinger C. W. (1996) *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J., Okiishi, J. C., Finch, A. E. et Johnson, L. D. (1998). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(1), 63-70.
- Lansky, M. R. (1987). Shame in the family relationships of borderline patients. Dans J. S. Grotstein, M. F. Solomon, et J. A. Lang (Eds.), *The borderline patient: Emerging concepts in diagnosis, psychodynamics and treatment*, Vols. 1 et 2 (p. 187–199). Analytic Press, Inc.
- Laska, K. M., Gurman, A. S. et Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467–481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Lecours, S. (1995). *Manuel de cotation de la Grille de l'Élaboration Verbale des Affects (GÉVA)*. Unpublished manuscript.
- Lecours, S. (2016). Niveaux de mentalisation de la souffrance en clinique : Agonie, détresse et tristesse adaptative. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 235-257.

- Lecours, S. (2021). Élaboration des émotions. Dans R. Miljkovitch et C. Beauvais (Eds). *L'élaboration mentale : comprendre les mécanismes qui sous-tendent la santé mentale* (p.13-23). Elsevier Masson.
- Lecours, S. et Bouchard, M. A. (2011). Verbal elaboration of distinct affect categories and BPD symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 26-41.
- Lecours, S. et Bouchard, M.-A. (1997). Dimensions of mentalisation : Outlining levels of psychic transformation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 78(5), 855-875.
- Lecours, S., Bouchard, M.-A., St-Amand, P. et Perry, J. C. (2000). Assessing verbal elaboration of affect in psychotherapy: A preliminary report and single case study. *Psychotherapy Research*, 10(1), 47-56.
- Lecours, S., Robert, G. et Desruisseaux, F. (2009). Alexithymie et élaboration verbale de l'affect chez des adultes souffrant d'une pathologie respiratoire. [Alexithymia and verbal elaboration of affect in adults suffering from a respiratory disorder.]. *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 59(3), 187-195. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2009.03.001>
- Lecours, S., Sanlian, N. et Bouchard, M. (2007). Assessing verbal elaboration of affect in clinical interviews: Exploring sex differences. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(3), 227-247. <https://doi.org/10.1521/bumc.2007.71.3.227>
- Leichsenring F. (2004). Quality of depressive experiences in borderline personality disorders: differences between patients with borderline personality disorder and

- patients with higher levels of personality organization. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(1), 9–22. <https://doi.org/10.1521/bumc.68.1.9.27729>
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F. et 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. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.577>
- Levy, K. N., Edell, W. S. et McGlashan, T. H. (2007). Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 78(2), 129-143. <https://doi.org/10.1007/s11126-006-9033-8>
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F. et Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027-1040. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Liotti, G. (1999). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(5), 757-783. <https://doi.org/10.1080/07351699909534275>
- Liotti, G. et Farina, B. (2016). Painful incoherence: The self in borderline personality disorder. Dans M. Kyrios, R. Moulding, G. Doron, S. S. Bhar, M. Nedeljkovic et M. Mikulincer (Eds.) *The self in understanding and treating psychological*

- disorders* (p. 169-178). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781139941297.018>
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E. et Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 297-325.
- Luyten, P., Campbell, C. et Fonagy, P. (2020). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and identity: A social-communicative approach. *Journal of Personality*, 88(1), 88-105. <https://doi.org/10.1111/jopy.12483>
- Luyten, P., De Meulemeester, C. et Fonagy, P. (2021). The self–other distinction in psychopathology: Recent developments from a mentalizing perspective. Dans M. Gilead et K. N. Ochsner (Éds.), *The neural basis of mentalizing* (p. 659-680). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-51890-5_34
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D. et al. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 279-284.
- Martel, D. et Lecours, S. (2013). Analyse critique du rôle accordé à l'interprétation du clivage dans la psychothérapie focalisée sur le transfert : contraste avec le traitement centré sur la mentalisation. *Psychothérapies*, 33, 177-194.
<https://doi.org/10.3917/psys.133.0177>
- Marty, P. (1996). *Mentalisation et psychosomatique* (2e éd). Synthélabo.

- McCullough, L., Larsen, A. E., Schanche, E., Andrews, S., Kuhn, N., Hurley, C. L. et Jia Cui, X. (2003). *Achievement of therapeutic objectives scale: ATOS scale*. Unpublished manual.
- McLeod, J. et Elliott, R. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 11*(1), 1-10.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). Guilford Press.
- Meares, R. (2012). *Borderline personality disorder and the conversational model: A clinician's manual*. W. W. Norton & Company.
- Meares, R., Gerull, F., Stevenson, J. et Korner, A. (2011). Is self disturbance the core of borderline personality disorder? An outcome study of borderline personality factors. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 45*(3), 214-222.
- Miljkovitch, R., Deborde, A.-S., Bernier, A., Corcos, M., Speranza, M. et Pham-Scottez, A. (2018). Borderline personality disorder in adolescence as a generalization of disorganized attachment. *Frontiers in Psychology, 9*, Article 1962. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01962>
- Mosquera, D., Gonzalez, A. et Leeds, A. M. (2014). Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: The role of insecure and disorganized attachment. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 1*(1), 15. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-15>
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L. et Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder.

- Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 832-839.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017>
- Nickell, A. D., Waudby, C. J. et Trull, T. J. (2002). Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 148-159. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.2.148.22544>
- Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Dupont, G., Poitras, K., Foelsh, P. et Clarkin, J. (2002). Évaluation de la validité théorique de l'Inventaire de l'organisation de la personnalité. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 34(1), 59-65.
- Philippe, F. L., Koestner, R., Beaulieu-Pelletier, G. et Lecours, S. (2011). The role of need satisfaction as a distinct and basic psychological component of autobiographical memories: A look at well-being. *Journal of Personality*, 79(5), 905-938.
- Philippe, F. L., Koestner, R., Beaulieu-Pelletier, G., Lecours, S. et Lekes, N. (2012). The role of episodic memories in current and future well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(4), 505-519.
- Philippe, F. L., Vallerand, R. J. et Lavigne, G. L. (2009). Passion does make a difference in people's lives: A look at well-being in passionate and non-passionate individuals. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(1), 3-22.
- Rogers, J. H., Widiger, T. A. et Krupp, A. (1995). Aspects of depression associated with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(2), 268-270. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.2.268>
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., Jacob, G. A., Corrigan, P. W. et Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women

- with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500-508. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.3.500>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. (2013). Psychological well-Being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28. <https://doi.org/10.1159/000353263>
- Ryff, C. D. et Keyes (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Ryle, A. (1997a). Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method. Dans G. Dimaggio, Semerari G., Carcione A., Nicolo A. et M. Procacci (Eds.), *Psychotherapy of personality disorders*. Routledge.
- Ryle, A. (1997b). The structure and development of borderline personality disorder: A proposed model. *The British Journal of Psychiatry*, 170(1), 82-87. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.1.82>
- Silk, K. R. (2010). The quality of depression in borderline personality disorder and the diagnostic process. *Journal of Personality Disorders*, 24(1), 25-37. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.1.25>
- Sollberger, D., Gremaud-Heitz, D., Riemenschneider, A., Küchenhoff, J., Dammann, G. et Walter, M. (2012). Associations between identity diffusion, Axis II disorder,

- and psychopathology in inpatients with borderline personality disorder.
Psychopathology, 45(1), 15-21.
- Sollberger, D., Gremaud-Heitz, D., Riemenschneider, A., Agarwalla, P., Benecke, C., Schwald, O., Küchenhoff, J., Walter, M. et Dammann, G. (2015). Change in identity diffusion and psychopathology in a specialized inpatient treatment for borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), 559–569. <https://doi.org/10.1002/cpp.1915>
- Sollberger, D., Gremaud-Heitz, D., Riemenschneider, A., Küchenhoff, J., Dammann, G., et Walter, M. (2011). Associations between identity diffusion, axis II disorder, and psychopathology in inpatients with borderline personality disorder.
Psychopathology, 45(1), 15-21.
- Southwick, S. M., Yehuda, R. et Giller, E. L. (1995). Psychological dimensions of depression in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(5), 789–791. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.5.789>
- Steele, K., Boon, S. et van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical, integrative approach*. W W Norton & Co.
- Tomkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, consciousness: II. The Negative Affects*. Springer.
- Trumbull, D. (2003). Shame: An acute stress response to interpersonal traumatization.
Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 66(1), 53-64.
<https://doi.org/10.1521/psyc.66.1.53.20288>
- Unoka, Z. et Vizin, G. (2017). To see in a mirror dimly. The looking glass self is self-shaming in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 258, 322-329.

- Valen, J., Ryum, T., Svartberg, M., Stiles, T. C. et McCullough, L. (2011). The Achievement of Therapeutic Objectives Scale: Interrater reliability and sensitivity to change in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy. *Psychological Assessment, 23*(4), 848-855.
- Vater, A., Schröder-Abé, M., Weissgerber, S., Roepke, S. et Schütz, A. (2015). Self-concept structure and borderline personality disorder: Evidence for negative compartmentalization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 46*, 50-58.
- Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. Guilford Press.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. et Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, « all must have prizes. » *Psychological Bulletin, 122*(3), 203-215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>
- Westen, D., Moses, M. J., Silk, K. R., Lohr, N. E., Cohen, R. et Segal, H. (1992). Quality of depressive experience in borderline personality disorder and major depression: When depression is not just depression. *Journal of Personality Disorders, 6*(4), 382-393.
- Wilkinson-Ryan, T. et Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry, 157*(4), 528-541.
- Yen, S., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C. et Morey, L. C. (2004). Borderline personality

- disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1296-1298.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.7.1296>
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. et Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Publishing.
- Zanarini, M. C. et Frankenburg, F. R. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 518-535.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, J., Khera, G. S. et Gunderson, J. G. (1998). The pain of being borderline: Dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 6(4), 201-207.
<https://doi.org/10.3109/10673229809000330>
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E. et al. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 291-299.
- Zittel C., Bradley, R. et Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 69-77.
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198138.41709.4f>
- Zittel C. et Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 867-875.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.867>

Tableau 1 Mesures du fonctionnement

	Pré-traitement	Post-traitement	6 mois après
Mentalisation de la tristesse	2,19	3,45	
Mentalisation de l'hostilité	1,57	2,20	
Mentalisation de la peur	2,39	2,89	
Identité	83,33	165	
Sévérité des symptômes	92	20	24
Intégration de l'identité	72	42	32
Bien-être	4	5,44	5,83
Nombre de critères TPB (301.83)	7 critères	3 critères	
Trouble dépressif non spécifié (311)	Présent	Absent	
Dépendance (304.20)	Présent	Absent	

