

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
ISABELLE PÉRÉ

COMPARAISON QUANT AUX CARACTÉRISTIQUES
SYMPTOMATOLOGIQUES ET INTRAPSYCHIQUES
ENTRE DES SUJETS BORDERLINES ABUSÉS ET
NON ABUSÉS AU COURS DE L'ENFANCE
(0-11 ANS)

DÉCEMBRE 1999

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

Sommaire

La problématique borderline a d'abord été expliquée par la psychanalyse comme étant le résultat d'un arrêt développemental (Malher, 1975). Avec les recherches récentes démontrant la fréquence élevée d'abus au sein de cette pathologie, Saunders (1991) a affirmé que ce trouble était une résultante de l'abus. Dans une perspective multifactorielle, Stone (1990) ainsi que Silk, Lee, Hill et Lohr (1995) ont nuancé en mentionnant que l'abus n'est pas le seul responsable ; ce trouble serait plutôt le résultat d'une interaction entre plusieurs facteurs. Enfin, Cerney (1990) ainsi que Wells, Glickauf-Hughes et Beaudoin (1995) ont repris la théorie analytique afin d'expliquer l'importance de l'abus chez les sujets borderlines. Ainsi, le but de la présente étude est de comparer le profil psychologique des sujets borderlines abusés et non abusés. Les hypothèses sont les suivantes : d'une part, les sujets borderlines abusés présenteront plus de symptômes reliés à l'agir autoagressif et hétéroagressif et, d'autre part, les sujets borderlines abusés présenteront plus d'indices au Rorschach reliés à l'impulsivité et à l'anxiété. L'étude comprend 54 sujets borderlines, 22 abusés et 32 non abusés. D'abord, un questionnaire de renseignements sociodémographiques et cliniques a permis de recueillir les informations nécessaires concernant l'abus et la présence de symptômes. Ensuite, le SCID II a permis de poser le diagnostic du trouble de personnalité borderline sur l'axe II du DSM-IV (APA, 1994) et de vérifier la présence de symptômes dissociatifs. Enfin, le Rorschach a évalué les caractéristiques

intrapyschiques. Des inter-juges ont été effectués pour les cotations du Rorschach ainsi que pour le diagnostic du trouble de personnalité borderline. Les résultats démontrent que d'abord, les sujets abusés présentent plus fréquemment des tentatives de suicide que les sujets non abusés. Ensuite, il n'y a pas de différence significative entre les sujets borderlines abusés et non abusés quant aux caractéristiques intrapyschiques (Rorschach). Étant donné les résultats significatifs pour la tentative de suicide et non significatifs pour les indices au Rorschach, la discussion portera sur l'importance de l'abus chez les sujets borderlines à la lumière des différentes théories portant sur la place de l'abus au sein de cette pathologie.

Table des matières

Sommaire.....	ii
Liste des tableaux.....	vi
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	4
1. Problématique.....	5
2. Trouble de personnalité borderline.....	8
3. La place de l'abus dans l'étiologie de la problématique borderline.....	17
4. La symptomatologie des sujets borderlines ayant vécu de l'abus.....	33
5. Les variables intrapsychiques des sujets borderlines ayant vécu de l'abus.....	36
6. Les hypothèses de recherche.....	42

Méthode.....	44
1. Sujets.....	45
2. Matériel.....	47
3. Instruments de mesure.....	48
4. Déroulement.....	51
5. Plan de l'expérience.....	52
Résultats.....	53
1. L'analyse des données.....	54
2. Présentation des résultats.....	55
Discussion.....	63
Conclusion.....	73
Références.....	76
Appendices.....	82
Appendice A : Questionnaire de renseignements sociodémographiques et cliniques.....	83
Appendice B : Formule de consentement.....	89

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Distribution des sujets selon la présence ou l'absence d'abus, le type d'abus et le sexe.....	47
Tableau 2 :	Distribution des sujets borderlines du groupe non abusé selon la présence d'autres formes d'abus et le sexe.....	48
Tableau 3 :	Comparaison entre les sujets borderlines abusés et non abusés quant à certains symptômes psychiatriques.....	56
Tableau 4 :	Comparaison entre les sujets borderlines féminins abusés et non abusés quant à certains symptômes psychiatriques.....	57

Tableau 5 :	Comparaison entre les sujets borderlines masculins abusés et non abusés quant à certains symptômes psychiatriques.....	58
Tableau 6 :	Comparaison entre les sujets borderlines abusés et non abusés quant aux indices au Rorschach.....	60
Tableau 7 :	Comparaison entre les sujets borderlines féminins abusés et non abusés quant aux indices au Rorschach.....	61
Tableau 8 :	Comparaison entre les sujets borderlines masculins abusés et non abusés quant aux indices au Rorschach.....	62

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à sa directrice de mémoire, Madame Suzanne Léveillé, Ph.D., professeure au Département de Psychologie, qui lui a permis de mener à terme son projet de recherche. Également, nos remerciements vont aux institutions (Centre Universitaire de Services Psychologiques, Hôpital Ste-Marie de Trois-Rivières, Centre Hospitalier Régional de Lanaudière) qui ont bien voulu participer au recrutement des sujets, aux sujets qui ont généreusement accepté de participer à la recherche et enfin, aux étudiants qui ont conseillé et aidé l'auteure à effectuer l'expérimentation et l'entrée de données.

Introduction

Les personnes atteintes du trouble de personnalité borderline constituent environ 2% de la population générale (APA, 1994). Au Québec, il y aurait donc approximativement 140 000 personnes atteintes de ce trouble. Par ailleurs, ces sujets sont souvent considérés comme des usagers difficiles par les intervenants en santé mentale. C'est pourquoi, des efforts ont été mis tant en recherche qu'en clinique afin de mieux comprendre et traiter cette population. Un bon nombre d'auteurs ont noté la fréquence élevée d'abus dans l'histoire des sujets borderlines (Stone, 1990 ; Saunders, 1991 ; Landecker, 1992 ; Paris, 1996). Dans le but de mieux comprendre le sujet borderline abusé quant à sa symptomatologie et son fonctionnement intrapsychique, l'objectif de la présente étude est de comparer le profil psychologique des sujets borderlines adultes ayant subi de l'abus dans leur enfance à ceux n'ayant pas vécu d'abus et ce, selon deux volets ; d'une part, au niveau symptomatologique et d'autre part, au niveau intrapsychique.

Certains aspects démarquent la présente étude des travaux antérieurs. D'abord, le profil psychologique a été évalué sous deux facettes ; non seulement à partir des symptômes descriptifs des sujets borderlines abusés, tel qu'effectuées par plusieurs études antérieures, mais aussi au niveau intrapsychique par le biais du Rorschach. Ensuite, comparativement aux travaux antérieurs, la cotation des protocoles de

Rorschach a été faite à l'aide d'une analyse quantitative, le système intégré développé par Exner (1996). Enfin, la plupart des recherches précédentes ont étudié des sujets féminins psychiatisés tandis que l'échantillon de sujets de la présente étude comprend des femmes et des hommes n'étant pas tous psychiatisés.

Le présent travail se divise en quatre sections. Il débute par le contexte théorique qui comprend la présentation de la problématique, diverses définitions du trouble de personnalité borderline ainsi qu'une recension de la littérature sur la place de l'abus dans l'étiologie de cette problématique, la symptomatologie et les caractéristiques intrapsychiques des sujets borderlines abusés. Le deuxième chapitre est consacré à la méthodologie, soit à la description de l'échantillon de sujets, des instruments de mesure, du déroulement et du plan de l'expérience. La troisième section porte sur l'analyse des données et sur la présentation des résultats. La dernière partie du travail présente la discussion de ces résultats à la lumière des études menées dans le domaine.

Contexte théorique

Le premier chapitre, le contexte théorique de l'étude, débute en situant la problématique avec une présentation de la définition de l'abus et de son importance chez les sujets borderlines. La seconde partie présente la définition du trouble de personnalité borderline. La troisième partie porte sur les études théoriques et empiriques ayant abordé l'abus chez ces sujets. La quatrième partie se penche sur les travaux ayant étudié la symptomatologie des sujets borderlines abusés. La cinquième partie, qui se divise en trois sections, présente les travaux effectués sur les indices de trouble de personnalité borderline au Rorschach, sur les indices d'abus au Rorschach et sur les indices d'abus au Rorschach de sujets borderlines. Le chapitre se termine par la formulation des hypothèses de la recherche.

1. Problématique

Depuis environ une décennie, l'abus, au sens général du terme, retient de plus en plus l'attention des médias. Il se produit une prise de conscience collective. En fait, son potentiel dommageable est, depuis peu, pris en compte d'abord, au sein de la population générale et ensuite, dans l'explication de certaines pathologies (Stone, 1990; Brown & Anderson, 1991). Plus particulièrement, les recherches récentes ont démontré la fréquence élevée d'abus chez les sujets présentant un trouble de personnalité borderline (Herman, Perry & van der Kolk, 1989; Ogata et al., 1990; Stone, 1990 ; Saunders, 1991 ;

Landecker, 1992 ; Weaver & Clum, 1993 ; Silk et al., 1995 ; Paris, 1996). Les résultats de plusieurs recherches ont démontré que l'histoire d'abus est plus souvent présente chez ce type de personnalité que chez d'autres sujets présentant des troubles autant à l'axe I qu'à l'axe II du DSM III-R (Norden, Klein, Donaldson, Pepper & Klein, 1995).

L'abus peut être compris comme un traumatisme psychique. Laplanche et Pontalis (1981), en se basant sur les travaux de Freud, ont résumé le traumatisme psychique comme étant :

« un événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations. »

Concernant l'abus, dans le dictionnaire Le nouveau petit Robert (1996), il est mentionné que c'est « l'action d'abuser d'une chose, user mal, avec excès ». De façon plus précise, Foucault (1990), résumant bien ce concept, a défini l'abus comme étant :

« un acte de pouvoir qui a pour but de priver la personne de son statut (enfant, femme...) et l'amener, par la force, la séduction, l'influence induite, le chantage ou autrement, à servir des intérêts qui ne sont pas les siens. Lorsque l'on parle d'abus sexuel on vise tout geste de nature sexuelle par lequel une personne en amène une autre à la gratifier sexuellement le plus souvent au plan génital, mais pas uniquement puisque ce peut être des caresses, des prises de photos de la victime nue, etc... »

La définition de l'abus, selon les études, dépend des paramètres suivants : l'âge de l'abusé au moment de l'abus, la différence d'âge entre l'abusé et l'abuseur, le lien entre

l'abusé et l'abuseur, la gravité de l'abus selon les gestes posés par l'abuseur, la fréquence et la durée des périodes d'abus.

L'abus chez les sujets borderlines est étudié sous diverses facettes. Il peut s'agir d'abus sexuel, physique, verbal ou émotionnel tel que l'humiliation ou encore, d'expériences traumatiques indirectement abusives pour l'enfant telles que la négligence physique ou le fait d'être témoin de violence. Le pourcentage d'abus sexuel chez les sujets borderlines se situe entre 11,9% (Stone, 1990) et 86% (Bryer et al., 1987 in Herman et al., 1989). L'inceste figure dans 15% (Paris, 1996) à 75% des cas (Stone, 1981 in Herman et al., 1989). L'abus physique est présent chez 28% (Stone, 1990) à 71% des sujets borderlines (Herman et al., 1989). Aussi, d'autres types d'abus ont été répertoriés par certaines études soit : l'abus verbal ou l'humiliation, le fait d'être témoin de violence et la négligence physique.

À partir de ces constatations, le but de la présente étude est de comparer le profil psychologique des sujets borderlines adultes abusés dans leur enfance à ceux n'ayant pas vécu d'abus et ce, selon deux volets ; d'une part, au niveau symptomatologique et d'autre part, au niveau intrapsychique, à partir des indices au Rorschach.

2. Trouble de personnalité borderline

Le trouble de personnalité borderline se définit de différentes façons selon les écoles de pensée. La section qui suit comprend une brève définition du trouble de personnalité borderline d'abord, selon le DSM-IV (APA, 1994), et ensuite selon quatre auteurs psychanalytiques ayant chacun leur spécificité dans le domaine. D'abord, au niveau développemental, Mahler a élaboré une théorie sur le processus de séparation-individuation et Masterson a approfondi cette théorie. Ensuite, Bergeret a défini le trouble borderline en s'appuyant sur la théorie freudienne. Enfin, Kernberg, auteur américain Kleinien, s'est penché sur cette problématique afin d'en tracer le portrait.

2.1 Définition du trouble de personnalité borderline selon le DSM-IV (APA, 1994)

Au niveau descriptif, selon l'axe II du DSM IV (APA, 1994), le trouble de personnalité borderline se caractérise par l'impulsivité, l'instabilité de l'identité, des relations interpersonnelles et de l'humeur apparaissant au début de l'âge adulte. En fait, pour avoir un diagnostic de trouble de personnalité borderline, le sujet doit présenter au moins cinq des neuf manifestations suivantes :

- 1- Instabilité et excès dans le mode des relations interpersonnelles exprimés avec intensité et caractérisés par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;

- 2- Impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement dommageables pour le sujet, par exemple, dépenses, sexualité, toxicomanie, vol à l'étalage, conduite automobile dangereuse, accès boulimique (ne pas inclure les comportements suicidaires ou automutilatoires énumérés en 5) ;
- 3- Instabilité affective : changements marqués d'humeur avec passage de l'humeur de base à la dépression, à l'irritabilité ou à l'anxiété, durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours ;
- 4- Colères intenses et inappropriées ou manque de contrôle de la colère : par exemple, fréquents accès de mauvaise humeur, colère permanente, bagarres répétées ;
- 5- Menaces, comportements ou gestes suicidaires ou comportements automutilatoires répétés ;
- 6- Perturbation marquée et persistante de l'identité caractérisée par une incertitude dans au moins un des secteurs suivants : image de soi-même, orientation sexuelle, objectif à long terme ou choix de carrière, type d'amis recherchés, choix des valeurs ;
- 7- Sentiments permanents de vide ou d'ennui ;
- 8- « Abandonnisme » : efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (ne pas inclure les comportements suicidaires ou automutilatoires énumérés en 5) ;
- 9- Idéations paranoïdes transitoires ou symptômes dissociatifs sévères.

