

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

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

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE  
LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR  
MADELEINE PROVENCHER

LE SOUTIEN SOCIAL DES PERSONNES QUI PRÉSENTENT  
LE TROUBLE DE PERSONNALITÉ LIMITE

JUIN 2001

1045

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

Cette étude s'intéresse au soutien social des personnes qui présentent un trouble de personnalité limite. Cette problématique se caractérise, dans un premier temps, par les critères descriptifs du trouble selon l'American Psychiatric Association (1994). Dans un deuxième temps, le concept fait principalement appel aux notions psychanalytiques de Kernberg (1997), qui réfère alors à une organisation structurale de la personnalité. Cette recherche a comme objectif de comparer le soutien social des personnes qui présentent le trouble de personnalité limite à celui des personnes qui ne le présentent pas. Les résultats obtenus peuvent éventuellement permettre d'améliorer ou d'ajuster certains programmes d'intervention. L'hypothèse énonce qu'en comparaison des personnes qui ne consultent pas et qui ne présentent pas de trouble de personnalité limite, les personnes qui présentent un trouble de personnalité limite et qui consultent auront : moins de personnes qui composent leur réseau ; moins d'interactions intimes ; plus de relations en fonction de l'aide matérielle dont elles peuvent avoir besoin ; un plus grand besoin d'aide ; plus d'interactions négatives ; moins de satisfaction par rapport à l'aide fournie. Les questions de recherches visent à vérifier si les caractéristiques étudiées sont spécifiques aux personnalités limites et s'il existe des différences entre les hommes et les femmes. Ce projet regroupe 68 participants d'origine québécoise, âgés entre 20 et 61 ans ; ceux-ci ont été répartis en trois groupes : 25 personnes qui ne consultent pas et qui ne présentent pas de trouble de personnalité limite ; 17 personnes qui consultent mais qui ne présentent pas de trouble de personnalité limite ; 26 personnes qui présentent un trouble de personnalité

limite et qui consultent. La recherche procède par entrevues semi-structurées en utilisant trois questionnaires : un questionnaire socio-démographique, la version française du SCID I-II pour établir le diagnostic et la version française de l'ASSIS pour mesurer le soutien social. Les résultats démontrent entre autres que le réseau de soutien global des personnalités limites est en moyenne constitué de moins de personnes aidantes et ce, à tous les niveaux. On met également à jour le fait que les personnalités limites ont une plus grande perception du besoin d'interactions intimes, une plus faible disponibilité du conjoint en général à ce niveau, ainsi qu'un nombre plus élevé d'intervenants professionnels. Les personnalités limites bénéficient au total de moins d'aide potentielle matérielle et de moins de soutien physique que les deux autres groupes. Les personnalités limites affichent significativement moins de satisfaction perçue au niveau de la socialisation, des encouragements et de l'assistance physique. Il ressort de cette étude que les personnalités limites perçoivent actuellement significativement plus d'interactions négatives à l'égard de la parenté. Ils présentent des résultats significativement inférieurs, au niveau de la socialisation, à l'égard des amis potentiels; au niveau de l'assistance physique, en fonction du conjoint potentiel actuel et en fonction du soutien total potentiel. Les résultats tendent à confirmer que, pour évaluer les bienfaits bénéfiques du soutien social, on doit tenir compte de la personnalité de l'individu, de la qualité des relations proches, de la signification de ces relations pour les personnes impliquées et de la communication mutuelle qui existe entre eux.

## Table des matières

Sommaire .....	ii
Liste des tableaux.....	v
Remerciements.....	vi
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	4
Le trouble de personnalité limite .....	5
Le soutien social.....	16
Le soutien social en lien avec des problématiques de santé mentale .....	26
Formulation de l'hypothèse et des questions de recherche.....	31
Méthode .....	34
Participants.....	35
Instruments de mesure.....	37
Déroulement.....	39
Plan de l'étude.....	40
Résultats.....	41
Analyse des données.....	42
Présentation des résultats.....	43
Discussion .....	54
Différences entre les groupes.....	55
Différences entre les femmes et les hommes.....	62
Retombées et directions futures.....	63
Forces et faiblesses de l'étude.....	65
Conclusion.....	67
Appendice A.....	69
Références .....	82

Liste des tableaux

1	Critères descriptifs du trouble de personnalité limite selon le DSM IV.....	7
2	Différences significatives entre les groupes NCNT, CNTL et CTLI .....	44
3	Différences significatives entre les femmes et les hommes .....	53

## Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de recherche, Suzanne Léveillé, pour son généreux travail, sa disponibilité et ses précieux conseils. Je remercie également Martin, qui m'a prodigué un soutien bénéfique tout au long de ce parcours ainsi que tous les participants qui ont collaboré à la réalisation de cette étude.