Notes. Mentalisation de la tristesse = score pondéré de la Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect (GEVA) pour la tristesse; Mentalisation de l'hostilité = combinaison des scores pondérés de la GEVA pour la colère, le mépris et le dégoût; Mentalisation de la peur = score pondéré de la GEVA pour la peur; Identité = somme des scores des échelles Sense of Self (SoS) et Sens of Other (SoO) de l'Achievement of Therapeutic Objective Scale (ATOS); Sévérité des symptômes = scores de l'Outcome Questionnaire (OQ.45.2); Intégration de l'identité = échelle d'intégration identitaire de l'Inventory of Personality Organization (IPO-57), un score élevé correspond à une diffusion identitaire plus élevée; Bien-être = score du Personal Well Being (PWB), un score élevé correspond à plus de bien-être psychologique; Nombre de critères TPB (301.83) = critères du trouble de personnalité borderline établis par le Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II); Trouble dépressif non spécifié (311) = critères établis par le Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I); Dépendance (304.20) = critères établis par le SCID-I

Figure 1. Évolution des symptômes, des niveaux de mentalisation des émotions et du degré d'intégration identitaire en fonction du nombre de séances de psychothérapie

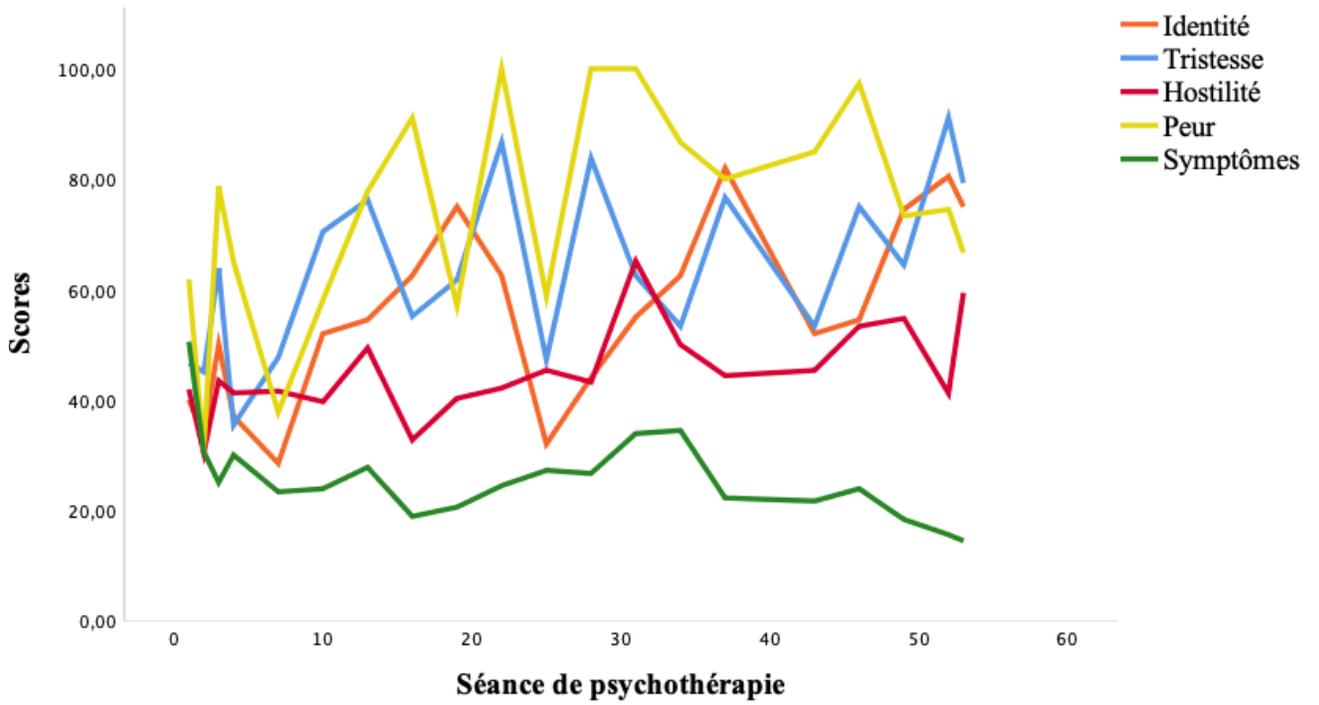


Tableau 2

Corrélations de Pearson entre le nombre de séances, les niveaux de mentalisation de la tristesse, de l'hostilité et de la peur, de l'intégration identitaire et des symptômes

Variables	1	2	3	4	5	6
1. Nombre de séances	---					
2. Mentalisation de la tristesse	0,56**	---				
3. Mentalisation de l'hostilité	0,59**	0,35	---			
4. Mentalisation de la peur	0,45*	0,51*	0,43	---		
5. Intégration de l'identité	0,70**	0,63**	0,29	0,38	---	
6. Niveau de symptômes	-0,58**	-0,48*	-0,07	-0,06	-0,59**	---

Notes. Nombre de séances = nombre de séances de psychothérapie; Mentalisation de la tristesse = score pondéré de la Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect (GEVA) pour la tristesse; Mentalisation de l'hostilité = combinaison des scores pondérés de la GEVA pour la colère, le mépris et le dégoût; Mentalisation de la peur = score pondéré de la GEVA pour la peur; Intégration de l'identité = somme des scores des échelles Sense of Self (SoS) et Sens of Other (SoO) de l'Achievement of Therapeutic Objective Scale (ATOS); Niveau de symptômes = scores de l'Outcome Questionnaire (OQ.45.2)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tableau 3