2.2 Définition du trouble de personnalité borderline selon Mahler et Masterson

Mahler (1975) a étudié la naissance psychologique de l'individu et les diverses sous-phases du processus de séparation-individuation. Le processus normal de séparation-individuation implique pour l'enfant l'acquisition d'un fonctionnement autonome en présence de la mère et de sa disponibilité. Les quatre sous-phases de ce processus sont les suivantes : (1) la différenciation et le développement du schéma corporel, (2) les essais, (3) le rapprochement ainsi que (4) la consolidation de l'individualité et les débuts de la permanence de l'objet émotionnel. Le nouveau-né débute sa vie dans une phase autistique normale. Il passe la majeure partie de son temps dans un état mi-endormi, mi-éveillé, sauf lorsqu'il a faim ou que d'autres tensions le dérangent. De façon générale, il a tendance à ne pas répondre aux stimuli extérieurs et est dans une situation semblable à celle de la vie intra-utérine. Lors de la première sous-phase, il se produit une différenciation corporelle d'avec la mère et le nourrisson de quatre ou cinq mois établit un lien spécifique avec la mère. Dans la seconde sous-phase, le nourrisson commence à s'éloigner physiquement de sa mère en rampant et par la locomotion en position debout. Cette période des essais se caractérise par la découverte pour le nourrisson d'un monde élargi, vu d'un autre plan. Vers un an et demi, suite aux deux premières sous-phases, à l'acquisition de la locomotion et du début de l'intelligence représentative, le bambin réalise qu'il est une personne séparée de sa mère et autonome. À ce moment, lors de la troisième sous-phase correspondant au

rapprochement, le bambin prend réellement conscience qu'il est séparé et cela entraîne une augmentation de l'angoisse d'abandon. Ainsi, l'enfant présente, à cet âge, plusieurs comportements relatifs à cette angoisse tels que la filature de la mère, le départ précipité loin d'elle et les tentatives d'interaction avec la mère. Selon l'auteur, la disponibilité émotionnelle de la mère et l'acceptation de l'ambivalence de son bambin, à cette étape de la vie de l'enfant, sont primordiales afin que celui-ci passe à la dernière sous-phase du processus de séparation-individuation. Les tâches importantes de la quatrième et dernière sous-phase, pour le bambin âgé d'environ trois ans, sont d'une part, l'acquisition d'une individualité définie et d'autre part, la réalisation d'un certain degré de permanence de l'objet. Pour ce faire, il doit intérioriser une image maternelle constante et unifier le bon et le mauvais objet dans une seule représentation.

Suite à cette explication théorique du processus de séparation-individuation, il est à noter que certains enfants vivent parfois des perturbations à l'une ou l'autre des sous-phases. Un échec de résolution à la troisième sous-phase, celle du rapprochement, peut entraîner, selon l'auteur, une symptomatologie borderline à la période de latence ou à l'adolescence.

Masterson (1981) a repris la théorie de Mahler (1975) afin d'expliquer le tableau clinique, la structure de personnalité ainsi que le niveau développemental de la pathologie borderline. Lors de ses premières publications, de 1972 à 1976, l'auteur

suggérait que la mère de l'enfant borderline, présentant elle-même des caractéristiques de cette pathologie, craignait la séparation et ne supportait pas l'évolution de son enfant vers l'autonomie et l'individuation. Cette attitude avait comme conséquence pour l'enfant, la crainte d'être abandonné, un sentiment de dépression relié aux abandons et un arrêt développemental à la sous-phase de rapprochement. Par la suite, l'auteur nuance en parlant de l'importance de la disponibilité affective de la mère à ce moment du développement de l'enfant. Plusieurs situations peuvent empêcher la mère d'être disponible telles que l'incapacité à tolérer la dépendance de l'enfant à son égard, la maladie ou d'autres types de pathologies comme la schizophrénie (Masterson, 1981).

2.3 Définition du trouble de personnalité borderline selon Bergeret

Bergeret (1995) emploie le terme « organisation limite de la personnalité » pour nommer une organisation de personnalité autonome qui occupe une place intermédiaire entre la structure de personnalité psychotique et névrotique. Elle correspond davantage à une astructuration ; l'auteur soutient que cette lignée intermédiaire n'est pas une structure car étant plus fragile, elle n'est pas fixe, solide et définitive comme les structures de personnalité.

Au point de vue génétique, l'auteur explique qu'au moment de l'évolution oedipienne normale, les sujets états-limites ont subi un traumatisme psychique

important. La conséquence de ce traumatisme est que le Moi de ces sujets, qui a dépassé le danger du morcellement, ne peut se préorganiser sur le mode névrotique. Il jouera le rôle de premier désorganisateur de l'évolution psychique en bloquant l'évolution libidinale du sujet. Alors, cette évolution se trouvera figée dans une sorte de pseudo-latence précoce, plus durable que la latence normale et qui se prolongera pour couvrir la fin de la période oedipienne, la latence normale, l'adolescence et une partie de la vie adulte. Cette période correspond à ce que Bergeret (1995) nomme « le tronc commun aménagé » de l'état-limite et qu'il définit comme une situation aménagée, non structurellement fixée, toujours assez instable et maintenue au prix de renoncements, de compromis, d'évitements et de ruses diverses.

Selon Bergeret (1995), il existe deux évolutions possibles du tronc commun. La première évolution se produit au moment où un deuxième traumatisme psychique désorganisateur, causé par un événement extérieur (deuil, mariage, post-partum, etc.), entraîne une évolution psychique aiguë vers l'une des trois voies psychopathologiques soit, la voie névrotique, la voie psychotique ou la voie psychosomatique. La seconde évolution possible du tronc commun des états-limites s'effectue sans incident notable, par un renforcement du système narcissique, vers des aménagements plus organisés et plus stables soit, l'aménagement caractériel ou l'aménagement pervers.

Selon l'auteur, l'état-limite se situe comme une maladie du narcissisme. Le Moi

des états-limites se déforme dans certaines de ses fonctions pour ne pas avoir à se morceler. Le Moi fonctionne avec le monde extérieur en distinguant deux secteurs différents, d'une part, un secteur adaptatif, maintenant une évaluation juste de la réalité et, d'autre part, un secteur anaclitique, moins réaliste et plutôt idéaliste. Lorsque la réalité extérieure n'a aucune chance de réveiller la blessure narcissique initiale, le sujet s'adapte, si elle touche à des aspects risquant de remettre à vif la blessure narcissique non cicatrisée, le sujet établit des relations organisées selon un mode anaclitique.

Ainsi, la relation d'objet de l'état-limite est demeurée centrée sur une dépendance anaclitique à l'autre. Il s'agit d'être aimé de l'autre, le grand, le fort, en s'appuyant contre lui. L'angoisse de l'état-limite en est une de perte d'objet et de dépression. Le sujet craint de perdre son objet anaclitique sans lequel il sombre dans la dépression.

L'instance dominante autour de laquelle s'organise la personnalité limite est l'idéal du Moi. Il ne tient pas assez compte de la réalité et cela entraîne de la déception et de la honte pour le sujet. Aussi, la faiblesse du Surmoi entraîne parfois l'état-limite à passer plus facilement à l'acte de façon impulsive.

Toujours selon Bergeret (1995), les mécanismes de défense de l'organisation limite sont principalement le clivage de l'objet, la forclusion, l'évitement et les réactions

projectives.

2.4 Définition du trouble de personnalité borderline selon Kernberg

Kernberg (1989) utilise le terme « organisation borderline de la personnalité » afin de nommer une organisation stable et spécifique de la personnalité au même titre que l'organisation névrotique et l'organisation psychotique.

Selon l'auteur, au niveau descriptif, certains symptômes et comportements laissent présager à une organisation borderline de la personnalité. D'abord, ces sujets ont tendance à présenter une angoisse chronique, diffuse et flottante. Ils peuvent aussi présenter des symptômes d'allure névrotique tels que les phobies multiples, les symptômes obsessionnels, les symptômes de conversion multiples, élaborés ou bizarres, les réactions dissociatives, l'hypochondrie et les tendances paranoïdes associées à des manifestations hypochondriaques. Par ailleurs, les sujets borderlines présentent parfois une sexualité perverse polymorphe. De plus, Kernberg (1989) inclut, dans l'organisation borderline de la personnalité, les structures prépsychotiques « classiques » de la personnalité (la personnalité paranoïde, la personnalité schizoïde, la personnalité hypomaniaque et l'organisation cyclothymique de la personnalité), la névrose d'impulsion, les addictions et les troubles du caractère de « bas niveau » (les personnalités infantiles, les personnalités narcissiques, les personnalités « comme si » et

les personnalités antisociales). L'auteur introduit la notion de continuum en classant les personnalités borderlines mentionnées ci-haut de l'échelon inférieur, près du pôle psychotique, à l'échelon supérieur, près du pôle névrotique.

Au niveau du diagnostic structural, Kernberg (1989) tient compte de trois critères. Le premier critère est la diffusion de l'identité que l'auteur définit comme « défaut d'intégration du concept de soi et des autres ». Les sujets borderlines ont des perceptions de soi et des autres contradictoires ainsi qu'une inaptitude à se décrire et à décrire les autres. Cette diffusion de l'identité amène ces derniers à ressentir un vide chronique. Le second critère concerne le type de mécanisme de défense de ces sujets. Ils sont primaires et centrés autour du clivage. En fait, les principaux mécanismes de défense utilisés par ces sujets sont les suivants : le clivage, l'idéalisation primitive, les formes précoces de projection et d'identification projective, le déni, l'omnipotence et la dévalorisation. Enfin, le dernier critère du diagnostic structural est la capacité de ces sujets à maintenir l'épreuve de réalité, à différencier le soi du non-soi contrairement aux sujets psychotiques.

Kernberg (1989) précise que l'organisation borderline de la personnalité se distingue dans ses caractéristiques structurales secondaires. D'abord, ces sujets démontrent des manifestations de la faiblesse du Moi telles que le manque de contrôle des pulsions, de tolérance à l'angoisse et de canaux développés pour la sublimation.

Aussi, ces derniers présentent ce que l'auteur nomme la pathologie du Surmoi caractérisée par un système de valeurs infantiles ou immatures, par des exigences morales internes contradictoires et parfois, par des composantes antisociales. Enfin, les relations d'objets chaotiques font partie des caractéristiques structurales secondaires de cette organisation de la personnalité.

Finalement, au niveau des caractéristiques génétiques et dynamiques des conflits instinctuels, Kernberg (1975) (cité dans Kernberg, 1989) mentionne que l'organisation borderline de la personnalité « présente une condensation pathologique des conflits instinctuels génitaux et pré-génitaux, avec prédominance de l'agressivité pré-génitale ». Les conflits instinctuels sont caractérisés par les cinq éléments suivants : le caractère excessif de l'agressivité liée aux conflits oedipiens, l'idéalisation exagérée de l'objet d'amour de la relation oedipienne, la nature irréaliste du rival oedipien menaçant et de l'objet d'amour idéalisé, l'importante fonction pré-génitale des conflits génitaux, une oedipianisation prématurée de leurs relations et de leurs conflits pré-oedipiens ainsi que le déplacement vers le père des désirs non satisfaits de la relation de dépendance à la mère.

3. La place de l'abus dans l'étiologie de la problématique borderline

L'abus s'inscrit de différentes façons dans la problématique borderline selon les

approches et les auteurs qui étudient le sujet. La section qui suit présente les principales approches et études dans le domaine soit, la théorie psychanalytique freudienne, l'approche considérant l'abus comme étant la cause du trouble borderline, l'approche multifactorielle et la théorie psychanalytique contemporaine.

3.1 La théorie psychanalytique freudienne

Freud a été un des premiers à considérer l'importance des traumatismes de nature sexuelle. En fait, suite à ses observations cliniques faites à partir de cas d'hystérie et de névrose obsessionnelle, il élabore entre 1895 et 1897 la théorie de la séduction. Il attribuait au souvenir de scènes réelles de séduction le rôle déterminant dans l'étiologie de ce qu'il nommait les psychonévroses. Par la suite, en découvrant que les scènes de séduction étaient parfois le produit de reconstructions fantasmatiques, il abandonne cette théorie au profit de la notion de réalité psychique. Malgré l'abandon de la théorie de la séduction, explicative des cas de névrose, Freud n'a cessé de soutenir l'importance étiologique et la valeur pathogène de telles scènes de séduction pour les enfants (Laplanche & Pontalis, 1981). Freud n'a cependant pas étudié l'importance de scènes de séduction au sein de la problématique borderline.

Bergeret (1995) s'est penché plus particulièrement sur la pathologie borderline. Il mentionne qu'au point de vue génétique, ces sujets ont vécu un traumatisme

psychique important au moment de l'évolution oedipienne. Il estime que ce traumatisme doit être compris au sens affectif du terme comme un émoi pulsionnel survenu dans un état du Moi encore trop inorganisé et trop immature sur le plan de l'équipement, de l'adaptation et des défenses. L'auteur donne l'exemple d'une tentative de séduction sexuelle de la part d'un adulte. Selon Bergeret (1995), cet émoi génital précoce désorganisera l'évolution psychique du sujet borderline. Ainsi, dans sa théorie, Bergeret (1995) considère l'importance d'un traumatisme chez ces sujets.

La théorie psychanalytique freudienne s'est appuyée sur l'étude de cas cliniques. Ainsi, les résultats obtenus à l'aide de cette approche idiographique ne sont pas aussi facilement généralisables que ceux découlant d'une approche de groupe, nomothétique. Toutefois, les informations recueillies par l'étude de cas sont riches et détaillées.