## Introduction



La présente recherche s'inspire du modèle biopsychosocial de la santé physique et mentale. Ce modèle stipule que la maladie et la santé sont déterminées par un ensemble de facteurs de nature biologique, psychologique, sociale et culturelle qui interagissent de façon complexe et unique à chaque individu. Les caractéristiques de ce modèle sont qu'il reconnaît plusieurs causes à une problématique; il reconnaît qu'il peut y avoir des changements en fonction des individus; il tient compte des facteurs prédisposants, précipitants, de maintien et protecteurs des divers troubles. Finalement, il tient compte des facteurs environnementaux, sociaux, familiaux et psychologiques qui entrent en interaction les uns les autres en vue de favoriser le fonctionnement optimal de l'individu (Sarafino, 1998).

La première partie de ce travail présente d'abord la problématique limite selon deux visions complémentaires. Une première expose les différentes caractéristiques de la problématique limite en fonction des critères descriptifs du trouble de personnalité limite tels que présentés dans le DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). La deuxième distingue les principales composantes de l'organisation limite de la personnalité selon l'approche structurale de Kernberg (1997).

Le contexte théorique survole ensuite plusieurs notions complexes qui entourent le soutien social selon divers auteurs et selon différentes composantes, en vue de déterminer le rôle que ce soutien joue au niveau de la santé physique et psychologique. Finalement, un dernier volet théorique présente les études en lien avec des problématiques de santé mentale qui révèlent certains résultats observés dans les recherches précédentes. Cette compréhension de la problématique se termine par la formulation de l'hypothèse et l'élaboration des questions de recherches.

La deuxième partie explique la procédure utilisée afin de vérifier l'hypothèse et répondre aux questions de recherche. Cette section présente les groupes, permet de distinguer les caractéristiques des participants, décrit les instruments de mesure utilisés et le déroulement de la recherche. La partie « résultats » explique ensuite les différentes analyses effectuées sur les données recueillies auprès des trois groupes de participants et expose les résultats générés en fonction de l'hypothèse et des questions de recherche énoncées.

La quatrième et dernière partie de ce travail vise à faciliter la compréhension des résultats obtenus et à analyser les retombées éventuelles de la recherche en fonction du développement futur. On y aborde finalement les principales forces et faiblesses afin de bien dégager les limites de l'étude.

Contexte théorique

Ce premier chapitre permet de situer plusieurs notions selon trois principaux volets. Une première section présente d'abord les caractéristiques de la problématique limite; par la suite, la deuxième section cible les différentes composantes retenues au niveau du soutien social et l'intérêt qu'elles présentent en lien avec cette problématique. Finalement, le dernier volet expose clairement l'hypothèse de l'étude ainsi que les deux questions de recherche.

### Le Trouble de Personnalité Limite

Le concept de personnalité « limite » ou « borderline » a grandement évolué au fil des années. Au départ, aussi loin qu'au 19<sup>e</sup> siècle, les *professionnels* de l'époque utilisaient le terme « névrotique », pour désigner un léger trouble mental et le terme « psychotique », pour référer à un trouble mental plus grave (Stone, 1993). Ils réalisèrent toutefois que certaines personnes présentaient des états se situant entre ces deux extrêmes. Le terme serait ainsi né d'une combinaison de « Borderland » (Rosse, 1890), qui désignait le terrain vague délimitant les conditions névrotiques et psychotiques, de même que de « in-between zone », terme qui servait à regrouper les personnes récidivistes et les criminels (Lombroso, 1887).