Corrélations-croisées entre les niveaux de mentalisation de la tristesse, de l'hostilité et de la peur et le degré d'intégration identitaire pour chaque simulation

Intégration identitaire	
1. Mentalisation de la tristesse	
Lag -1	0,34
Lag 0	0,57**
Lag +1	0,14
2. Mentalisation de l'hostilité	
Lag -1	0,17
Lag 0	0,08
Lag +1	0,25
3. Mentalisation de la peur	
Lag -1	0,18
Lag 0	0,33
Lag +1	0,26

Notes. Mentalisation de la tristesse = score pondéré de la Grille de l'Élaboration Verbale de l'Affect (GEVA) pour la tristesse; Mentalisation de l'hostilité = combinaison des scores pondérés de la GEVA pour la colère, le mépris et le dégoût; Mentalisation de la peur = score pondéré de la GEVA pour la peur; Intégration de l'identité = somme des scores des échelles Sense of Self (SoS) et Sens of Other (SoO) de l'Achievement of Therapeutic Objective Scale (ATOS); Lag -1 = L'augmentation et/ou la diminution du degré d'intégration identitaire précède l'augmentation et/ou la diminution du niveau de mentalisation; le degré d'intégration identitaire et les niveaux de mentalisation augmentent ou diminuent dans un même intervalle de temps; Lag +1 = L'augmentation et/ou la diminution des niveaux de mentalisation précède l'augmentation et/ou la diminution du degré d'intégration identitaire

** $p < 0,01$

Chapitre 4 – Conclusion générale

Ce chapitre vise d'abord un retour sur les objectifs de la thèse et des principaux résultats qui se dégagent de l'étude de cas empirique qui a été réalisée. Une discussion est ensuite proposée sur les implications de ces résultats, à la lumière des idées formulées dans l'article théorique de la thèse. Ce chapitre se conclut par une réflexion générale sur les différentes voies de changement thérapeutique de l'intégration identitaire.

1. Objectifs généraux de la thèse et principaux résultats

Cette thèse se déclinait en deux volets, soit un volet d'ordre conceptuel et un autre empirique, séparés en fonction de leurs objectifs respectifs. Dans un premier temps, l'objectif de l'article théorique consistait à présenter une réflexion critique, ancrée dans les théories psychanalytiques relationnelles, des avantages que présente la dissociation vis-à-vis du clivage dans la compréhension des principales manifestations de la PI au sein du TPB. La PI se caractérise essentiellement par une oscillation chronique entre différentes facettes de soi labiles, extrêmes et douloureuses. La formulation de Kernberg (1967, 1985, 2018), centrée sur le clivage, tient compte principalement de la gestion pathologique de l'agressivité et laisse de côté certaines des caractéristiques fondamentales de la PI, notamment la présence d'une souffrance indifférenciée reflétant des vécus de honte, d'anxiété relationnelle et de dysphorie extrême (Wilkinson-Ryan et Westen, 2000; Unoka et Vizin, 2017; Westen et al., 1992). En incluant la dissociation à la compréhension de la PI, il était possible de tenir compte des différentes facettes du vécu émotionnel borderline. L'une des propriétés de ces états émotionnels, qui n'a pas été abordée de façon extensive dans le premier article, concerne la « qualité » de la souffrance qu'ils génèrent. En effet, la souffrance dans le TPB s'exprime de façon intense, concrète et peu différenciée, ce qui

laisse entrevoir un échec des processus de mentalisation à contenir et à transformer l'expérience émotionnelle pour la rendre tolérable et davantage abstraite (Bouchard et al., 2008; Lecours et Bouchard, 2011; Fonagy et Bateman, 2007, 2008). À ce jour, aucune étude n'a investigué la nature de la relation qui existe entre les émotions non-mentalises et la PI.

Le deuxième article de la thèse visait donc à explorer l'association entre diverses émotions spécifiques non-mentalises et l'intégration identitaire dans le cadre d'une étude de cas empirique réalisée au sein d'une psychothérapie psychodynamique d'une patiente ayant un TPB. Le choix d'une méthodologie à cas unique s'avérait judicieux dans un contexte où les connaissances empiriques sont insuffisantes, car celle-ci permet l'examen intensif des mécanismes de la psychopathologie et de leur covariation dans le temps (Barkham et Lambert, 2021). Les émotions investiguées dans le cadre de l'étude étaient la mentalisation de la tristesse, de la colère et de l'anxiété. Les résultats obtenus ont permis d'identifier que le type de souffrance générée par une tristesse non-mentalisée est la plus associée à la PI, et que les processus de mentalisation et d'intégration identitaire évoluent de façon conjointe dans le temps. La prochaine section du chapitre servira à mettre en contexte ces résultats à la lumière des propositions formulées dans le premier article de la thèse.