En fait, en ce qui concerne l'explication de la pathologie borderline, nous retrouvons à l'intérieur de la théorie psychanalytique deux grandes écoles de pensée. D'abord, l'école européenne (Freud, Bergeret) aborde cette problématique comme étant la résultante, entre autres, d'un trauma psychique, et n'exclue pas la possibilité d'un trauma réel. Par ailleurs, l'école américaine (Mahler, Masterson) explique la problématique borderline par un arrêt développemental ou par la non disponibilité maternelle mais n'évoque pas la présence de traumatisme psychique ou réel. Les auteurs mentionnés dans la prochaine section ont réagi à cette seconde explication

psychanalytique du trouble borderline.

3.2 L'approche « causale »

Avec les recherches démontrant la présence significative d'abus chez les sujets borderlines, les explications psychanalytiques développementales de ce trouble furent remises en question. Ainsi, certains auteurs (Herman et al., 1989 ; Ogata et al., 1990 ; Saunders, 1991 ; Landecker, 1992 ; Glod, 1993) ont considéré l'abus comme une cause expliquant la problématique borderline en comprenant le trouble borderline comme l'expression d'un état de stress post-traumatique.

D'abord, Saunders (1991) a suggéré de reconceptualiser le trouble borderline et de l'inclure dans un diagnostic relié au trauma. En fait, l'auteur considère la problématique borderline comme étant plutôt une conséquence à long terme de l'abus sexuel. Saunders (1991) a tenté de détecter l'effet à long terme de l'abus sexuel par le biais d'une constellation d'indices au Rorschach, d'une évaluation des symptômes dissociatifs et d'une entrevue concernant l'état de stress post-traumatique des femmes borderlines psychiatriquées. Ainsi, l'auteur a effectué une comparaison entre des femmes borderlines abusées sexuellement et non abusées. Le groupe de sujets abusés sexuellement a obtenu des scores plus élevés d'une part, aux indices du Rorschach reliés aux troubles de la pensée, à l'impulsivité, l'anxiété, l'agressivité, la dissociation, la fuite dans la

fantaisie, et d'autre part, aux mesures cliniques. L'auteur a donc avancé que la constellation d'indices au Rorschach reflète plutôt les symptômes associés au trauma, central à cette problématique. Suivant ce rationnel, l'auteur en conclut que le trouble de personnalité borderline devrait être inclus dans un diagnostic d'état de stress post-traumatique.

Ogata et al. (1990) ont aussi noté plus d'abus sexuel, multiple (plus d'un abuseur) et combiné (sexuel et physique) dans l'enfance des sujets borderlines psychiatisés comparativement aux sujets dépressifs. La recherche n'a pas démontré de différence significative entre les deux groupes quant à la négligence parentale et à l'abus physique sans abus sexuel. Le symptôme de déréalisation, le diagnostic borderline et la dépression chronique étaient les meilleurs prédicteurs de l'abus sexuel. Toutefois, les auteurs ont nuancé en ajoutant que l'abus, bien qu'étant un facteur étiologique grandement influant, n'est pas le seul responsable de la pathologie borderline.

Herman et al. (1989) ont comparé les expériences d'abus dans l'enfance (0-18 ans) des trois groupes suivants : un groupe de sujets borderlines, un groupe de sujets ayant des traits borderlines et un autre groupe de sujets n'étant pas borderlines mais présentant toutefois un autre trouble. Les résultats ont démontré que les sujets borderlines présentent plus souvent une histoire d'abus (81%), d'abus physique (71%), d'abus sexuel (68%), et sont plus fréquemment témoin de violence (62%) en

comparaison aux sujets des deux autres groupes. Bien que ces résultats démontrent une forte association entre le diagnostic borderline et une histoire d'abus dans l'enfance, les auteurs considèrent le traumatisme comme un facteur explicatif insuffisant. Selon ces derniers, le souvenir de l'abus étant intégré dans l'organisation totale de la personnalité, il s'agirait d'une complication de l'état de stress post-traumatique.

Landecker (1992) a effectué une recension des écrits sur le trouble borderline et les sujets présentant une histoire d'abus sexuel dans l'enfance afin de mieux diagnostiquer, conceptualiser, et traiter cette population. Il a constaté une similitude quant aux symptômes (dissociation, comportements automutilatoires et pensées intrusives) présents dans le trouble de personnalité borderline et l'état de stress post-traumatique. Ainsi, il a suggéré la notion de continuum entre le diagnostic d'état de stress post-traumatique et celui de trouble de personnalité borderline selon la sévérité et le type d'abus sexuel.

3.3 L'approche multifactorielle

Dans une perspective multifactorielle, Stone (1990) et Silk et al. (1995) ont considéré l'abus comme un des facteurs étiologiques du trouble borderline. Selon ces auteurs, l'interaction entre plusieurs facteurs mène à ce trouble, l'abus n'est pas le seul facteur et n'est pas un facteur étiologique suffisant pour expliquer le trouble borderline.

Stone (1990) a effectué plusieurs études sur l'abus physique, sexuel et verbal des sujets borderlines psychiatisés en comparaison à des sujets psychiatisés présentant d'autres troubles, soit à l'axe I ou II du DSM-III-R. Les résultats ont démontré que l'abus sévère est très présent dans l'histoire des sujets borderlines. Toutefois, il n'est pas spécifique à ce trouble, il figure dans l'histoire de sujets présentant d'autres troubles de personnalité. Aussi, selon l'auteur, l'abus n'est pas le seul facteur explicatif du trouble borderline, il serait plutôt le résultat d'une interaction entre plusieurs facteurs tels que l'hérédité, la constitution et l'environnement.

Par ailleurs, à la suite d'une étude effectuée avec un groupe de femmes dépressives psychiatisées, Weaver et Clum (1993) ont obtenu les résultats suivants : les sujets borderlines dépressifs présentent plus fréquemment une histoire d'abus (sexuel, physique) et sont plus souvent témoin de violence que les sujets dépressifs n'étant pas diagnostiqués borderline. L'abus sexuel était la seule variable significative quant à la prédiction du trouble borderline. De plus, les expériences d'abus des sujets borderlines étaient plus sévères (p. ex. : pénétration, abus par différentes personnes), duraient plus longtemps et pendant de plus longues périodes. Aussi, le climat familial de ces sujets était plus contrôlant, moins cohésif, moins expressif et comportait plus de conflits. Ainsi, les auteurs ont suggéré de revoir l'étiologie de ce trouble en considérant, entre autres, l'importance de l'abus sexuel et du climat familial.

Paris, Zweig-Frank et Guzder (1994) ont étudié le rôle de certaines expériences

dans l'enfance (l'abus sexuel, l'abus physique, les expériences de séparation et le type d'attachement) des hommes borderlines. En fait, les auteurs ont vérifié si le portrait est le même pour les hommes que pour les femmes borderlines. Les résultats ont démontré que les sujets borderlines, comparativement aux autres sujets, présentent plus fréquemment une histoire d'abus sexuel, des abus sexuels plus sévères (pénétration, utilisation de force, abus par le père ou par d'autres personnes prenant soin de l'enfant), une histoire d'abus physique de plus longue durée et plus souvent effectué par le père, un nombre plus élevé d'expériences de séparation ou de perte et une relation au père caractérisée par le contrôle. À la lumière de ces résultats, les auteurs ont conclu que les résultats sont semblables à ceux des études effectuées avec des femmes et que les traumatismes et les expériences de perte occupent une place importante dans le développement des hommes borderlines. Il importe de souligner que la plupart des abuseurs n'étaient pas des membres de la famille, que la majorité des abus étaient des incidents isolés, que plus de la moitié des hommes borderlines ne présentaient pas d'histoire d'abus et que seulement une minorité des sujets borderlines avaient vécu une histoire sévère d'abus. Ainsi, selon les auteurs, on ne peut établir de lien de causalité entre ces expériences dans l'enfance et le trouble de personnalité borderline, ces facteurs de risque psychologique ne sont, en fait, que partiellement responsables du trouble.

Silk et al. (1995) ont constaté que l'identification de l'agresseur, la sévérité, le

type et la durée de l'abus sexuel s'avèrent associés à certains symptômes spécifiques au trouble de personnalité borderline (automutilation, sentiments chroniques de vide et de solitude, attitude paranoïde, régression en thérapie, intolérance à vivre la solitude et clivage). La durée de l'abus s'est avérée le meilleur prédicteur des symptômes borderlines mentionnés ci-haut. Selon les auteurs, l'abus peut entraîner des conséquences négatives. D'abord, il favorise le développement de ces symptômes caractéristiques, ensuite, il endommage la capacité d'attachement présente et ultérieure et enfin, il provoque un sentiment de solitude et d'impuissance en créant, chez ces derniers, la conviction que leur entourage ne cherche qu'à gratifier leur propre besoin à leur dépens.

Par ailleurs, plusieurs auteurs ont comparé les sujets borderlines aux sujets présentant d'autres troubles de personnalité à l'axe II du DSM III-R quant à la présence d'abus. D'abord, Laporte et Guttman (1996) ont démontré que les femmes borderlines psychiatriquées présentent plus souvent une histoire de perte majeure (adoption, divorce des parents, placements multiples), d'abus (physique, sexuel, verbal et témoin de violence) et plusieurs types d'abus, effectués par plusieurs agresseurs. En fait, 93% de ces femmes borderlines présentaient au moins une forme d'abus au cours de leur enfance en comparaison à 74% des sujets présentant d'autres troubles de personnalité. Les facteurs de risque les plus importants dans le développement du trouble borderline étaient les trois formes d'abus (physique, sexuel et verbal) et l'adoption. De plus, les parents des sujets borderlines présentaient de la psychopathologie. Ainsi, la présence

d'abus démontre l'incapacité des parents à protéger ainsi qu'à prendre soin de leur enfant. Bien que l'abus soit plus sévère chez les sujets borderlines, les expériences de perte et les traumatismes vécus durant l'enfance figuraient aussi dans l'histoire des sujets présentant d'autres troubles de personnalité. Enfin, les auteurs ont conclu que les expériences traumatiques occupent un rôle important dans le développement des troubles de personnalité et plus particulièrement dans celui du trouble borderline.

Dans un même ordre d'idée, les résultats de l'étude de Zanarini et al. (1997) ont d'abord révélé que les sujets borderlines sont plus fréquemment abusés physiquement, verbalement par un parent et sexuellement par une autre personne que les parents. En plus d'un vécu d'abus sexuel, les sujets borderlines présentaient habituellement au moins un autre type d'abus ou de négligence. Par ailleurs, le milieu familial de ces sujets était caractérisé par le rejet de la part des parents, le manque de constance et de protection des parents à l'égard de l'enfant, le déni des parents vis-à-vis les pensées et émotions de l'enfant et l'inversion des rôles parents-enfants. Enfin, les quatre facteurs suivants se sont avérés des prédicteurs significatifs d'un diagnostic borderline : être une femme, avoir été abusé sexuellement par le père, avoir ressenti le déni du père par rapport à ses émotions et avoir vécu le manque de constance dans le comportement de la mère. Considérant d'une part, la place importante des expériences traumatiques chez les sujets borderlines et d'autre part, l'environnement chaotique de ces sujets, les auteurs ont conclu que l'abus sexuel est un facteur important dans l'étiologie du trouble mais, il

est ni nécessaire ni suffisant au développement de ce trouble.

Plusieurs auteurs ont effectué des revues de la documentation sur les séquelles à long terme de l'abus dans l'enfance. D'abord, Beitchman et al. (1992) ont remarqué que les recherches démontrent une forte présence d'abus sexuel chez les sujets borderlines. Cependant, ce diagnostic est trop facilement posé et souvent de façon non standardisée. Enfin, selon les auteurs, une relation problématique entre les parents et les enfants, caractéristique fréquemment rapportée par les sujets borderlines, est plus significative quant au développement de la pathologie borderline que l'abus sexuel.

Ensuite, Paris et Zweig-Frank (1992) ont noté que plusieurs études, rapportant la fréquence élevée d'abus sexuel dans l'histoire des sujets borderlines, concluent à une relation de causalité. Selon les auteurs, une relation de cause à effet entre l'abus sexuel et le développement du trouble borderline est une simplification excessive. D'abord, des études ont démontré que la sévérité de l'abus (la fréquence, la durée, la relation entre l'abusé et l'abuseur, le type de geste, l'utilisation de la force, l'âge de l'enfant au moment de l'abus, l'âge de l'abuseur et la réaction des parents) joue un rôle important dans le développement de la pathologie. Ensuite, d'autres études ont obtenu des corrélations significatives entre l'abus sexuel et un environnement familial problématique (négligence parentale, manque d'affection et de protection de la part des parents). Enfin, la population des sujets borderlines étant hétérogène, l'étiologie de ce

trouble ne peut être expliquée par un seul facteur. Par conséquent, les auteurs ont proposé un modèle multifactoriel de l'étiologie du trouble borderline tenant compte de la vulnérabilité biologique, des facteurs psychologiques (abus et expériences traumatiques) et des influences sociales.

Aussi, toujours à la suite d'une revue de la documentation, Norden et al. (1995) ont remarqué que les sujets borderlines présentent plus fréquemment une histoire d'abus que les sujets des groupes de comparaison. Afin de vérifier si ces résultats sont reliés au trouble de personnalité en général ou plus spécifiquement au trouble de personnalité borderline, ils ont comparé des sujets borderlines dépressifs aux sujets dépressifs présentant d'autres troubles de personnalité à l'axe II du DSM-III-R. D'abord, les sujets borderlines présentaient des relations maternelles et paternelles pauvres. La pauvreté de ces relations dépendait des six items suivants : le manque de supervision parentale, la rareté du temps ou des activités partagés avec l'enfant, le peu de possibilité pour l'enfant de se confier à ses parents, la constance des critiques parentales, le rejet de la part des parents et le peu d'amour ressenti par l'enfant. Aussi, les sujets borderlines présentaient plus souvent une histoire d'abus sexuel extrafamilial. Les auteurs ont conclu qu'un vécu d'abus et un environnement familial problématique jouent un rôle important dans le développement de ce trouble.