Par la suite, la psychanalyse adopta définitivement le terme de « borderline » ou « limite » pour désigner les individus présentant des difficultés de fonctionnement relativement graves, mais qui demeurent toutefois en contact avec la réalité. Les analystes Stern (1938) et Deutsch (1942) ont été parmi les premiers à formuler une description de ce trouble. De très nombreux autres auteurs se sont penchés sur cette problématique et ont tenté d'en démêler les trop nombreuses composantes qui donnaient à ce trouble une réputation de « tiroir fourre-tout », où se retrouvaient trop souvent classés tous les patients dont on n'arrivait pas à identifier le trouble. Les nombreuses tentatives de description vont finalement générer le concept de personnalité limite tel qu'il est énoncé par l'American Psychiatric Association (1994, p. 767) : « Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers ». Ce mode d'instabilité doit se traduire par au moins cinq manifestations parmi les 9 énumérées dans la liste des critères diagnostics du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) (Voir tableau I).

On estime à environ 2% de la population générale le nombre de personnes qui présentent le trouble de personnalité limite ; ces personnes constitueraient 10% des patients vus en consultation psychiatrique et composeraient 20% de la clientèle recensée dans les centres hospitaliers (APA, 1994). La majorité des personnalités limites seraient, dans une proportion de 75%, de sexe féminin (Gunderson, Zanarini, & Kisiel, 1991).

Tableau 1

Critères descriptifs du trouble de personnalité limite selon le DSM IV (APA, 1994)

---

1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
  2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation
  3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
  4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)
  5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
  6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)
  7. Sentiments chroniques de vide
  8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)
  9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères
-

La problématique limite, selon Kernberg (1967), ne se limitait pas uniquement à une simple description de symptômes. Il a en outre travaillé à éliminer la confusion qui régnait autour du trouble de personnalité limite. Le terme « limite » pouvait parfois désigner des manifestations graves et passagères de patients névrotiques, présentant subitement des symptômes psychotiques ; à d'autres occasions, le terme « limite » servait à désigner des manifestations durables et stables d'un type de personnalité situé entre les névrotiques et les psychotiques.

Avec une approche psychanalytique et au fil de sa longue expérience auprès de ces personnalités, Kernberg parvint à formuler des critères plus précis permettant de mieux cerner les dimensions du trouble limite ; il introduisit alors la notion d'une « organisation limite de la personnalité ». Kernberg réserve ainsi le terme *limite* aux personnes qui présentent une organisation de personnalité caractérisée, de façon durable, par : un ensemble de symptômes ; la faiblesse du moi ; une pathologie spécifique des relations d'objet internalisées ; des traits génétiques caractéristiques (Kernberg, 1997). Nous reprendrons donc plus en détail ces diverses caractéristiques, telles qu'elles sont élaborées par Kernberg, dans le volume de 1997.

### *Ensemble de Symptômes*

Les différents symptômes que décrit d'abord Kernberg réfèrent aux signes qui permettent de soupçonner, lorsqu'il y en a deux ou trois, la présence d'une organisation limite de la personnalité sous-jacente. Il reconnaît d'ailleurs la nécessité d'approfondir et de compléter l'examen par une exploration diagnostique attentive. Les symptômes dont il fait mention sont : l'angoisse, la névrose polysymptomatique, les tendances sexuelles perverses polymorphes, les structures pré-psychotiques classiques, les personnalités impulsives, la toxicomanie et les troubles de personnalité d'échelon inférieur (ex : personnalités infantiles, narcissiques, « comme si », anti-sociales) qui présentent toutes, selon lui, une organisation limite sous-jacente. Le fait d'étudier par la suite l'ensemble de la structure, plutôt que de s'attarder à en décrire les symptômes, permet, selon Kernberg, d'établir un meilleur diagnostic et de distinguer les désordres plus sévères de la personnalité des formes mineures. Il observe alors la faiblesse du « moi », dans laquelle il reconnaît des manifestations spécifiques et non spécifiques.