2. Discussion sur la contribution de la mentalisation des émotions et de la dissociation dans la compréhension de la perturbation identitaire

2.1 Contribution spécifique de la tristesse peu mentalisée

Les résultats de l'étude de cas (article 2) suscitent plusieurs questions qui méritent d'être approfondies, l'une d'entre elles concerne la contribution spécifique de la tristesse

peu mentalisée à la PI. En effet, pourquoi la tristesse moins bien mentalisée semble davantage associée à la PI que les autres émotions? Il faut se rappeler que la tristesse est l'expression prototypique de la souffrance associée à une perte. Une tristesse vécue de façon mentalisée permet à l'individu de mobiliser ses ressources internes et externes afin de favoriser une réaction adaptative à la perte (Lecours, 2021). Lorsque la tristesse est peu mentalisée, la perte, qu'il s'agisse de la perte de soi ou de la perte de l'autre, est vécue de façon concrète et génère une souffrance si vive qu'elle semble difficilement intégrable au sens de soi.

Une étude qualitative récente semble également suggérer que la souffrance associée à une perte est une dimension importante de l'expérience d'une identité diffuse dans le TPB (Jørgensen et Bøye, 2022). Les auteurs de cette étude ont recruté, au sein d'une population clinique, 16 participantes TPB dont l'âge moyen était de 27,6 ans. Ceux-ci ont identifié neuf catégories dans le discours des participantes qui reflètent l'expérience subjective d'une identité diffuse, soit (1) une image de soi instable et non-intégrée, (2) l'utilisation de différentes façades pour stabiliser le soi, (3) une souffrance associée au fait de percevoir le soi comme endommagé, (4) un sentiment d'aliénation sociale, (5) des sentiments de vide et de solitude, (6) l'absence d'agentivité, (7) un besoin d'attention afin de stabiliser le soi, (8) ne pas se sentir en mesure de gérer ses relations interpersonnelles et (9) l'utilisation de la sexualité afin de se distraire et de réguler les états émotionnels souffrants.

Parmi ces catégories, le fait de se percevoir comme étant brisé, vulnérable ou endommagé ainsi que les sentiments de vide et de solitude impliquent une souffrance que l'on peut associer d'une part à la perte de soi, et d'autre part, à la perte de l'autre. Un

incident au travail ou un échec scolaire peut provoquer un effondrement du soi chez l'individu borderline, car ces événements sont vécus comme une preuve irréfutable de failles dans le fonctionnement, d'une inaptitude fondamentale ou d'une vulnérabilité intrinsèque plutôt que comme des erreurs de parcours « réparables », par exemple. L'indisponibilité des proches ou un commentaire critique sont éprouvés comme une perte définitive de l'autre qui fait perdre son sens à la vie et alimente un fatalisme à l'origine de comportements autodestructeurs (par exemple : abus de substances, automutilation, achats compulsifs, sexualité à risque, etc.). La perte est si douloureuse qu'elle ne peut être représentée en termes d'états mentaux, ce qui laisse l'individu dans un état d'impuissance et de souffrance « sans fin », n'ayant pas de prise sur son monde interne. À cet égard, les autres émotions semblent dans une certaine mesure moins fondamentales à l'intégration de la perte qu'une tristesse bien mentalisée. La souffrance associée à ces émotions serait ainsi secondaire à la souffrance de perte, ce qui expliquerait que la gestion de celles-ci s'effectue à travers d'autres mécanismes de régulation qui pourraient s'apparenter à une forme de coupure moins prononcée que dans la dissociation. Conséquemment l'incidence serait plus faible sur la PI. La colère peut être conceptualisée comme une réaction de refus ou de protestation contre la perte (qui peut donner une impression de contrôle et un semblant de cohérence et de stabilité) et l'anxiété comme une peur de perdre l'autre, et donc une peur de souffrir qui peut s'articuler par des comportements visant à éviter la perte (critère 1 : anxiété d'abandon). Il semble que la tristesse est plus directement associée au fait de souffrir d'une perte, et une expression non mentalisée de cette souffrance sera prompte à être dissociée. En appui à cette hypothèse, une étude prospective a démontré que l'inhibition de la tristesse, plutôt que de la colère, durant l'enfance et l'adolescence était

associée aux symptômes de TPB à l'âge adulte (Vogel et al., 2023). La honte par ailleurs, et son association à la PI, mériterait d'être davantage étudiée empiriquement, car celle-ci est reconnue pour engendrer une souffrance intense qui mène généralement à un échec d'intégration, une forme de perte de soi peut-être (Rudy et al., 2022).

2.2 Association entre la mentalisation et la dissociation

En ce qui concerne la dissociation, celle-ci n'a pas été évaluée dans le cadre du deuxième volet de la thèse, ce qui constitue une limite considérable de l'étude de cas empirique qui a été réalisée. En tenant compte de cette limite, il n'est possible que de spéculer qu'un défaut d'intégration identitaire est la conséquence de la dissociation. Cette limite découle de l'objectif principal de l'étude qui consistait à explorer le rôle des émotions peu mentalisées et leur association à la PI. De façon plus large, l'objectif de la thèse était d'améliorer la compréhension de la PI en précisant la contribution de la dissociation et des émotions peu mentalisées à la PI. L'évaluation empirique de la dissociation aurait sans conteste éclairé davantage les liens qui unissent la mentalisation et la dissociation. En revanche, l'investigation de cette relation ne constituait pas le point d'intérêt central de la thèse qui était plutôt de poursuivre et d'alimenter la réflexion sur l'utilité de la dissociation dans l'explication de la PI et d'approfondir les connaissances au sujet de l'association entre les émotions peu mentalisées et la PI. À cet égard, plusieurs questions restent en suspens, notamment : quels sont les liens qui unissent les processus de mentalisation et la dissociation? Une meilleure mentalisation des émotions peut-elle contribuer à faire diminuer la dissociation et réduire la PI? Pour répondre à ces questions, il est pertinent de considérer l'effet du trauma relationnel sur le développement identitaire.