Enfin, suite à une recension des écrits, Paris (1996) a expliqué la pathologie

borderline comme étant le résultat d'une interaction entre les dispositions génétiques et les types d'expériences vécues dans l'enfance (traumatismes, séparations ou deuils et anomalies dans les rapports parentaux). Des études menées dans la communauté ont révélé que la majorité des enfants ayant été abusés reste indemne de toutes formes de psychopathologie mesurables à l'âge adulte. La gravité du traumatisme (l'identité de l'agresseur, la nature, la fréquence et la durée de l'agression) est une base plus solide que la simple présence de l'abus dans l'installation de séquelles à long terme. Il conclut en mentionnant que le traumatisme vécu dans l'enfance affecte plutôt un sous-groupe de sujets borderlines ayant subi de graves traumatismes et que les expériences traumatiques vécues durant l'enfance ne sont pas des conditions nécessaires ou suffisantes pour le développement de ce trouble.

3.4 La théorie psychanalytique contemporaine

Tel que vu précédemment, l'incidence de l'abus chez les sujets borderlines a été notée par un bon nombre de cliniciens, mais la compréhension de la place de l'abus dans le développement de la problématique borderline a longtemps été ignorée par l'approche psychodynamique (Harney, 1992). À présent, certains tenants de la théorie de la relation d'objet et de la théorie développementale se sont penchés sur la question afin de comprendre le rôle de tels événements et la réaction de l'enfant face à ceux-ci. Il existe donc une quatrième façon de concevoir l'importance de l'abus dans l'étiologie de la pathologie borderline. Cependant, bien qu'étant tous d'approche

psychodynamique, les auteurs ont amené des explications différentes selon la facette étudiée de la problématique.

De façon générale, selon Cerney (1990), un même traumatisme n'affecte pas tous les individus de la même façon, les conflits antérieurs non résolus, souvent réprimés dans l'inconscient, vont influencer la façon dont l'individu composera avec le matériel traumatique. C'est pourquoi, certains vétérans de la guerre du Vietnam ont vécu des symptômes post-traumatiques tandis que d'autres ont réussi à composer avec cette dure épreuve. L'auteur a ajouté qu'un traumatisme tel que l'abus sexuel, physique ou l'abandon peut endommager le développement de l'identité et engendrer la perte de confiance en l'autre. Ainsi, bien qu'un traumatisme, grandement présent dans l'histoire des sujets borderlines, handicape le développement de l'enfant, son impact diffère selon le vécu de chacun.

Suite à une revue de la documentation sur la théorie psychanalytique, les études cliniques et les investigations empiriques concernant l'effet de l'inceste, Marcus (1989) a remarqué un lien entre l'inceste et certaines séquelles psychopathologiques sérieuses telles que la problématique borderline. Afin de comprendre l'impact de l'inceste, il a établi un modèle qui utilise le concept d'identité comme construit médiateur. Selon l'auteur, l'inceste entraîne l'arrêt du développement de la limite entre la réalité interne et externe. Il y a donc destruction de la limite présente entre les souhaits inconscients de l'enfant et les désirs des autres, du parent incestueux. Cet arrêt a comme conséquence la

privation pour l'enfant de l'illusion d'omnipotence relatif à cet âge. Ainsi, celui-ci présentera une persistance dans son désir de contrôler les autres. Cet arrêt entraîne aussi la diffusion de l'identité, l'instabilité affective et l'utilisation de défenses primitives. La pathologie borderline est caractérisée, en partie, par ces trois caractéristiques.

À partir des recherches effectuées sur la famille, McCarthy (1990) a noté que les parents de familles abusives sont indifférenciés, c'est-à-dire qu'ils rivalisent entre eux et avec leurs enfants afin d'obtenir de l'attention. Ils demandent à leurs enfants de gratifier leurs propres besoins narcissiques et ce, en utilisant la dévalorisation et l'identification projective. Lorsque les enfants ne réussissent pas à combler leurs besoins, les parents se sentent frustrés et malmènent psychologiquement ou physiquement leurs enfants. Cette dynamique familiale ne favorise pas le développement du Moi. L'enfant vit constamment de la dévalorisation et doit se défendre contre les diverses pertes et deuils engendrés par cette dynamique familiale. Il expérimente la perte des bons parents, du bon soi, de la sécurité et de l'empathie parentale. L'enfant ne peut pas compter sur ses parents, sur leur support. Il se défend alors contre la désillusion et les besoins de dépendance. Afin d'éviter le deuil et la dépression, l'enfant vivant de l'abus dans cette dynamique familiale développe certains traits de caractère tels que les traits paranoïdes, dépressifs, schizoïdes et antisociaux. Aussi, il peut présenter de la confusion, un manque de tolérance à l'anxiété et des comportements impulsifs. Une famille grandement abusive stimule l'utilisation de dissociation, de déni, de clivage et de distorsion de la réalité. À l'aide de ces défenses

primitives, l'enfant évite de prendre conscience de l'exploitation que sa famille lui fait vivre. L'enfant ayant vécu de l'abus présente donc un attachement ambivalent à ses parents. Le trouble de personnalité borderline comporte certaines de ces caractéristiques.

Harney (1992), auteur d'approche développementale, a effectué une revue théorique et clinique des écrits portant sur le rôle de l'inceste chez les femmes borderlines. D'abord, il semble y avoir un parallèle entre les sujets borderlines et les sujets ayant vécu de l'abus quant à la dynamique familiale et à la symptomatologie de ces sujets. Ainsi, il est essentiel de comprendre comment, tant chez les sujets borderlines que chez les sujets rapportant un vécu d'inceste, la dynamique familiale a contribué au traumatisme. De plus, autant pour Masterson (1981) que pour les experts en abus sexuel, l'absence ou la négligence maternelle est en partie responsable du développement de la pathologie. Cette attitude a contribué à négliger l'impact du parent abuseur. Selon l'auteur, il est important de considérer l'abus sexuel chez la population borderline sans toutefois présumer que tous les sujets borderlines ont vécu de l'inceste ou que tous les sujets incestués sont borderlines. Enfin, l'auteur soutient qu'il existe un sous-groupe de sujets borderlines rapportant un vécu d'inceste.

Wells et al. (1995), tenants de la théorie de la relation d'objet, ont indiqué plusieurs facteurs relatifs à l'abus qui endommagent le développement, la formation de l'identité et l'intériorisation de l'objet tels que ; l'âge de l'enfant au moment de l'abus,

la sévérité et la durée de l'abus, la relation de l'enfant avec l'abuseur, l'accessibilité à d'autres ressources et la constitution génétique de l'abusé. Ainsi, la place de l'abus dans le développement de la pathologie borderline dépend, entre autres, de ces facteurs. Par ailleurs, la pathologie des parents abuseurs altère le développement de l'enfant, c'est-à-dire, l'intégrité physique, le sentiment intérieur de sécurité, le développement de l'autonomie et de la constance de l'objet de l'enfant. Afin de bien comprendre le sujet rapportant une histoire d'abus sexuel, il est capital, selon les auteurs, de tenir compte de sa structure de personnalité et de l'ensemble de son vécu.

4. La symptomatologie des sujets borderlines ayant vécu de l'abus

Lors de la section précédente, il a été question de la place de l'abus au sein de la problématique borderline selon différentes approches. Cette section rapporte les études mentionnant l'effet possible à long terme de l'abus chez ces sujets. En fait, plusieurs auteurs ont étudié la symptomatologie des sujets borderlines abusés (Brown & Anderson, 1991 ; Shearer, 1994 ; Wagner & Linehan, 1994 ; Zweig-Frank, Paris & Guzder, 1994a, 1994b ; Brodsky, Cloitre & Dulit, 1995 ; Dubo, Zanarini, Lewis & Williams, 1997). Les principaux symptômes observés sont les suivants : les problèmes d'alcool ou de drogue, la dissociation, les comportements impulsifs, les symptômes dépressifs, les symptômes post-traumatiques, l'automutilation et les comportements suicidaires. Cependant les liens entre ces diverses variables et les résultats obtenus diffèrent selon les études.

Brown et Anderson (1991) ont démontré que les sujets borderlines psychiatisés rapportent plus fréquemment une histoire d'abus et les sujets ayant vécu des abus physiques ou multiples présentent plus souvent des problèmes d'alcool ou de drogue. Par ailleurs, les comportements suicidaires étaient plus fréquents chez les sujets abusés. Enfin, les femmes rapportant une histoire d'abus multiples et les hommes ayant vécu des abus physiques présentaient habituellement des antécédents psychiatriques dans la famille. Selon les auteurs, il est donc important de considérer la dynamique familiale, l'histoire d'abus et la présence d'alcoolisme au sein de la famille dans la compréhension et le traitement de ces patients.

Certains auteurs ont constaté une distinction entre les sujets borderlines selon la présence ou l'absence de symptômes dissociatifs. D'abord, Shearer (1994) a noté que les femmes borderlines psychiatisées vivant plus d'expériences dissociatives présentent une lourde histoire de traumatismes, des symptômes post-traumatiques, des comportements impulsifs, autodestructeurs et un usage abusif d'alcool. De plus, la présence de dissociation chez ce type de sujets était prédite par des comportements impulsifs, une histoire de viol et un vécu d'abus sexuel ou physique dans l'enfance. Selon les auteurs, les sujets borderlines ont différentes expériences de vie, histoires psychiatriques et comportements selon l'importance de leurs symptômes dissociatifs.

Aussi, à partir de leur étude effectuée avec des femmes borderlines

psychiatisées, Brodsky et al. (1995) ont trouvé que 50% des sujets présentent un niveau pathologique de dissociation, 52% des sujets rapportent une histoire d'automutilation et 60% des sujets ont vécu des abus sexuels ou physiques dans l'enfance. Les sujets rapportant des expériences dissociatives présentaient plus souvent des comportements automutilatoires, des symptômes dépressifs, une utilisation des traitements psychiatriques et une histoire d'abus sexuel ou physique dans l'enfance. Enfin, l'automutilation était le meilleur prédicteur de la dissociation. Les auteurs ont donc conclu que les femmes borderlines ayant vécu des expériences dissociatives font probablement partie d'un sous-groupe de borderlines présentant plus fréquemment les caractéristiques suivantes : comportements autodestructeurs, histoire d'abus, symptômes dépressifs et utilisation des services psychiatriques.

Cependant, Zweig-Frank et al. (1994a) ont démontré que, chez les sujets féminins, la dissociation est reliée au diagnostic borderline et non à une histoire d'abus. Cependant, chez les sujets présentant une histoire d'automutilation, l'abus sexuel et les symptômes dissociatifs étaient plus fréquents. Les résultats infirment donc l'explication selon laquelle, chez les sujets borderlines, le traumatisme entraîne les expériences dissociatives qui sont, par la suite, soulagées par l'automutilation. Ces mêmes auteurs ont vérifié, chez des hommes borderlines, cette dernière explication. Les résultats n'appuient pas la théorie selon laquelle les mauvais traitements et la dissociation expliquent l'automutilation chez les sujets borderlines (Zweig-Frank et al., 1994b).

Ainsi, les résultats sont similaires aux résultats obtenus avec l'échantillon féminin.

En ce qui concerne les comportements autodestructeurs, Wagner et Linehan (1994) ont démontré que les femmes borderlines ayant vécu une histoire d'abus sexuel présentent de graves comportements suicidaires. La gravité de ces comportements était évaluée selon l'intention de mourir, la sévérité médicale, l'impulsivité, le contexte social et la répétition des événements. D'autre part, les résultats de Dubo et al. (1997) ont révélé que les comportements autodestructeurs (automutilation, tentative de suicide) discriminent les sujets borderlines des sujets présentant un autre trouble de personnalité. De plus, chez les sujets borderlines, les comportements autodestructeurs plus morbides étaient reliés au vécu d'abus sexuel. Selon les auteurs, bien que l'abus sexuel et la négligence affective jouent un rôle dans l'étiologie des comportements autodestructeurs des sujets borderlines, il est essentiel de considérer le contexte environnemental.

5. Les variables intrapsychiques des sujets borderlines ayant vécu de l'abus

Tel que vu précédemment, la symptomatologie des sujets borderlines abusés a largement été étudiée. Cependant peu de travaux ont étudié l'effet à long terme de l'abus quant au fonctionnement intrapsychique de ces sujets. La section qui suit porte sur cet aspect de la problématique. Plusieurs tests projectifs ont évalué le fonctionnement intrapsychique de ces sujets. Toutefois, nous nous attarderons plus

spécifiquement aux travaux qui ont utilisé le Rorschach. Cette section présente d'abord, un bref résumé des indices de la problématique borderline au Rorschach ensuite, les indices d'abus au Rorschach et enfin, les études portant sur les protocoles de sujets borderlines abusés.

Dans un premier temps, Gartner, Hurt et Gartner (1989) se sont penchés sur les protocoles de sujets borderlines afin d'en dégager les indices les plus couramment rencontrés. Les auteurs ont relié chacun de ces indices à la dynamique de ces sujets, plus précisément aux critères diagnostics du DSM-III. En ce qui a trait au processus secondaire de la pensée, les sujets borderlines présentent des troubles de la pensée lorsqu'ils sont sous l'effet de stress importants. Ceux-ci sont cependant moins sévères que les troubles de la pensée présents chez les sujets psychotiques. En effet, les sujets borderlines présentent plusieurs indices de troubles de la pensée de sévérité modérée (fabcom) et parfois, quelques indices de troubles sévères de la pensée (contam). De plus, la qualité formelle des protocoles de ces sujets est modérée (69% de bonne qualité formelle), inférieure aux protocoles de sujets sans troubles mentaux mais supérieure aux protocoles de sujets psychotiques. En outre, environ 31% des réponses produites par ces sujets sont de qualité formelle inhabituelle (Xu%) ou idiosyncratique sans toutefois être de franches distorsions (X-%).