### *Manifestations Spécifiques et Non Spécifiques de la Faiblesse du Moi*

Les manifestations spécifiques se traduisent par la prédominance des mécanismes de défenses primitives, une caractéristique qui se retrouve chez les personnalités limites. Le clivage, plus particulièrement, fait référence aux processus actifs qui gardent les



introjections de l'individu séparées des identifications opposées. Cela a pour effet d'empêcher l'intégration de ces deux composantes, ce qui normalement neutraliserait l'agressivité. C'est un mécanisme utilisé à une étape précoce du développement, dans la première année de l'enfant (3 mois – 1 an). Lorsque le développement se poursuit normalement, ce mécanisme est habituellement remplacé par des mécanismes plus élaborés comme la formation réactionnelle, l'intellectualisation, etc. Chez la personnalité limite, le clivage persiste et a pour fonction de protéger le moi des conflits générés par les pulsions contradictoires libidinales et agressives, de façon à éviter l'angoisse. La personne perçoit alors ce qui l'entoure alternativement comme étant tout bon ou tout mauvais. L'alternance de positions s'accompagne d'un déni modéré et d'un manque de préoccupations pour la contradiction apparente entre la conduite et l'expérience interne de la personne. Cette alternance engendre des problèmes de diffusion de l'identité, en empêchant la saine intégration du moi dans une identité stable.

En plus du clivage, on retrouve comme mécanisme de défense, l'idéalisation primitive : « C'est la tendance à voir les objets externes comme totalement bons et ceci afin qu'ils puissent protéger l'individu contre les mauvais objets et qu'ils ne puissent être contaminés, abîmés ou détruits par sa propre agressivité ou par celle qui est projetée sur d'autres objets » (Kernberg, 1997 p.56). Il y a également les différentes formes de projection, en particulier l'identification projective, caractérisée autant au niveau quantitatif que qualitatif, par un manque de différenciation entre le soi et l'objet, que

l'individu se doit de contrôler pour éviter d'être attaqué. Les personnalités limites utilisent aussi le déni, l'omnipotence et la dévalorisation. Les personnes qui utilisent ces deux derniers mécanismes de défense ont besoin d'établir une relation de dépendance à un objet magique idéalisé qui devient totalement bon. Lorsque l'objet n'est plus source de satisfaction ou de protection, il est rejeté aussitôt.

Les manifestations non spécifiques de la faiblesse du moi se détectent, quant à elles, par le manque de tolérance face à l'angoisse, par le manque de contrôle pulsionnel et par le manque de développement des voies de sublimation. Le manque de tolérance à l'angoisse fait son apparition lorsque l'individu est confronté à une situation où l'angoisse qu'il ressent est plus grande que celle qu'il éprouve habituellement. La réaction de la personne face à cette nouvelle charge d'angoisse est alors observée ; la personnalité limite présente de nouveaux symptômes, des conduites inhabituelles ou une régression du moi. Le manque de contrôle pulsionnel correspond au comportement des personnalités très impulsives. Le défaut de contrôle pulsionnel se traduit par l'aspect syntone au moi, c'est-à-dire en synchronisation avec les changements brusques d'humeur, par l'aspect répétitif, par un manque de cohérence au niveau affectif et par un certain déni des gestes commis qui survient à la suite du comportement impulsif. La capacité de sublimation réfère au plaisir de créer et à la capacité de réaliser cette créativité. Le manque de développement d'avenues créatrices pouvant permettre de compenser ou d'évacuer certaines frustrations traduit également, de façon assez importante, la faiblesse du soi.

### *La Pathologie Typique des Relations d'Objet Internalisées*

L'utilisation du mécanisme de clivage entraîne une séparation des états ressentis face aux relations d'objet précoces. Graduellement, ce processus maintient pathologiquement la dissociation des états du moi et empêche l'individu de les synthétiser normalement et d'intégrer sagement ses relations d'objets internalisées. Les références en rapport avec les images complémentaires du moi et les tendances affectives associées s'en trouvent grandement affectées. Toutefois, les frontières entre soi et les autres sont maintenues dans la plupart des domaines. Elles ne sont affectées que lorsque les identifications projectives et la fusion aux objets internalisés surviennent, particulièrement dans les situations de transfert des individus. Les principaux facteurs étiologiques de cette incapacité à synthétiser les bonnes et les mauvaises introjections et identifications seraient, selon Kernberg (1997), le résultat d'une agressivité primaire excessive, de même qu'une agressivité secondaire aux frustrations.