Le trauma relationnel réfère à tout type d'événements, vécus au sein de la relation d'attachement, au potentiel délétère pour la santé, le bien-être ou le développement de l'enfant (Butchart et al., 2006). Ce type de trauma est considéré avoir un impact négatif plus grand sur les capacités de mentalisation et la vision de soi et des autres et, mène à plus de détresse et de dissociation, que les traumas extrafamiliaux, tels que les accidents ou les désastres (Allen, 2019; Forbes et al., 2014; Reiland et Clark, 2017; Schimmenti, 2015; Schimmenti et Caretti, 2016). Ceci en raison de l'immaturation de l'enfant et de son statut de dépendance au parent qui, dans le contexte de traumas familiaux, risque de développer un attachement insécure (ambivalent ou désorganisé). Les stratégies d'approche et d'évitement qui opèrent dans un attachement insécure (surtout désorganisé) nuisent au développement de la mentalisation et d'une vision intégrée de soi et des autres (Fonagy et Luyten, 2009, 2018; Liotti, 1992, 2004, 2006). En effet, les états émotionnels vécus sous le couvert du trauma relationnel, de par leur intensité et leur nature dangereuse en relation, ont tendance à être écartés de la conscience (« non-soi ») afin de préserver le sentiment de continuité personnelle et le lien d'attachement, au détriment d'une cohérence entre les différents états du soi (Bromberg, 2008). Ce qui contribue à maintenir ces états sous une forme dérégulée et non-élaborée ou non-formulée (Stern, 2018). Ils deviennent ainsi très peu accessibles pour un travail d'élaboration et d'appropriation de l'expérience subjective, ce qui mène au développement et au maintien de la PI.

Dans un contexte clinique, le travail d'intégration identitaire doit cibler la prise de contact avec les états émotionnels douloureux afin de leur donner une existence au sein de la réalité psychique de l'individu. Une des considérations qui pourrait venir à l'esprit du clinicien serait de vouloir savoir de quelle manière il est possible de favoriser la prise de

contact d'états du soi douloureux chez le patient alors qu'une partie de sa réalité subjective est farouchement maintenue à l'écart par des barrières dissociatives qui servent à le protéger. Les résultats de l'étude peuvent nous éclairer à ce sujet. Il semble en effet que la mentalisation des émotions et l'intégration identitaire soient des processus qui évoluent conjointement. Cela pourrait impliquer que les deux processus s'influencent et s'alimentent mutuellement, d'une part une expérience émotionnelle davantage tolérée et élaborée favorise l'introspection et l'émergence d'un sens de soi intégré, et d'autre part une vision plus nuancée et bienveillante de soi soutient la capacité d'élaboration et d'appropriation. Autrement dit, la dissociation peut être abordée sur deux fronts, soit en ciblant un travail d'intégration des états dissociés (par exemple : diminuer l'autocritique, établir des limites entre soi et les autres, augmenter l'estime de soi, etc.), ou en favorisant la tolérance aux émotions et leur élaboration (par exemple : réguler les émotions, identifier les besoins affectifs, accepter l'expérience émotionnelle et établir des liens de signification).

Peu d'études ont investigué la relation entre la mentalisation et la dissociation. Toutefois, celles qui l'ont fait tendent à démontrer qu'une faible mentalisation prédit l'occurrence de la dissociation chez les individus ayant vécu des traumatismes dans l'enfance (Huang et al., 2020; Wagner-Skacel et al., 2022). La même association a été identifiée auprès d'une population adulte ayant des symptômes dépressifs et un historique de trauma relationnel (Bogdanović et al., 2023). Une faible mentalisation pourrait ainsi être considérée comme un précurseur aux expériences dissociatives. Cette hypothèse concorde avec les principes généraux des approches thérapeutiques centrées sur le trauma (et des approches relationnelles de façon générale), qui vise une plus grande tolérance aux

émotions (une composante de la mentalisation) dans les premières phases du traitement (stabilisation) avant de travailler sur l'intégration des mémoires traumatiques (Brand et al., 2022; Courtois et Ford, 2013; Herman, 1992; Steele et al., 2005; van der Hart et al., 2006).

3. Contribution de la thèse et implications cliniques

La contribution de cette thèse suggère essentiellement que le travail d'intégration des états dissociés peut prendre différentes formes qui ne se limitent pas à une approche conceptuelle ou à un traitement spécifique. Une meilleure mentalisation des émotions et l'une des voies de changement thérapeutique possible, tel que suggéré par les résultats de l'étude réalisée dans le cadre de cette thèse, ce qui va au-delà de la formulation originale de Kernberg qui soutient que l'interprétation du clivage est l'ultime moyen de résoudre la PI. En parallèle, une approche centrée sur un travail d'intégration identitaire (dont la résolution du clivage fait partie) peut également contribuer à diminuer la dissociation, et par conséquent réduire la PI. Les implications cliniques des idées formulées dans cette thèse, et des résultats qui en découlent, permettent d'élargir la vision du changement thérapeutique. L'une de ces implications est de considérer la dissociation comme un mécanisme qui transcende les approches et les diagnostics dans la compréhension des troubles de la personnalité (la PI étant considéré comme le cœur des manifestations principales de la plupart des troubles de personnalité), semblable à la mentalisation (Howell, 2020). Dans ce contexte, la mentalisation et la dissociation peuvent être représentées comme deux facettes d'une même pièce : les états émotionnels intenses et mal mentalisés sont inévitablement mis à l'écart, et cette mise à l'écart (la dissociation) nuit à la mentalisation de ces états en les écartant des processus de liaison.