Par ailleurs, l'impulsivité s'est révélée présente dans plusieurs protocoles de ces

sujets. D'abord, les sujets borderlines présentent une faible tolérance au stress (score D peu élevé) ainsi que des problèmes quant à la modulation de leurs affects ($CF+C>FC$). Ensuite, les auteurs ont remarqué au Rorschach un grand nombre de réponses au contenu agressif (AG) et plusieurs signes de dépression et de désordre affectif (couleur achromatique, C' ; confusion affective, Blends ; et contenus morbides, MOR). Enfin, en ce qui concerne les relations d'objet des sujets borderlines, les auteurs ont remarqué au Rorschach une alternance entre l'idéalisation et la dévalorisation ; les descriptions de figure humaine sont chargées affectivement, soit très positivement, très négativement ou alternant entre ces deux pôles. Finalement, l'index d'égoцентриté ($3r+(2)/R$) est élevé au sein des protocoles de ces sujets.

Dans le même ordre d'idée, Timsit (1974) a retenu plusieurs éléments au Rorschach caractérisant le trouble borderline. Premièrement, comme Gartner et al. (1989), il a relevé le maintien des liens avec la réalité représenté par la présence de principales banalités (aux planches I, III, V, VIII) et par des mouvements humains de bonne qualité. Deuxièmement, le Rorschach de ces sujets est luxuriant, il présente un nombre élevé de réponses, de déterminants et de contenus, une liberté des associations et des originalités particulières. Selon l'auteur, cette luxuriance est l'expression de la richesse de la vie fantasmatique, de la transparence de l'inconscient et de la coexistence de régimes différents chez ces sujets (névrotique, psychotique, normale et psychopathique). L'importance des processus primaires est attestée par les

condensations (fabcom), le phénomène de fusion figure-arrière plan (S), les réponses globales (W) ainsi que des phénomènes proches de la contamination (contam). Troisièmement, des indices d'anxiété sont toujours présents dans les protocoles de ces sujets, l'anxiété n'est toutefois pas intense et diffuse comme l'angoisse de morcellement psychotique. Enfin, l'auteur a identifié certains thèmes à travers ces protocoles. Ceux-ci sont reliés au trouble profond de l'identité et à l'expression du désir de relation symbiotique avec la mère (thèmes de naissance, de divinité, réponses foetus, embryons, hermaphrodites, frères ou sœur siamois). Par ailleurs, mis à part les indices déjà mentionnés, Timsit et Donnay-Richelle (1972) (cité dans Timsit, 1974) ont noté dans ces protocoles les indices suivants : les grandes kinesthésies (K) indiquant une force du Moi, le faible pourcentage de réponses animales (%A) révélant une difficulté à être en contact avec le monde pulsionnel et les indicateurs d'angoisse élevés (contenus anatomie, sexe, sang et partie d'être humain). Selon l'auteur, une minorité de protocoles, caractérisés par leur pauvreté, sont produits par certains narcissiques en phase dépressive ou par des sujets borderlines près du pôle psychotique. En bref, bien que la majorité des protocoles de sujets borderlines soient l'expression d'une richesse fantasmatique, ils témoignent en même temps d'une adaptation satisfaisante à la réalité.

Acklin (1993) a soulevé l'hétérogénéité des protocoles de sujets borderlines en fonction des différents types de sous-groupes au sein de cette population et des diverses théories explicatives de cette problématique. Cependant, il a noté certains indices

communs aux sujets borderlines. En plus des indices déjà énumérés par les auteurs précédents, il a remarqué des indices d'immaturation (es et D), des percepts humains marqués par l'agressivité, le clivage, le déni, la projection, l'omnipotence et l'idéalisation projective. Selon l'auteur, ces protocoles reflètent une faiblesse du Moi, une instabilité du fonctionnement psychique ainsi que des signes de régression.

Dans un deuxième temps, certains auteurs ont étudié les protocoles de sujets abusés durant leur enfance et ce, sans tenir compte du diagnostic de ceux-ci. Leavitt et Labott (1996) ont dégagé huit indices au Rorschach distinguant les sujets abusés des sujets non abusés soit : (1) une projection d'oppression c'est-à-dire une forme humaine qui attaque ou poursuit, (2) des contenus sexuels (par ex. : vagin, clitoris, menstruation, pénis, testicules, seins), (3) des percepts d'activités sexuelles (p. ex. : pénétration, toucher, etc.), (4) des percepts de violence sexuelle (p. ex. : viol), (5) des réponses textures, (6) des percepts d'enfants craintifs, et (7) des percepts d'adultes ou (8) d'enfants victimes d'attaque.

Nash, Hulsey, Sexton, Harralson et Lambert (1993) ont aussi constaté qu'en comparaison aux femmes ne rapportant pas d'abus, les femmes abusées sexuellement durant leur enfance présentent au Rorschach plus souvent des indices suggérant une préoccupation excessive pour le corps (percepts d'anatomie, de radiographie et des contenus morbides), un sentiment d'être endommagé ou détérioré (contenus morbides),

un indice d'égoцентриté ($3R+(2)/r$) élevé ainsi qu'une introspection négative et pénible (FD et Vista). Selon les auteurs, les femmes abusées ont le sentiment profond que quelque chose a été fortement endommagé en elle.

De plus, suite à une étude exploratoire, Cerney (1990) a noté certains types de réponses dans les protocoles de femmes abusées sexuellement ou physiquement et de femmes n'ayant pas subi ces sévices. D'une part, les femmes abusées présentaient soit, peu ou pas de réponses couleurs et un minimum de réponses agressives soit, beaucoup de réponses couleurs (CF) et un contenu teinté par l'agressivité primitive. D'autre part, les femmes n'ayant pas vécu d'abus donnaient des réponses couleurs indiquant un plus grand contrôle de l'affect (FC) et les indices d'agressivité étaient modérées. Bien que le diagnostic n'ait pas été contrôlé, la plupart des sujets de cette dernière étude étaient borderlines.

Dans un troisième temps, une seule étude s'est penchée sur les protocoles de sujets borderlines présentant une histoire d'abus dans leur enfance. Tel que mentionné précédemment, Saunders (1991) a remarqué dans la documentation un parallèle entre le trouble borderline, l'état de stress post-traumatique et le trouble de personnalités multiples. En fait, il semblerait que ces sujets présentent des difficultés similaires quant à la régulation des affects, au contrôle des pulsions, au contact avec la réalité, au fonctionnement du processus secondaire de la pensée, au plan des relations

interpersonnelles et au niveau du concept de soi ou de la formation de l'identité. Aussi, l'auteur a noté un recoupement entre ces trois troubles quant aux symptômes cliniques et aux réponses au Rorschach. En comparant des femmes borderlines abusées sexuellement durant leur enfance à celles n'ayant pas vécu d'abus, les résultats ont démontré que sept indices au Rorschach, reliés au trauma, sont plus fréquents dans les protocoles de femmes borderlines abusées. Celles-ci ont présenté une cote plus élevée à chacun des indices suivants : (1) réponses couleurs, (2) contenus anatomie/sang/sexe, (3) réponses agressives, (4) mouvements actifs, (5) passifs, (6) atypiques et (7) confabulations. L'auteur en conclut que la prépondérance de ces indices au Rorschach chez les sujets borderlines abusés est le signe que le trauma occupe une place centrale chez l'individu.

6. Les hypothèses de recherche

Au niveau symptomatologique, la synthèse des écrits portant sur les sujets borderlines abusés et non abusés nous permet de formuler une première hypothèse. Au niveau intrapsychique, une seule étude a abordé l'effet à long terme de l'abus chez les sujets borderlines, soit celle de Saunders (1991). Cependant, aucun protocole n'a été coté à l'aide d'une méthode quantitative. La présente étude vient pallier à cette lacune en posant la même hypothèse mais en utilisant une méthode quantitative basée sur le système intégré développé par Exner (1996).

Ainsi, les deux hypothèses proposés sont :

H.1) Les sujets borderlines ayant subi un abus physique ou sexuel en bas âge (0-11 ans) d'un parent présenteront plus de symptômes psychiatriques tels que la dissociation, l'automutilation, les tentatives de suicide et les bagarres.

H.2) Les sujets borderlines ayant subi un abus physique ou sexuel en bas âge (0-11 ans) d'un parent présenteront plus les indices suivants au Rorschach : fuite dans la fantaisie ($Mp > Ma + 1$), impulsivité ($CF + C > FC$), agressivité (AG), anxiété (Anatomie/Sang/Sexe), trouble de la pensée (WSum6).

Aussi, étant donné que peu d'études ont exploré ce domaine en incluant des sujets masculins à leur échantillon, la question suivante est posée :

Q.) En divisant les deux groupes selon le sexe, observerons-nous une différence entre les sujets borderlines abusés et non abusés quant aux symptômes psychiatriques et aux indices au Rorschach mentionnés ci-haut ?

Méthode

Ce chapitre comprend quatre sections principales. La première section est consacrée à la description de l'échantillon de sujets. La seconde section comprend la description des instruments employés afin de poser le diagnostic, et d'évaluer la symptomatologie et les variables intrapsychiques des sujets. La troisième section porte sur le déroulement de l'expérience. La dernière section concerne le plan de l'expérience.

1. Sujets

Les sujets proviennent de trois milieux : le Centre Universitaire de Services Psychologiques (CUSP), l'Hôpital Ste-Marie de Trois-Rivières et le Centre Hospitalier Régional Lanaudière (CHRDL). Le recrutement a été effectué en deux étapes. D'une part, la directrice du projet a rencontré les intervenants oeuvrant à l'intérieur de ces trois milieux. D'autre part, les intervenants ont proposé aux sujets potentiels de participer sur une base volontaire à la présente recherche. L'étude comprend 54 sujets présentant le trouble de personnalité borderline tel que diagnostiqué sur l'axe II du DSM-IV et ne rencontrant pas de diagnostic de psychose sur l'axe I du DSM-IV (APA, 1994). Ils sont âgés entre 21 et 56 ans et ont en moyenne 33 ans. Le revenu des sujets varie de bas (aide sociale, prêts et bourses étudiants, salaire minimum) à moyen (revenu d'environ

25000\$/année) et leur niveau de scolarité se situe entre un secondaire V complété et un baccalauréat en cours. Le groupe de sujets est formé de 61% (33) de femmes et de 39% (21) d'hommes. L'échantillon est divisé en deux groupes : le premier groupe comprend 41% (22) de sujets borderlines ayant été abusés dont 24% (13) sont des femmes et 17% (9) des hommes; le second groupe est constitué de 59% (32) de sujets borderlines n'ayant pas été abusés dont 37% (20) sont des femmes et 22% (12) des hommes. Les sujets du premier groupe se caractérisent par un vécu d'abus répétitifs (sexuels et/ou physiques) en bas âge, c'est-à-dire avant l'âge de 12 ans, par un proche parent, tel que le père, la mère ou toutes autres figures parentales très présentes dans la vie de l'enfant (oncle, grands-parents, fratrie). Cette définition est basé sur les travaux de plusieurs auteurs (Gunderson & Phillips, 1990 ; Ogata et al., 1990).

Dans le second groupe, 31% (17) des sujets présentent d'autres types d'abus ne correspondant pas à la définition mentionnée ci-haut tels que la violence conjugale, le viol, les incidents isolés ainsi que toutes formes d'abus vécues après l'âge de 12 ans ou dans lesquelles l'abuseur n'est pas familier à l'abusé. Ainsi, au total et tout au cours de leur vie, 72% (39) des sujets ont vécu au moins une forme d'abus. Malgré ce haut pourcentage et l'importance de ces sévices, la présente étude a utilisé une définition précise de l'abus afin d'évaluer l'impact possible d'un tel traumatisme dans l'enfance des sujets borderlines. Les tableaux 1 et 2 présentent la distribution des sujets dans chaque groupe en précisant le type d'abus.

Tableau 1

Distribution des sujets selon la présence ou l'absence d'abus, le type d'abus et le sexe

Type d'abus	Sexe	
	Homme	Femme
	39% (21)	61% (33)
Non abusé	22% (12)	37% (20)
Abusé dans l'enfance	17% (9)	24% (13)
Sexuel	2% (1)	9% (5)
Physique	15% (8)	9% (5)
Sexuel et physique	0% (0)	6% (3)

2. Matériel

L'expérimentation, sous forme d'entrevue semi-structurée, a eu lieu dans une salle d'entrevue individuelle. Les entrevues ont toutes été enregistrées sur bande vidéo ou audio.

Tableau 2

Distribution des sujets bordelines du groupe non abusé selon la présence d'autres formes d'abus et le sexe

Type d'abus	Sexe	
	Homme	Femme
	38% (12)	62% (20)
Aucun abus au cours de la vie	11% (6)	17% (9)
Autres types d'abus	11% (6)	20% (11)
Sexuel	0% (0)	11% (6)
Physique	6% (3)	6% (3)
Sexuel et physique	6% (3)	4% (2)

3. Instruments de mesure

3.1 Questionnaire de renseignements sociodémographiques et cliniques

Ce questionnaire décrit les caractéristiques individuelles ainsi que l'histoire d'abus et de passages à l'acte des sujets. Plus précisément, il donne des informations concernant les tentatives de suicide, l'automutilation, l'abus sexuel, l'abus physique, l'abus verbal, l'abandon, le fait d'être témoin de violence et les comportements hétéroagressifs des sujets tels que les bagarres et les bris d'objet (voir Appendice A). Il a été développé pour l'étude et se base sur les travaux de Gunderson et Phillips (1990) et

de Ogata et al. (1990) et ce, surtout pour la variable abus (physique, sexuel et verbal).