De plus, selon lui, d'autres composantes contribuent également à la formation de cette problématique, comme des déficiences inhérentes au développement, ou comme une certaine incapacité de base à affronter l'angoisse. La persistance des introjections figées en deux pôles extrêmes, soit celui de tout bon ou celui de tout mauvais, entraîne de nombreuses conséquences. Lorsque les introjections positives et négatives ne sont pas assumées ensemble, le conflit interne génère une tension face aux représentations

contradictoires du soi. La dépression alors ressentie prendrait l'aspect d'une espèce de rage impuissante et d'un sentiment d'être vaincu par des forces extérieures. La personne ne peut éprouver le sentiment normal de deuil des bons objets ni de regret face à l'agressivité qu'elle ressent en regard d'elle-même et des autres. L'intégration du surmoi s'en trouve affectée et empêche l'appréciation objective des objets externes. Pour se défendre des images d'objets totalement mauvaises, la personne projette des images fantasmatiques de soi totalement bonnes qui contribuent à la formation d'un soi mégalomane.

Les personnalités limites établissent des relations où les échanges restent superficiels puisque ces derniers se protègent constamment des liens affectifs. Leurs relations traduisent une incapacité de ressentir de l'empathie ou d'échanger des sentiments profonds. Un lien trop étroit risque d'éveiller des craintes d'attaque en provenance de l'objet. L'absence de développement du surmoi et le manque ultérieur d'une intégration du moi et de maturation des sentiments, buts et intérêts, les maintiennent aussi dans l'ignorance des aspects plus élevés, plus matures et plus différenciés de la personnalité d'autrui. Cette adaptation superficielle à la réalité les fait dériver vers un syndrome de diffusion de l'identité. Ces individus arrivent difficilement à se définir et à présenter un concept de soi et des autres intégré et stable.

### *Des Traits Génétiques Caractéristiques*

Ce volet expose les différents contenus pulsionnels qui engendrent, chez les personnalités limites, les conflits et les relations d'objet internalisées, précédemment mentionnées. Kernberg a repris certaines notions de Mélanie Klein, et plus spécialement celle qui reconnaît le rôle important de l'agressivité pré-génitale excessive, plus spécifiquement de l'agressivité orale, au niveau de la formation de la pathologie limite. En fait, selon lui, cela correspond à des antécédents de frustration importante et d'agressivité intense, lors des toutes premières années de la vie. Cette agressivité ressentie est ensuite projetée et provoque, avec l'utilisation du clivage répété, une déformation des premières images parentales. Ces déformations engendrent des répercussions au niveau des étapes du développement. Ainsi, l'enfant frustré entre plus rapidement dans le processus des conflits génitaux, en vue de trouver une solution de compromis pour échapper à la rage orale. Il en résulte une association de diverses solutions pathologiques, d'où entre autres, la persistance de tendances sexuelles polymorphes.

Ce bref survol du trouble de personnalité limite a permis de distinguer, dans un premier temps, les critères diagnostiques du trouble selon l'approche descriptive de l'American Psychiatric Association. Dans un deuxième temps, les notions théoriques rattachées à l'approche psychanalytique de Kernberg ont permis d'approfondir les diverses composantes du trouble suivant une perspective structurale de la personnalité.

Ainsi, les principales manifestations du trouble de personnalité limite se traduisent par : la diffusion de l'identité et la faiblesse du moi ; la difficulté à surmonter l'angoisse, la difficulté à contrôler l'impulsivité et l'incapacité à développer des voies sublimatoires. On assiste alors à un défaut d'intégration du concept de soi et de celui des autres. La personne ressent un vide subjectif chronique ; elle navigue de plus au milieu de perceptions contradictoires par rapport à elle-même et ses propres comportements et par rapport aux autres et leurs comportements. Son principal mécanisme de défense est alors centré sur le clivage, qui se traduit par la division du soi et des objets externes en « tout bon » et « tout mauvais », ce qui entraîne des réactions inattendues et rapides qui engendrent des revirements complets des sentiments. Les relations de ces personnes sont donc difficiles, chaotiques et pathologiquement internalisées. Étant donné que les personnalités limites sont ainsi affectées par de nombreuses difficultés relationnelles, il s'avère important d'étudier, dans un second volet, les différents aspects et bénéfices reliés au soutien social, en vue d'estimer si des lacunes à ce niveau peuvent diminuer leur potentiel d'adaptation sociale.

## Le Soutien Social

Ce deuxième volet vise à clarifier la seconde notion de cette étude, le « soutien social », terme choisi en vue de désigner l'expression anglaise : « social support » ; il permettra ainsi de préciser ce qu'on entend par soutien social, de situer l'importance du premier lien d'attachement selon différentes approches psychologiques et de mentionner les différents bienfaits sur la santé qui lui sont attribués à ce jour.