Le traitement des troubles de la personnalité pourrait ainsi être bonifié en incluant le trauma et la dissociation dans la vision et la compréhension du changement thérapeutique, ce qui est suggéré par les approches relationnelles. Si l'on revient à la question formulée au début de ce chapitre, celle-ci pose le dilemme du clinicien placé devant une expression urgente et intense d'états émotionnels qui nécessitent une régulation, mais sur lesquels le patient n'a pas de prise : de quelle manière le clinicien peut-il dans ce cas favoriser la prise de contact sans pour autant déclencher un débordement affectif plus sévère?

Les approches relationnelles, ou orientées vers le trauma, énoncent plusieurs propositions à cet effet qui ne sont pas l'apanage d'une seule approche, mais qui s'apparentent plutôt à l'essence du travail thérapeutique. Ce travail est principalement basé sur la prise de contact graduelle avec son monde interne au sein d'une relation thérapeutique sécurisante. Cette prise de contact s'effectue généralement en deux phases ou stades essentiels du traitement, d'abord l'instauration d'un sentiment de sécurité (stabilisation), et ensuite la reconstitution du passé et le deuil (intégration; Herman, 1992).

La tolérance aux émotions négatives dans la phase de stabilisation pourrait constituer une première étape vers la réduction de la dissociation. Les processus déclaratifs (par exemple, interprétation du clivage, élaboration des émotions, prise en compte de différentes perspectives, dont celle des autres) et non déclaratifs (par exemple : interventions de soutien, communication non verbale, attitude, posture et qualité de la présence du psychothérapeute) qui opèrent au sein de la relation thérapeutique pourraient contribuer à favoriser la tolérance émotionnelle et ainsi réduire graduellement la dissociation au profit d'une acceptation et d'une appropriation de son monde interne.

La deuxième phase du traitement, quant à elle, vise l'intégration des mémoires traumatiques. Les techniques thérapeutiques employées dans ce contexte sont variées et visent la réduction de la phobie associée aux émotions et aux mémoires traumatiques. Il peut être question notamment de prendre conscience de la souffrance vécue au sein des relations significatives, reconnaître l'impact de cette souffrance sur le soi et les stratégies qui ont été mises en place pour y faire face (par exemple : évitement; Courtois et Ford, 2013). L'attachement conflictuel aux figures parentales est également un aspect important du travail d'intégration. En effet, certaines parties de soi peuvent être habitées par des sentiments de rage, d'humiliation et de peur vis-à-vis de la figure d'attachement (phobie de l'attachement), alors que d'autres hébergent les sentiments de dépendance et d'amour, ou encore des sentiments de vulnérabilité, d'abandon ou de rejet (phobie de la perte; Steele et van der Hart, 2014). Les interventions dans ce contexte consistent à aider le patient à prendre conscience des différentes réalités émotionnelles qui l'habitent, afin que celles-ci puissent participer à une vision plus englobante et représentative de soi et des autres. Ce travail se fait en parallèle d'un travail d'élaboration de la perte qui s'exprime notamment par une prise de conscience de la signification de cette perte pour l'individu (par exemple : la réalisation que certains besoins affectifs, désirs ou aspirations n'ont pu être comblés).

Une souffrance davantage contenue et tolérée favorise la liaison des expériences douloureuses au sens de soi à travers des liens de signification, ce qui libère les ressources de l'individu engagées dans l'effort défensif, au profit d'un plus grand accès à la richesse de son expérience émotionnelle (incluant notamment les propriétés informatives et adaptatives des émotions) et d'une reconnexion à soi, aux autres et au présent.

Les réflexions élaborées à partir des résultats de l'étude de cas, et présentées dans ce chapitre, demeurent spéculatives. Des travaux empiriques ultérieurs sont nécessaires afin de mettre à l'épreuve ces idées. Le travail présenté dans le cadre de cette thèse s'inscrit dans un courant théorique en émergence dont les recherches futures pourront en confirmer ou raffiner la portée. De façon plus générale, l'usage exclusif d'une approche psychodynamique pour formuler et élaborer les idées présentées dans le cadre de cette thèse constitue une limite qui peut diminuer la portée des hypothèses énoncées et des résultats obtenus, puisque d'autres approches pertinentes ont également abordé la question de la dissociation et de la perturbation identitaire dans le TPB (par exemple : l'approche biopsychosociale). L'angle d'approche du présent travail fait en sorte qu'il n'est pas possible de déterminer dans quelle mesure et de quelle façon les hypothèses qui ont été proposées ou les résultats de l'étude s'arriment à des cadres théoriques différents.