3.2 SCID I et II

La version française du «Structured Clinical Interview for DSM-III-R» (Spitzer, Williams & Gibbon, 1990), traduite par Lise Bordeleau, membre de l'équipe de l'Unité de Neurosciences du Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUL), adaptée au DSM-IV (APA, 1994) et révisée par une équipe de recherche de l'Université de Montréal dirigée par S. Hodgins, a été administrée afin de poser les diagnostics psychiatriques tant sur l'axe I que sur l'axe II du DSM-IV (APA, 1994). La passation de ces questionnaires, le SCID I et II, s'effectue sous forme d'entrevues individuelles semi-structurées. Le SCID I débute par un ensemble de questions ouvertes et préliminaires portant sur l'histoire de vie et l'histoire psychiatrique du sujet. Il se poursuit par des questions plus directives en vue d'évaluer les critères diagnostics pour les 33 troubles les plus fréquemment diagnostiqués sur l'axe I du DSM-IV (APA, 1994) soit, les troubles psychotiques, de l'humeur, d'anxiété, somatoformes, de l'alimentation, d'adaptation et d'abus de substances (alcool ou drogue). Le SCID II comprend d'abord, un questionnaire préalable guidant le clinicien dans la passation de cet instrument en lui permettant de réduire le nombre de troubles à évaluer, ensuite, un ensemble de questions ouvertes concernant le type de personnalité du sujet et finalement, les critères correspondant aux 12 troubles de personnalité (Spitzer, Williams, Gibbon & First,

1992). Le questionnaire préalable au SCID II permet au sujet de répondre par écrit, par oui ou non, aux questions se rapportant aux critères des troubles de personnalité du SCID II. Par la suite, l'examineur questionne sur les troubles de personnalité du SCID II auxquels le sujet a répondu oui à au moins trois critères. Ainsi, les troubles enquêtés seront réduits à l'aide du questionnaire préalable. Par ailleurs, le taux de faux négatif à ce dernier est bas pour tous les diagnostics. Il est donc rare qu'un sujet présente un trouble de personnalité et ne soit pas questionné sur celui-ci. Par conséquent, il est possible de dire que ce questionnaire est fidèle et valide (Jacobsberg, Perry & Frances, 1995). Aussi, un tel questionnaire suivi d'une entrevue semi-structurée donne une meilleure validité à l'instrument. De plus, les propriétés psychométriques du SCID I et II démontrent que pour la plupart des diagnostics, l'accord inter-juge est bon, le coefficient Kappa se situe entre 0,54 et 0,84 (Williams et al., 1992). Également, des accords inter-juges ont été effectués par l'équipe travaillant sur la présente étude et le pourcentage d'accords obtenus pour le diagnostic de trouble de personnalité borderline, sur l'axe II du DSM-IV (APA, 1994), est de 100%.

3.3 Le Rorschach

Le Rorschach est un test projectif qui permet d'évaluer la dynamique interne du sujet. Le système intégré développé par Exner (1996) a été utilisé assurant au test une validité clinique reconnue. En ce qui concerne la fidélité de ce système de cotation,

l'accord inter-juge se situe entre 68% et 100% et atteint ou dépasse 85% pour la plupart des variables (Sciara, 1996). Également, pour la présente étude, une formation et une supervision ont encadré l'expérimentatrice. Des validations inter-juges ont été effectuées et le pourcentage d'accords obtenus pour l'ensemble des réponses est de 87%.

4. Déroulement

Le sujet potentiel est recruté par le biais des intervenants des trois milieux afin de participer à l'étude. Il reçoit les informations nécessaires concernant le but général de la recherche. Ce dernier étant de mieux comprendre les différents types de problématiques afin de mieux intervenir. Le sujet est informé sur sa liberté de participer au projet ainsi que sur la confidentialité des données de l'étude. Ensuite, s'il accepte, il signe le formulaire de consentement (voir Appendice B). Par la suite, un membre de l'équipe de recherche le contacte afin de fixer un rendez-vous pour l'entrevue. La passation des tests s'effectue dans le cadre d'entrevues cliniques, individuelles et semi-structurées ayant lieu dans un local d'entrevue d'un ou l'autre des milieux. Suite à une brève entrée en matière portant sur l'étude et ayant pour but de mettre le sujet à l'aise, la passation des tests débute et suit une séquence précise : le sujet commence par le Rorschach, poursuit avec le questionnaire préalable au SCID II qu'il remplit seul, répond aux questions du SCID II posées par l'examineur, enchaîne avec le

questionnaire de renseignements sociodémographiques et cliniques et termine par le SCID I. Par la suite, chaque protocole de Rorschach a été analysé à l'aide du programme informatique RIAP3 basé sur le système intégré développé par Exner (1996). Finalement, 3 membres de l'équipe de recherche, dont le juge expert, ont effectué des inter-juges concernant la cotation des protocoles de Rorschach ainsi que l'évaluation du diagnostic et des critères du trouble de personnalité borderline.

5. Plan de l'expérience

L'étude est transversale et le plan de l'expérience utilisé est quasi-expérimental. Cette recherche comprend une variable indépendante à deux niveaux. Ainsi, elle présente deux groupes indépendants, le groupe de sujets borderlines abusés et le groupe de sujets borderlines non abusés. Ces groupes sont comparés sur deux groupes de variables dépendantes : au niveau descriptif, par la présence de symptômes psychiatriques tels que la dissociation, les tentatives de suicide, l'automutilation et les bagarres et au niveau intrapsychique, par la présence des indices au Rorschach (CF+C>FC, Mp>Ma+1, AG, An/Bl/Sx et WSum6).

Résultats

Ce chapitre est divisé en deux sections. La première porte sur la méthode d'analyse des données et la seconde présente les résultats.

1. L'analyse des données

La première hypothèse de cette recherche, le lien entre l'abus et la présence ou l'absence de symptômes psychiatriques, a été évaluée à l'aide du questionnaire de renseignements sociodémographiques et cliniques ainsi que du SCID II (APA, 1994). La seconde hypothèse a été évaluée à l'aide d'indices au Rorschach. Les indices ont été obtenus à l'aide du programme informatique RIAP 3 qui a analysé les cotations au Rorschach.

Le test statistique Chi Carré a été utilisé pour vérifier d'une part, s'il y a une différence significative quant aux symptômes nommés à la première hypothèse et d'autre part, pour comparer le nombre de sujets abusés au nombre de sujets non abusés quant aux deux premiers indices du Rorschach de la seconde hypothèse, c'est-à-dire, $CF+C>FC$ et $Mp>Ma+1$. En ce qui concerne les trois derniers indices du Rorschach de la seconde hypothèse, le Test-T a permis de comparer les moyennes afin d'identifier des différences significatives.

2. Présentation des résultats

Cette section est divisée en deux parties selon les deux hypothèses de cette étude. La première partie comprend la comparaison entre les sujets abusés et non abusés quant à la présence des symptômes psychiatriques suivants : la dissociation, les tentatives de suicide, l'automutilation et les bagarres. Ensuite, la seconde hypothèse correspond à la comparaison entre les sujets abusés et non abusés quant à la présence des sept indices au Rorschach : $CF+C>FC$, $Mp>Ma+1$, AG, An/BI/Sx et WSum 6. Afin de répondre à la question posée dans la section hypothèses de recherche, pour chacune de ces hypothèses, la comparaison s'effectue d'abord, entre tous les sujets borderlines abusés et non abusés, ensuite, entre les sujets borderlines féminins abusés et non abusés et enfin, entre les sujets borderlines masculins abusés et non abusés.

2.1 Comparaison entre les sujets borderlines abusés et non abusés quant à la présence de certains symptômes psychiatriques

1) Pour l'ensemble des sujets

Les résultats présentés au tableau 3 indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les sujets borderlines abusés et non abusés quant à la présence des symptômes psychiatriques suivants : la dissociation, l'automutilation et les bagarres. Les analyses statistiques ne confirment pas une partie de la première hypothèse.

Tableau 3

Comparaison entre les sujets borderlines abusés et non abusés quant à certains symptômes psychiatriques

Symptômes psychiatriques	Abusé		Tests statistiques
	Oui (n=22)	Non (n=32)	
Dissociation			
oui	50,0% (11)	28,1% (9)	X ² (1, 54) = 2,68 n.s. p = 0,11
non	50,0% (11)	71,9% (23)	
Tentative de suicide			
oui	68,2% (15)	37,5% (12)	X ² (1, 54) = 4,90 * p = 0,03
non	31,8% (7)	62,5% (20)	
Automutilation			
oui	42,9% (9)	34,4% (11)	X ² (1, 53) = 0,39 n.s. p = 0,54
non	57,1% (12)	65,6% (21)	
Bagarre			
oui	63,6% (14)	50,0% (16)	X ² (1, 54) = 0,98 n.s. p = 0,32
non	36,4% (8)	50,0% (16)	

*p<0,05.

Toutefois, les résultats présentés au tableau 3 indiquent qu'il y a une différence significative, les sujets abusés présentent plus fréquemment des tentatives de suicide que les sujets non abusés. Les analyses statistiques confirment donc une partie de la première hypothèse quant à la présence du symptôme psychiatrique « tentative de suicide ».

Tableau 4

Comparaison entre les sujets borderlines féminins abusés et non abusés quant à certains symptômes psychiatriques

Symptômes psychiatriques	Abusé		Tests statistiques
	Oui (n=13)	Non (n=20)	
Dissociation			
oui	53,8% (7)	25,0% (5)	X2 (1, 33) = 2,83 n.s. p = 0,09
non	46,2% (6)	75,0% (15)	
Tentative de suicide			
oui	61,5% (8)	35,0% (7)	X2 (1, 33) = 2,24 n.s. p = 0,13
non	38,5% (5)	65,0% (13)	
Automutilation			
oui	50,0% (6)	20,0% (4)	X2 (1, 32) = 3,14 n.s. p = 0,08
non	50,0% (6)	80,0% (16)	
Bagarre			
oui	53,8% (7)	40,0% (8)	X2 (1, 33) = 0,61 n.s. p = 0,44
non	46,2% (6)	60,0% (12)	

*p<0,05.

2) Pour les sujets féminins

En réponse à la question posée, les résultats présentés au tableau 4 indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les sujets borderlines féminins abusés et non abusés quant à la présence des symptômes psychiatriques suivants : la dissociation, les tentatives de suicide, l'automutilation et les bagarres.

Tableau 5

Comparaison entre les sujets borderlines masculins abusés et non abusés quant à certains symptômes psychiatriques

Symptômes psychiatriques	Abusé		Tests statistiques
	Oui (n=9)	Non (n=12)	
Dissociation			
oui	44,4% (4)	33,3% (4)	X2 (1, 21) = 0,27 n.s. p = 0,60
non	55,6% (5)	66,7% (8)	
Tentative de suicide			
oui	77,8% (7)	41,7% (5)	X2 (1, 21) = 2,74 n.s.. p = 0,10
non	22,2% (2)	58,3% (7)	
Automutilation			
oui	33,3% (3)	58,3% (7)	X2 (1, 21) = 1,29 n.s.. p = 0,26
non	66,7% (6)	41,7% (5)	
Bagarre			
oui	77,8% (7)	66,7% (8)	X2 (1, 21) = 0,31 n.s.. p = 0,58
non	22,2% (2)	33,3% (4)	

*p<0,05.

3) Pour les sujets masculins

En réponse à la question posée, les résultats présentés au tableau 5 indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les sujets borderlines masculins abusés et non abusés quant à la présence des symptômes psychiatriques suivants : la dissociation, l'automutilation, les tentatives de suicide et les bagarres.

2.2 Comparaisons entre les sujets borderlines abusés et non abusés quant à la présence de certains indices au Rorschach

1) Pour l'ensemble des sujets

Les résultats présentés au tableau 6 indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les sujets borderlines abusés et non abusés quant à la présence des indices suivants au Rorschach : $CF+C > FC$, $Mp > Ma+1$, AG, An/Bl/Sx et WSum6. Les analyses statistiques ne confirment donc pas la seconde hypothèse de cette recherche.

2) Pour les sujets féminins

En réponse à la question posée, les résultats présentés au tableau 7 indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les sujets borderlines féminins abusés et non abusés quant à la présence des indices suivants au Rorschach : $CF+C > FC$, $Mp > Ma+1$, AG, An/Bl/Sx, WSum6.

3) Pour les sujets masculins

En réponse à la question posée, les résultats présentés au tableau 8 indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les sujets borderlines masculins abusés et non abusés quant à la présence des indices suivants au Rorschach : $CF+C > FC$, $Mp > Ma+1$, AG, An/Bl/Sx, WSum6.

Tableau 6

Comparaison entre les sujets borderlines abusés et non abusés quant aux indices au Rorschach

Indices au Rorschach	Abusé		Tests statistiques
	Oui (n=22)	Non (n=31)	
Impulsivité (CF+C>FC)			
oui	45,5% (10)	38,7% (12)	X2 (1, 53) = 0,24 n.s. p = 0,62
non	54,5% (12)	61,3% (19)	
Fuite dans la fantaisie (Mp>Ma+1)			
oui	36,4% (8)	29,0% (9)	X2 (1, 53) = 0,32 n.s. p = 0,57
non	63,6% (14)	71,0% (22)	
Agressivité (AG)	x = 1,86 (22)	x = 1,68 (31)	t (51) = 0,40 n.s. p = 0,69
Anatomie/Sang/Sexe (An/BI/Sx)	x = 3,41 (22)	x = 3,61 (31)	t (51) = 0,27 n.s. p = 0,78
Troubles de la pensée (WSum 6)	x = 5,14 (22)	x = 4,81 (31)	t (51) = 0,22 n.s. p = 0,82

*p<0,05.

Tableau 7

Comparaison entre les sujets borderlines féminins abusés et non abusés quant aux indices au Rorschach

Indices au Rorschach	Abusé		Tests statistiques
	Oui (n=13)	Non (n=20)	
Impulsivité (CF+C>FC)			
oui	38,5% (5)	40,0% (8)	X2 (1, 33) = 0,007 n.s. p = 0,93
non	61,5% (8)	60,0% (12)	
Fuite dans la fantaisie (Mp>Ma+1)			
oui	30,8% (4)	20,0% (4)	X2 (1, 33) = 0,50 n.s. p = 0,48
non	69,2% (9)	80,0% (16)	
Agressivité (AG)	x = 2,38 (13)	x = 1,65 (20)	t (31) = 1,17 n.s. p = 0,25
Anatomie/Sang/Sexe (An/Bl/Sx)	x = 2,85 (13)	x = 3,60 (20)	t (31) = 0,84 n.s. p = 0,41
Troubles de la pensée (WSum 6)	x = 4,85 (13)	x = 4,95 (20)	t (31) = 0,08 n.s. p = 0,94

*p<0,05.