### *Définition du Soutien Social*

Le soutien social a grandement été étudié depuis les années 70. De nombreux chercheurs ont tenté d'en clarifier la notion. Caplan (1974) énonce que le système de soutien social correspond au réseau de personnes qui procurent de l'aide à un individu à différents niveaux. Ces personnes servent de référence à l'individu en lui fournissant un regard sur lui-même et en lui permettant ainsi de valider ses perceptions. Cobb (1976) reconnaît le soutien social comme étant l'information parvenant à un individu qui l'incite à croire qu'on s'occupe de lui, qu'on l'aime, qu'il est estimé et valorisé. L'individu retire ces informations d'un réseau de personnes avec lesquelles il communique et échange des services. House (1981) conçoit le soutien social comme une transaction interpersonnelle où sont impliquées une ou plusieurs composantes telles que la considération

émotionnelle, l'aide matérielle (instrumentale), l'information sur l'environnement et (ou) les perceptions des autres. Finalement, Gottlieb (1981) entend par « soutien social » les différentes formes d'aide et d'assistance fournies à un individu par les membres de sa famille, par ses amis, ses voisins et autres aidants. Il reconnaît que le réseau ainsi formé produit un effet appréciable et contribue à l'ajustement psychologique de l'individu, soit en lui fournissant une assistance directe, soit en agissant comme référence auprès des services professionnels.

Quelle que soit la définition utilisée, on constate rapidement que la notion de soutien social implique, pour chaque individu, un environnement particulier, des perceptions, des attitudes et des traits de personnalité reliés à lui-même (Pierce, Lakey, Sarason, Sarason, & Joseph, 1997), de même que différentes catégories de comportements d'aide (matériel, physique, intimité, guides et conseils, encouragement, social) (Barrera, 1981) ; ces comportements sont enfin prodigués par un réseau constitué de personnes plus ou moins proches. Gottlieb (1983) insiste de plus sur l'importance de prendre en considération autant les aspects objectifs observables de l'extérieur que les composantes subjectives inhérentes aux perceptions internes de l'individu. Ces perceptions peuvent engendrer chez l'individu des effets positifs ou au contraire induire des conséquences négatives, quelle que soit l'intention de départ de la personne qui aide. Les études tendent de plus en plus à confirmer que les traits de personnalité contribuent pour une large part à la perception de support de l'individu (Procidano, & Smith, 1997).



Les nombreuses études sur le soutien social tendent donc à démontrer l'importance de tenir compte, lors de la mesure et de l'opérationnalisation du soutien social, du fait qu'il s'agit bien d'un construit complexe et multidimensionnel (Sarason, 1985 ; Thoits, 1982 ; Vaux, 1988).

### *La Notion d'Attachement*

L'importance du premier contact interpersonnel, son rôle et son impact sur l'adaptation sociale et physique ainsi que sur la personnalité de l'individu sont reconnus depuis plus d'un siècle par divers théoriciens qui ont étudié le développement psychologique. Ils utilisent le terme d'attachement pour décrire le lien établi très tôt dans la vie. Cette notion d'attachement s'apparente dans une certaine mesure à la relation d'objet précoce mentionnée précédemment dans le contexte des personnalités limites. Selon ces divers auteurs, des problèmes au niveau de l'attachement peuvent engendrer des difficultés relationnelles futures et ainsi limiter le soutien social de certaines personnes (Bartholomew, Cobb, & Poole, 1997).

Bowlby (1969) élabore, selon une perspective éthologique et développementale, le concept de première figure d'attachement. Il souligne l'importance des différents comportements réconfortants fournis d'une façon stable, répétée et adéquate, par la principale personne significative, habituellement la mère, face aux signes de détresse émis

par son enfant. Ces comportements servent à établir le contact avec ce dernier, à lui prodiguer des soins, à lui offrir des opportunités d'exploration tout en lui inspirant un sentiment de confiance et de protection face aux dangers qui l'entourent.