Références

- Allen, J. G. (2019). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. Routledge.
- Barkham, M. et Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. Dans M. Barkham, W. Lutz, et L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change : 50th anniversary edition* (7th ed., p. 135-189). John Wiley & Sons, Inc.
- Bogdanović, A., Radev, M. T. ET Stanojević, T. S. (2023). Disorganized attachment, mentalization and dissociation in context of childhood trauma: Implications for depressive symptoms. *Child Abuse Review*, 32(2), e2798.
<https://doi.org/10.1002/car.2798>
- Bouchard, M. A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L. M., Schachter, A. et Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 47-66.
- Brand, B. L., Schielke, H. J., Schiavone, F. et Lanius, R. A. (2022). *Finding solid ground: Overcoming obstacles in trauma treatment*. Oxford University Press.
- Bromberg, P. M. (2008). "Grown-up" words: An interpersonal/relational perspective on unconscious fantasy. *Psychoanalytic Inquiry*, 28(2), 131-150.
- Butchart, A., Kahane, T., Phinney, H. A., Mian, M. et Furniss, T. (2006). *Preventing child trauma: A guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect.

- Courtois, C. A. et Ford, J. D. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. Guilford Press.
- Fonagy, P. et Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder—a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4-21.
- Fonagy, P. et Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83-101.
- Fonagy, P. et Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381.
- Fonagy, P. et Luyten, P. (2018). Attachment, mentalizing, and the self. Dans W. J. Livesley et R. Larstone (Eds.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (2nd ed., p. 123-140). The Guilford Press.
- Forbes, D., Lockwood, E., Phelps, A., Wade, D., Creamer, M., Bryant, R. A., McFarlane, A., Silove, D., Rees, S., Chapman, C., Slade, T., Mills, K., Teesson, M. et O'Donnell, M. (2014). Trauma at the hands of another: Distinguishing PTSD patterns following intimate and nonintimate interpersonal and noninterpersonal trauma in a nationally representative sample. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(2), 147-153. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08374>
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. et Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W W Norton & Co.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.

- Howell, E. (2020). *Trauma and dissociation informed psychotherapy: Relational healing and the therapeutic connection*. WW Norton & Company.
- Huang, Y. L., Fonagy, P., Feigenbaum, J., Montague, P. R., Nolte, T. et London Personality and Mood Disorder Research Consortium, A. (2020). Multidirectional pathways between attachment, mentalizing, and posttraumatic stress symptomatology in the context of childhood trauma. *Psychopathology*, 53(1), 48-58. <https://doi.org/10.1159/000506406>
- Jørgensen, C. R. et Bøye, R. (2022). How does it feel to have a disturbed identity? The phenomenology of identity diffusion in patients with borderline personality disorder: A qualitative study. *Journal of Personality Disorders*, 36(1), 40-69. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_526
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organisation. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Kernberg, O. F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Rowman & Littlefield.
- Kernberg, O. F. (2018). *Treatment of severe personality disorders: Resolution of aggression and recovery of eroticism*. American Psychiatric Association Publishing.
- Lecours, S. (2021). Élaboration des émotions. Dans R. Miljkovitch et C. Beauvais (Eds). *L'élaboration mentale : comprendre les mécanismes qui sous-tendent la santé mentale* (p.13-23). Elsevier Masson.

- Lecours, S. et Bouchard, M. A. (2011). Verbal elaboration of distinct affect categories and BPD symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 26-41.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 5(4), 196-204.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 472-486.
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 55-73.
- Reiland, S. A. et Clark, C. B. (2017). Relationship between event type and mental health outcomes: Event centrality as mediator. *Personality and Individual Differences*, 114, 155-159. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.009>
- Rudy, J. A., McKernan, S., Kouri, N. et D'Andrea, W. (2022). A meta-analysis of the association between shame and dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 35(5), 1318-1333. <https://doi.org/10.1002/jts.22854>
- Schimmenti, A. (2015). Behind the closed doors of mentalizing. A commentary on “Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: Preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale”. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.00380>
- Schimmenti, A. et Caretti, V. (2016). Linking the overwhelming with the unbearable : Developmental trauma, dissociation, and the disconnected self. *Psychoanalytic Psychology*, 33(1), 106-128. <https://doi.org/10.1037/a0038019>

- Steele, K. et van der Hart, O. (2014). Understanding attachment, trauma and dissociation in complex developmental trauma disorders. Dans A. N. Danquah et K. Berry (Eds.), *Attachment theory in adult mental health: A guide to clinical practice* (p. 78-94). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Steele, K., van der Hart, O. et Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11-53.
https://doi.org/10.1300/J229v06n03_02
- Stern, D. B. (2018). *The infinity of the unsaid: Unformulated experience, language, and the nonverbal*. Routledge.
- Unoka, Z. et Vizin, G. (2017). To see in a mirror dimly. The looking glass self is self-shaming in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 258, 322-329.
- Vogel, A. C., Geselowitz, B., Tillman, R., Barch, D. M., Luby, J. L. et Whalen, D. J. (2023). Developmental trajectories of anger and sadness dysregulation in childhood differentially predict later borderline symptoms. *Development and Psychopathology*, 1-16. <https://doi.org/10.1017/S0954579423000627>
- Wagner-Skacel, J., Riedl, D., Kampling, H. et Lampe, A. (2022). Mentalization and dissociation after adverse childhood experiences. *Scientific Reports*, 12(1), 6809.
<https://doi.org/10.1038/s41598-022-10787-8>
- Westen, D., Moses, M. J., Silk, K. R., Lohr, N. E., Cohen, R. et Segal, H. (1992). Quality of depressive experience in borderline personality disorder and major depression: When depression is not just depression. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 382-393.

Wilkinson-Ryan, T. et Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 157(4), 528-541.