Tableau 8

Comparaison entre les sujets borderlines masculins abusés et non abusés quant aux indices au Rorschach

Indices au Rorschach	Abusé		Tests statistiques
	Oui (n=9)	Non (n=11)	
Impulsivité (CF+C>FC)			
oui	55,6% (5)	36,4% (4)	X2 (1, 20) = 0,74 n.s. p = 0,39
non	44,4% (4)	63,6% (7)	
Fuite dans la fantaisie (Mp>Ma+1)			
oui	44,4% (4)	45,5% (5)	X2 (1, 20) = 0,002 n.s. p = 0,96
non	55,6% (5)	54,5% (6)	
Agressivité (AG)	x = 1,11 (9)	x = 1,72 (11)	t (18) = 0,98 n.s. p = 0,34
Anatomie/Sang/Sexe (An/Bl/Sx)	x = 4,22 (9)	x = 3,64 (11)	t (18) = 0,44 n.s. p = 0,66
Troubles de la pensée (WSum 6)	x = 5,55 (9)	x = 4,64 (11)	t (18) = 0,31 n.s. p = 0,76

*p<0,05.

Discussion

La discussion qui suit comprend d'abord un résumé des résultats obtenus d'une part, au niveau de la symptomatologie des sujets borderlines abusés et, d'autre part, quant aux variables intrapsychiques évaluées à l'aide du Rorschach. Nous expliquerons ensuite ces résultats à la lumière des travaux antérieurs. Puis, il sera question des forces et des faiblesses de la présente étude parallèlement aux biais des études passées. Par la suite, nous effectuerons, en lien avec les résultats obtenus, un bref résumé des différentes approches concernant la place de l'abus au sein de la problématique borderline. Enfin, cette partie se termine par certaines recommandations et pistes à emprunter lors de prochaines recherches.

D'abord, en ce qui concerne la symptomatologie des sujets borderlines abusés comparativement aux sujets borderlines non abusés, les résultats ne sont pas significatifs quant aux symptômes suivants : la dissociation, l'automutilation et les bagarres. Toutefois, les sujets abusés présentent plus fréquemment des tentatives de suicide que les sujets non abusés. Ces résultats appuient, en partie, ceux des travaux antérieurs. D'abord, bien que Shearer (1994) et Brodsky et al. (1995) distinguent les sujets borderlines selon la présence ou l'absence de symptômes dissociatifs, selon Zweig-Frank et al. (1994a), la dissociation est reliée au diagnostic de trouble borderline et non à un vécu d'abus chez ce type de sujet. Ainsi, il est possible que les résultats non

significatifs de la présente étude quant au symptôme dissociatif s'explique par le fait que tous les sujets, étant borderlines, présentent à peu près de la même façon des symptômes dissociatifs.

En ce qui a trait aux comportements autodestructeurs, les auteurs s'entendent sur l'importance de ces comportements chez les sujets borderlines abusés (Brown & Anderson, 1991 ; Wagner & Linehan, 1994 ; Dubo et al., 1997). Les résultats de la présente étude, démontrant que les tentatives de suicides sont plus fréquentes chez les sujets borderlines abusés, confirment les résultats des études antérieures. Selon certains auteurs, un traumatisme vécu dans l'enfance affecte plutôt un sous-groupe de sujets borderlines ayant subi de graves traumatismes (Harney, 1992 ; Paris, 1996). Ainsi, il est possible que les sujets borderlines abusés qui présentent un degré élevé de tentatives de suicide correspondent à ce sous-groupe. De plus, un geste autodestructeur portant atteinte au corps, tel qu'une tentative de suicide, peut résulter d'un traumatisme dans lequel la pathologie du parent abuseur altère le développement de l'enfant ainsi que son intégrité physique (Wells et al., 1995). Toutefois, la présente étude ne démontre pas de différence significative quant aux comportements automutilatoires. Ces résultats se trouvant près du seuil significatif, il est possible qu'en augmentant le nombre de sujets, ils soient significatifs. Enfin, nous ne pouvons pas distinguer les sujets abusés des sujets non abusés quant à leurs agirs hétéroagressifs (bagarres).

Nous allons tenté d'expliquer ces résultats non significatifs à partir des différentes études portant sur les comportements impulsifs, antisociaux ou hétéroagressifs des sujets borderlines abusés, en tenant compte du vécu d'abus psychologique très souvent présent dans l'histoire de ceux-ci. Selon certains auteurs, les comportements impulsifs sont une des conséquences à long terme de l'abus chez les sujets borderlines (McCarthy, 1990 ; Shearer, 1994). Si une bagarre est considérée comme un comportement impulsif, la présente étude infirme ces derniers résultats. Cependant, bien qu'un agir hétéroagressif tel qu'une bagarre soit insuffisant pour poser un diagnostic de trouble de personnalité antisociale, il est possible de voir les bagarres comme une caractéristique des traits antisociaux. À ce propos, selon McCarthy (1990), l'enfant ayant vécu de l'abus psychologique développe des traits antisociaux afin d'éviter le deuil et la dépression engendrés par ce type d'abus. Aussi, selon Norden et al. (1995), les sujets borderlines présentent souvent des relations parentales caractérisées, entre autres, par du rejet et des critiques de la part des parents. Un abus de type psychologique peut d'ailleurs être défini par l'humiliation, la dévalorisation et les critiques. Par conséquent, il est probable que la plupart des sujets borderlines, présentant au moins une histoire d'abus psychologique, ne diffèrent pas de façon significative quant à leurs agirs hétéroagressifs (bagarres).

Ensuite, les résultats au Rorschach sont non significatifs pour tous les indices étudiés soit, les indices reliés à la fuite dans la fantaisie ($Mp > Ma + 1$), à l'impulsivité

($CF+C>FC$), à l'agressivité (AG), à l'anxiété (Anatomie/Sang/Sexe) ainsi qu'aux troubles de la pensée (WSum6). Ainsi, il est impossible de différencier les sujets borderlines abusés des sujets borderlines non abusés, d'après les caractéristiques intrapsychiques, par le biais des indices choisis au Rorschach. Ces résultats infirment ceux de l'étude de Saunders (1991). Nous expliquerons chacun de ces résultats en lien avec ceux des études antérieures. Premièrement, les indices utilisés au Rorschach correspondent, en partie, aux indices dégagés des protocoles de sujets présentant une problématique borderline. À ce propos, Gartner et al. (1989) ont relevé dans les protocoles de borderlines la présence d'indices reliés aux troubles de la pensée (Fabcom, Contam), à l'impulsivité ($CF+C>FC$) et à l'agressivité (AG). Par ailleurs, en plus des indices déjà mentionnés, Timsit (1974) a remarqué, dans les Rorschach de borderlines, la présence d'indices indicateurs d'angoisse tels que les contenus d'anatomie, de sang et de sexe. Ainsi, les indices utilisés par Saunders (1991), à l'exception de l'indice relié à la fuite dans la fantaisie ($Mp>Ma+1$), correspondent aux indices fréquemment rencontrés dans les protocoles de sujets borderlines. Considérant ce recoupement, il est de mise de se questionner sur la spécificité de ces indices. En fait, les indices choisis par Saunders (1991) et repris dans la présente étude mesurent-ils l'impact de l'abus au niveau intrapsychique chez les sujets borderlines ? Les sujets étant tous borderlines et les résultats n'étant pas significatifs quant aux indices au Rorschach, il est fort possible que ceux-ci, ne pouvant pas différencier les deux groupes de sujets, aient détectés la problématique borderline et non l'impact de l'abus.

Deuxièmement, selon plusieurs auteurs, la plupart des sujets borderlines présentant, au moins, une histoire d'abus de type psychologique (abus verbal, critiques et humiliation), il est possible que ce type d'abus ait autant de portée, au niveau intrapsychique, qu'un abus physique ou sexuel (Norden et al., 1995 ; Laporte & Guttman, 1996 ; Zanarini et al., 1997). À ce propos, selon la théorie de Freud et Bergeret, sans négliger l'importance de l'abus physique ou sexuel, la réalité psychique, le trauma psychique ou l'abus psychologique a autant d'impact qu'un abus réel.

Troisièmement, tel que mentionné précédemment, la présente étude va à l'encontre des résultats de l'étude de Saunders (1991). Il existe certaines différences au niveau méthodologique entre le présent travail et celui de Saunders (1991). Par conséquent, il se peut que ces différences expliquent cette divergence de résultats. D'abord, l'échantillon de l'étude de Saunders (1991) ne comportait que des femmes borderlines psychiatisées présentant probablement une symptomatologie d'un niveau de sévérité élevé. Aussi, le groupe de sujets abusés présentaient une histoire d'abus sexuel composée de plus d'un ou deux incidents, vécue avant l'âge de 14 ans et effectué par un abuseur de 3 ans plus vieux que l'abusé. Également, cet auteur a tenté d'épurer son échantillon en éliminant les sujets borderlines présentant un diagnostic de trouble de personnalité schizotypique, schizoïde, paranoïde ou obsessionnel-compulsif à l'axe II du DSM-III-R. De plus, Saunders (1991) est très catégorique quant à la relation causale existant entre l'abus sexuel vécu dans l'enfance et le développement du trouble

borderline. Ainsi, les résultats de son étude semblent teintés par la façon dont l'auteur considère la place de l'abus dans l'explication de cette problématique. Par ailleurs, les divers biais que comporte la présente étude, dont nous discuterons plus loin, ont peut-être contribué à cette divergence de résultats. Mis à part ces constatations, il nous est impossible de comprendre pour l'instant ce qui a causé cette divergence de résultats. Comment se fait-il que Saunders (1991) a obtenu des résultats significatifs pour tous les indices au Rorschach alors que ceux de la présente étude sont non significatifs ? Nous laissons cette interrogation en suspend.

Comparativement à cette recherche, les diverses études présentées tout au long de ce mémoire comportent plusieurs biais que nous avons tenté de contrecarrer. À ce propos, certains auteurs ont dégagé de ces études plusieurs de ces biais. En premier lieu, Glod (1993), en comparant les diverses études, a remarqué les problèmes méthodologiques suivants : d'abord, il arrive souvent que l'échantillon ne comprenne que des sujets féminins, ceci peut engendrer un effet du genre, ensuite, l'échantillon est fréquemment composé de sujets psychiatisés, de plus, l'histoire d'abus est évaluée à l'aide de différents instruments et enfin, la définition de l'abus et le type d'abus (physique, sexuel, verbal, témoin de violence) étudiés diffèrent selon les travaux. En deuxième lieu, Briere et Elliott (1993) ont critiqué la conclusion de certains auteurs quant au lien de causalité entre l'abus et le développement de problèmes psychologiques. Ils considèrent que les statistiques de types corrélationnelles employées

ne peuvent permettre d'établir un lien de causalité entre l'abus et la psychopathologie. Tel que mentionné, nous avons tenté de contrecarrer ces problèmes méthodologiques de différentes façons. D'abord, la présente étude comporte un nombre suffisant de sujets. Par ailleurs, comparativement aux travaux antérieurs, l'échantillon de sujets est composé de femmes et d'hommes, n'étant pas tous psychiatrisés. Aussi, le diagnostic a été contrôlé et posé à l'aide des critères du DSM-IV (APA, 1994) qui correspondent aussi aux symptômes descriptifs du diagnostic structural de Kernberg (1989). Également, l'effet à long terme de l'abus a été évalué non seulement au niveau symptomatologique, comme bien des études, mais aussi au niveau intrapsychique. D'ailleurs, concernant la cotation des protocoles de Rorschach et l'évaluation du diagnostic, des accords inter-juges ont été effectués afin d'augmenter la fidélité de la recherche. Enfin, l'abus a été défini de façon la plus opérationnelle possible et ce, dans le but de distinguer clairement les deux groupes de sujets de l'étude. Il est cependant possible que cette définition soit trop restrictive quant aux autres formes d'abus telles que le viol, la violence conjugale, les incidents isolés ainsi que toutes formes d'abus vécues après l'âge de 12 ans ou dans lesquelles l'abuseur n'est pas familial à l'abusé. À ce propos, certains sujets du groupe non abusé présentent d'autres formes d'abus. Il est donc important de considérer cette forme de « contamination » dans les résultats. De plus, dans le but d'évaluer les traumatismes liés à l'intégrité corporelle, il n'y a pas eu de distinction entre les sujets abusés physiquement ou sexuellement. Si l'impact de l'abus sexuel est très différent de celui de l'abus physique, cet aspect a peut-être

influencé les résultats. Aussi, l'étude étant rétrospective, les informations recueillies quant au vécu possible d'abus se basent sur la mémoire et la reconstruction historique des sujets. Certains sujets peuvent être très explicites, tandis que d'autres non. Également, ce type d'étude se fonde sur le jugement et la perception subjective des sujets. Il est probable que certains sujets se soient sentis grandement abusés alors que la réalité était différente. Enfin, les questions entourant l'abus physique ou sexuel sont délicates à poser et parfois, les sujets ont eu de la difficulté à s'ouvrir.

Tel que vu précédemment, la place de l'abus dans l'étiologie du trouble borderline a été expliquée de différentes façons. La problématique borderline est très complexe et il serait simpliste de réduire son explication à une seule variable. Bien que les résultats diffèrent selon les études, il semble que plusieurs facteurs influencent le développement de ce trouble et ce, de diverses façons selon le vécu des sujets. Les résultats de la présente étude démontrant que les comportements suicidaires sont plus fréquents chez les sujets borderlines abusés laissent présager l'existence d'un sous-groupe de ces sujets particulièrement souffrants. Ainsi, en tenant compte des différents sous-groupes de sujets au sein de ce trouble, comment comprendre l'interaction et la place des divers facteurs dans le développement des sujets borderlines ? Également, l'abus physique ou sexuel ne semblent pas nécessaire ou suffisant au développement du traumatisme psychique, il semble que l'abus psychologique peut avoir autant de portée. Par ailleurs, le trauma n'affecte pas tous les sujets de la même façon. Ceci dit, de futurs

travaux devront considérer ces éléments afin de mieux comprendre et traiter les sujets présentant une problématique borderline.