Graduellement, de nombreuses recherches empiriques reconnaissent de plus en plus le rôle clé du concept de l'attachement au niveau du développement. Ainsworth et ses collaborateurs (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) ont ainsi étudié, en observant plusieurs mères, la qualité de cet attachement précoce et les difficultés que l'interaction mère/enfant peut engendrer. Ils ont relevé trois styles d'attachement correspondant à trois types de relations mère-enfant : 1- L'enfant sécurisé (mère attentive qui répond aux besoins et permet l'exploration sécurisante) 2- L'enfant évitant (mère qui semble rejeter l'enfant qui progressivement l'évite et se détache) ; 3- L'enfant anxieux-ambivalent (mère imprévisible, dont les comportements rendent l'enfant inquiet).

Les tenants de la théorie psychanalytique (Freud, 1905, 1953) reconnaissent, comme nous l'avons expliqué dans la section précédente, l'importance des premières relations parentales reconnues sous le terme de « relation d'objet ». Cette théorie suggère entre autres que la relation d'objet s'élabore pour une grande part en fonction de la sécurité ressentie dans la toute première enfance, de même qu'en fonction de la façon dont les besoins oraux ont été satisfaits pendant cette période. De plus, ces théoriciens stipulent qu'au cours du développement de l'enfant, ce ne sont pas seulement des

personnes ou des objets qui sont internalisés au niveau de la personnalité, mais également et surtout l'entière qualité de la relation affective. L'expérience positive comporte alors trois éléments essentiels : le « soi » positif de l'enfant qui exprime ses besoins, l'objet positif, en l'occurrence la mère, attentive aux besoins de son enfant et finalement une relation perçue globalement, de la part de l'enfant, comme plaisante et gratifiante puisqu'elle comble ses principaux besoins.

Les théoriciens de l'apprentissage social considèrent l'attachement comme une conséquence résultant de comportements émis en réponse à la satisfaction répétée de besoins primaires, ce qui produit alors des renforcements. Ainsi, Harlow (1965) a démontré que l'absence de comportements d'attachement de la part de substituts maternels a engendré, chez les bébés singes observés, de nombreuses conséquences au cours de leur développement. Ils éprouvent entre autres des difficultés à établir des relations avec leurs congénères, démontrent une certaine incapacité à se lier à un partenaire et font preuve d'une inadéquacité à prodiguer des soins parentaux.

Des problèmes au niveau de l'attachement peuvent engendrer des difficultés relationnelles et limiter le soutien social des individus. Les personnalités limites, qui alternent entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation, sont probablement du nombre de ces personnes. Il s'avère intéressant de poursuivre l'étude dans l'intention de clarifier de quelle façon les relations interpersonnelles peuvent

influencer la santé mentale et physique et préciser quel rôle peut jouer le soutien social au niveau de l'adaptation psychologique de l'individu.

### *L'impact du Soutien Social sur la Santé*

Cohen, Underwood et Gottlieb (2000) reconnaissent que le soutien social affecte la santé mentale et physique en agissant au niveau des émotions, au niveau des cognitions ainsi qu'au niveau des comportements (Cohen, 1988). Au niveau de la santé mentale, le soutien social maintient la régulation des différents systèmes reliés à l'émotion, ce qui prévient les conditions extrêmes pouvant survenir lors de situations particulièrement difficiles. Cette régulation s'obtient par la communication de ce qui est appréhendé, par l'application de normes adéquates, par des récompenses et des punitions et par des comportements d'aide et de coping (Caplan, 1974 ; Thoits, 1986). De la même façon, le soutien social joue un rôle important en ce qui a trait à la maladie, puisqu'il peut contribuer à diminuer les facteurs de risques, à ralentir la progression ou à favoriser la récupération (House, 1981 ; Schaeffer, Coyne, & Lazarus, 1981). Ainsi, au niveau des comportements, les relations interpersonnelles et sociales ont une influence significative sur les comportements de santé d'une personne, soit en l'incitant à adopter de nouvelles habitudes sur la diète ou sur l'exercice, soit en favorisant de meilleures règles de consommation d'alcool, de tabac, de sommeil, etc. De plus, des réponses émotionnelles mal contrôlées contribuent à générer des problèmes psychologiques qui engendrent des

perturbations au niveau des systèmes neuroendocriniens, immunitaires et cardiovasculaires (Cohen, 1988 ; Cohen, Kaplan, & Manuck, 1994 ; Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996).