Enfin, voici, à la lumière des résultats obtenus, quelques recommandations ou pistes à emprunter lors de futurs travaux. D'abord, l'analyse des protocoles de Rorschach a été effectuée à l'aide d'une méthode quantitative, le système intégré développé par Exner (1996). D'une part, une analyse de type qualitative d'inspiration psychanalytique, comme la méthode de Holt ou la grille de Lerner sur les mécanismes de défense, ajouterait au tableau clinique certaines informations non recueillies par l'analyse quantitative. D'autre part, il serait intéressant d'utiliser les indices généraux d'abus relevés par les auteurs (Nash et al., 1993 ; Leavitt & Labott, 1996) ayant étudié les protocoles de sujets abusés. Par ailleurs, certains résultats non significatifs au niveau symptomatologique étant près du seuil significatif (p. ex. : l'automutilation), il est fort possible qu'en augmentant le nombre de sujets, les résultats en soient positivement influencés. Finalement, malgré les efforts effectués par l'auteur pour rendre la définition de l'abus opérationnelle, l'utilisation d'un instrument de mesure de l'abus plus élaboré qui évaluerait cette variable de façon plus valide, fidèle et spécifique permettrait de minimiser les difficultés d'évaluation de cette variable.

Conclusion

Le but de la présente étude était de comparer le profil psychologique des sujets borderlines abusés à celui des sujets borderlines non abusés. Bien que la plupart des hypothèses se soient avérées non significatives, nous considérons que cet objectif a été atteint. D'une part, les résultats démontrant que les sujets abusés présentent plus fréquemment des tentatives de suicide que les sujets n'ayant pas subi d'abus indiquent la présence possible de sous-groupes au sein de cette problématique. D'autre part, étant donné l'impossibilité de distinguer les sujets abusés de sujets non abusés par le biais des variables intrapsychiques, il semble y avoir un recoupement entre les indices d'abus et les indices menant à un diagnostic borderline. Ces derniers résultats nous amènent à considérer l'importance du trauma psychique dans l'histoire des sujets borderlines, qu'ils aient été abusés (sexuellement ou physiquement) ou non.

La présente étude comporte certaines particularités. En fait, comparativement aux travaux antérieurs, l'effet à long terme de l'abus chez les sujets borderlines a été évalué de deux façons ; d'une part, au niveau symptomatologique et d'autre part, au niveau intrapsychique. À notre connaissance, l'étude de Saunders (1991) est la seule étude qui ait évalué les caractéristiques intrapsychiques des sujets borderlines abusés. Ainsi, nous avons vérifié les résultats obtenus par Saunders (1991) par le biais d'une analyse quantitative. À présent, il serait intéressant d'utiliser une analyse qualitative,

comme la méthode de Holt ou de Lerner, afin d'examiner l'impact de l'abus au plan intrapsychique.

Il importe à présent de mentionner certaines retombées pratiques reliées à la réalisation de cette étude. D'une part, les résultats de la présente étude indiquent que dans l'évaluation psychologique des sujets borderlines, il est essentiel de considérer l'existence des différents sous-groupes de sujets présentant cette pathologie. En fait, certains sujets, présentant une lourde symptomatologie caractérisée par des agirs autodestructeurs, font partie d'un sous-groupes de sujets à risque. D'autre part, le contexte théorique démontre l'importance de bien situer la place de l'abus tant dans l'évaluation que dans le traitement des sujets borderlines.

À la lumière des écrits portant sur le domaine et des résultats découlant de la présente recherche, il importe de souligner d'une part, la complexité de l'étiologie du trouble borderline et d'autre part, la diversité des approches et des études effectuées dans ce domaine. Ainsi, afin d'éclaircir ce champ d'étude, il semble nécessaire de poursuivre avec de futurs travaux.

Références

- Acklin, M. W. (1993). Psychodiagnosis of personality structure II : Borderline personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 61(2), 329-341.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder, DSM-IV* (4e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., daCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16(1), 101-118.
- Bergeret, J. (1995). *Psychologie pathologique* (6e éd.). Paris: Masson.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (1993). Sexual abuse, family environment, and psychological symptoms: On the validity of statistical control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 284-288.
- Brodsky, B. S., Cloitre, M., & Dulit, R. A. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1788-1792.
- Brown, G. R., & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148, 55-61.
- Cerney, M. S. (1990). The Rorschach and traumatic loss: Can the presence of traumatic loss be detected from the Rorschach? *Journal of Personality Assessment*, 55(3&4), 781-789.
- Dubo, E. D., Zanarini, M. C., Lewis, R. E., & Williams, A. A. (1997). Childhood antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 63-69.
- Exner, J. E. (1996). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré* (2e éd.). Liège, Belgique : Éditions Frison-Roche.
- Foucault, P. (1990). *L'abus sexuel*. Montréal : Éditions Logiques.
- Gartner, J., Hurt, S. W., & Gartner, A. (1989). Psychological test signs of borderline personality disorder : A review of the empirical literature. *Journal of Personality Assessment*, 53(3), 423-441.

- Glod, C. (1993). Long-term consequences of childhood physical and sexual abuse. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(3), 163-173.
- Gunderson, G., & Phillips, K. A. (1990). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *American Journal of Psychiatry*, 146(8), 967-975.
- Harney, P. A. (1992). The role of incest in developmental theory and treatment of women diagnosed with borderline personality disorder. *Women and Therapy*, 12(1&2), 39-57.
- Herman, J. L., Perry, C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Jacobsberg, L., Perry, S., & Frances, A. (1995). Diagnostic agreement between the SCID-II questionnaire and the personality disorder examination. *Journal of Personality Assessment*, 65(3), 428-433.
- Kernberg, O. F. (1989). *Les troubles graves de la personnalités : Stratégies psychothérapeutiques*. Paris : PUF.
- Landecker, H. (1992). The role of childhood sexual trauma in the etiology of borderline personality disorder considerations for diagnosis and treatment. *Psychotherapy*, 29, 234-242.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse* (7e éd.). Paris : PUF.
- Laporte, L., & Guttman, H. (1996). Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 10(3), 247-259.
- Leavitt, F., & Labott, S. M. (1996). Authenticity of recovered sexual abuse memories: A Rorschach study. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 483-496.
- Mahler, M. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Marcus, B. F. (1989). Incest and the borderline syndrome: The mediating role of identity. *Psychoanalytic Psychology*, 6(2), 199-215.

- Masterson, J. F. (1981). *The narcissistic and borderline disorders : An integrated developmental approach*. New York : Brunner/Mazel Publishers.
- McCarthy, J. B. (1990). Abusive families and character formation. *The American Journal of Psychoanalysis*, 50(2), 181-186.
- Nash, M. R., Hulsey, T. L., Sexton, M. C., Harralson, T. L., & Lambert, W. (1993). Long-term sequelae of childhood sexual abuse : Perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 276-283.
- Norden, K. A., Klein, D. N., Donaldson, S. K., Pepper, C. M., & Klein, L. M. (1995). Reports of the early home environment in DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 9(3), 213-223.
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D., & Hill, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1008-1013.
- Paris, J. (1996). Traumatisme et trouble de la personnalité limite. *Santé Mentale au Québec*, 21(1), 177-188.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (1992). A critical review of the role of childhood sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 125-128.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994). Risk Factors for borderline personality in male outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(7), 375-380.
- Robert, P. (1996). *Le nouveau petit Robert : Dictionnaire de la langue française* (3e éd.). Paris : Dictionnaires Le Robert.
- Saunders, E. A. (1991). Rorschach indicators of chronic childhood sexual abuse in female borderline inpatients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 48-71.
- Sciara, A. D. (1996, Juillet). *Recent findings concerning Rorschach comprehensive system interscorer agreement*. Paper presentation at the International Congress of Rorschach and Projective Method, Boston.
- Shearer, S. L. (1994). Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1324-1328.

- Silk, K. R., Lee, S., Hill, E. M., & Lohr, N. E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1059-1064.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) I : History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry, 49*, 624-629.
- Stone, M. H. (1990). Abuse and abusiveness in borderline personality disorder. In P. S. Links (Éds), *Family environment and borderline personality disorder*, (pp. 131-148). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Timsit, M. (1974). Le test de Rorschach dans les névroses et les états-limites. *Bulletin de Psychologie, 28(1-6)*, 19-37.
- Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1994). Relationship between childhood sexual abuse and topography of parasuicide among women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder, 8(1)*, 1-9.
- Weaver, T. L., & Clum, G. A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61(6)*, 1068-1075.
- Wells, M., Glickauf-Hughes, C., & Beaudoin, P. (1995). An ego/object relations approach to treating childhood sexual abuse survivors. *Psychotherapy, 32(3)*, 416-429.
- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G., Rounsaville, B., & Wittchen, H. U. (1992). The structured clinical interview for DSM-3R (SCID) II: Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry, 49*, 630-636.
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1101-1106.
- Zweig-Frank, H., Paris, J., & Guzder, J. (1994a). Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with BPD. *Canadian Journal of Psychiatry, 39*, 259-264.

Zweig-Frank, H., Paris, J., & Guzder, J. (1994b). Psychological risk factors and self-mutilation in male patients with BPD. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 266-268.

Appendices

Appendice A

Questionnaire de renseignements sociodémographiques et cliniques

1. Âge : _____
 Fréquence / Durée : _____
 Moyens utilisés : _____
 Hospitalisations : _____
 Séquelles physiques : _____
2. Âge : _____
 Fréquence / Durée : _____
 Moyens utilisés : _____
 Hospitalisations : _____
 Séquelles physiques : _____

27. Avez-vous déjà subi un abus sexuel (incluant attouchements) ?

- Oui 1
 Non 2

Si oui, décrire (à savoir : qui était l'agresseur, âge au moment de l'abus, durée, fréquence).

1. Âge : _____
 Agresseur : _____
 Durée : _____
 Fréquence : _____
2. Âge : _____
 Agresseur : _____
 Durée : _____
 Fréquence : _____

28. Avez-vous déjà subi un abus physique(s) ?

- Oui 1
 Non 2

Si oui, décrire (à savoir : qui était l'agresseur, âge au moment de l'abus, durée, fréquence).

1. Âge : _____
 Agresseur : _____
 Durée : _____
 Fréquence : _____

2. Âge : _____
 Agresseur : _____
 Durée : _____
 Fréquence : _____

29. Avez-vous déjà subi un abus verbal (humiliation) ?

- Oui 1
 Non 2

Si oui, décrire (à savoir : qui était l'agresseur, âge au moment de l'abus, durée (fréquence)).

1. Âge : _____
 Agresseur : _____
 Durée : _____
 Fréquence : _____

2. Âge : _____
 Agresseur : _____
 Durée : _____
 Fréquence : _____

30. Avez-vous déjà été témoin de violence ?

- Oui 1
 Non 2

1. Âge : _____
 Qui ? _____
 Type (verbal ou physique) _____

31. Avez-vous déjà subi un abandon / une séparation (ex. : séparation des parents, décès, placements en famille d'accueil) ?

À quel âge ?

- 0-3 ans
 4-6 ans
 7-12 ans
 13-18 ans

1. Type (décès, séparation) ? _____
 Qui ? :

- Père
- Mère
- Autre _____

Substitut :

- Oui 1
- Non 2

(ex. : adoption, placement en famille d'accueil)

Qui ? _____

2. Type (décès, séparation) ? _____

Qui ?

- Père
- Mère
- Autre

Substitut :

- Oui 1
- Non 2

(ex. : adoption, placement en famille d'accueil)

Qui ? _____

32. Vous êtes-vous déjà battus ou avez-vous battus quelqu'un dans votre vie ?

- Oui 1
- Non 2

Combien de fois ?

- 0-6
- 7-12
- 13-18
- 19 et +

Décrire de la plus récente à la plus ancienne.

1. Âge : _____
 Avec qui ? _____
 Pourquoi ? _____
 Intoxication (alcool / drogue) : _____
 Blessures infligées (hospitalisation) : _____

2. Âge : _____
 Avec qui ? _____
 Pourquoi ? _____

Intoxication (alcool / drogue) : _____

Blessures infligées (hospitalisation) : _____

33. Avez-vous déjà brisé des objets (lorsqu'en colère par exemple) ?

1. Âge : _____

Quel objet : _____

Pourquoi : _____

Combien de fois (à vie) : _____

Intoxication : _____

Appendice B

Formule de consentement

Université du Québec à Trois-Rivières
 Centre Universitaire de Services Psychologiques
 Case postale 500, Trois-Rivières, Québec, Canada, G9A 5H7
 Téléphone : (819) 376-5088

RECHERCHE

Un projet de collaboration entre le Centre Universitaire de Services Psychologiques (CUSP) et Suzanne Léveillé, Ph. D., professeure au Département de psychologie permet cette année de mettre sur pied une recherche qui vise à mieux connaître et à mieux servir la clientèle qui demande des services.

À cet effet, le CUSP sollicite votre collaboration qui consiste à **participer gratuitement à une entrevue de recherche** qui permettra une évaluation psychologique plus approfondie. Cette entrevue sera menée par un thérapeute ou une thérapeute spécifiquement formé à cette fin. Les informations recueillies lors de cette entrevue et de l'entrevue d'accueil seront traitées pour la recherche de façon anonyme et confidentielle. De plus, elles pourront être transmises à votre thérapeute avec votre consentement si vous le désirez.

Il est entendu que votre participation est entièrement volontaire et qu'un refus de collaborer à la recherche n'entraînera aucune conséquence sur les services qui vous seront dispensés.

Formule de consentement

Ayant pris connaissance des conditions de la recherche, j'accepte d'y participer.

Il est entendu que *je peux révoquer cette autorisation en tout temps* sans que les services qui me sont dispensés au Centre en soient affectés.

- J'autorise mon thérapeute à recevoir un résumé écrit des renseignements obtenus lors de l'entrevue de recherche.
- Je n'autorise pas mon thérapeute à recevoir un résumé écrit des renseignements obtenus lors de l'entrevue de recherche.

J'ai signé à _____, le _____

Signature

Témoin