Cohen, Underwood et Gottlieb (2000) utilisent deux modèles pour représenter le mécanisme d'action du soutien social ; ces modèles ont été élaborés (Cohen, & Wills, 1985 ; House, 1981) pour expliquer comment le soutien social agit sur la santé physique et mentale. Le premier modèle, celui de l'effet principal, suppose que le soutien social produit directement un effet sur la santé physique et psychologique en diminuant l'angoisse et en augmentant le sentiment de bien être, quelles que soient les circonstances. Ainsi, les individus qui font partie d'un groupe subissent une certaine pression qui influence les règles qu'ils vont suivre ou les bons comportements qu'ils vont adopter. Ces auteurs reconnaissent le fait qu'appartenir à un réseau social génère un affect global positif, un sentiment de stabilité, d'appartenance et de sécurité ; il en résulte alors une diminution de la détresse psychologique, une plus grande motivation à prendre soin de soi et par conséquent, des réponses négatives physiques et immunitaires atténuées. Un nombre plus élevé de personnes composant le réseau peut également favoriser la diversité des sources d'informations ; elles sont ainsi plus nombreuses à pouvoir fournir des renseignements utiles et adéquats lorsque l'individu cherche à solutionner des problèmes ; elles multiplient également les occasions de prévenir des désordres, soit en diminuant certains facteurs de risques, ou en fournissant un support matériel adéquat. De plus,

l'isolation sociale contribue à augmenter les affects négatifs, à diminuer les sentiments de contrôle et d'estime de soi et par conséquent à augmenter les réactions physiologiques négatives qui rendent l'individu plus vulnérable à la maladie.

Le deuxième modèle, celui de l'effet d'atténuation du stress, suppose que le soutien social agit indirectement sur la santé physique et mentale, en atténuant les facteurs de stress qui surviennent généralement dans des circonstances difficiles. Dans ce cas, le soutien peut intervenir à l'une ou l'autre des étapes qui contribuent à la formation de la maladie. En premier lieu, l'individu peut se sentir rassuré de savoir qu'il peut accéder à des ressources suffisantes, disponibles et adéquates. Ce constat peut s'avérer essentiel pour l'empêcher d'atteindre des niveaux d'angoisses plus élevés. En second lieu, le soutien social peut aider l'individu qui traverse une situation de crise ou une circonstance particulièrement stressante, en atténuant la réaction émotionnelle qui l'accompagne et en l'empêchant d'adopter des comportements réactifs inadéquats. Finalement, le soutien social peut intervenir à la dernière étape, soit celle où l'individu présente un malaise et consulte pour trouver une solution à son problème. Le soutien peut dans ce cas servir à atténuer l'importance qu'il accorde à son problème ou encore, l'amener à se distraire et ainsi à envisager plus facilement des solutions. On observe donc que, dans tous les cas mentionnés, l'impact physiologique du stress diminue et atténue ainsi les réponses négatives des systèmes neuroendocriniens et immunitaires.

La notion de soutien social s'avérant fort complexe, il devient indispensable d'expliquer de quelle façon on procède pour arriver à mesurer ses différentes composantes. Barrera, Sandler et Ramsay (1981) ont développé un outil qui permet de recueillir de nombreuses précisions. En effet, le questionnaire « ASSIS » (voir Appendice A) qu'ils ont développé permet d'identifier quantitativement les personnes qui composent le réseau d'aide d'un individu; il permet en outre de déterminer les aidants en fonction de six types d'aide, soit : 1- Aide matérielle; 2- Assistance physique; 3- Interactions intimes; 4- Guides et conseils; 5- Encouragements; 6- Socialisation. Les interactions négatives sont prises en compte et forment un septième type.

Deux questions spécifiques visant à distinguer les aidants *potentiels* des aidants *actuels* s'adressent à chaque type d'aide et permettent de noter les noms des personnes qui interviennent aux différents niveaux. Ajoutons qu'en fonction de chacun des six types, une estimation sur une échelle de type Lickert permet de spécifier la satisfaction que l'individu retire, de même que d'estimer l'importance du besoin de support qu'il ressent à ce niveau. Ces deux dernières notions sont très importantes car elles tiennent compte, non seulement des aspects quantitatifs et qualitatifs du support, mais également de l'aspect subjectif relié à la perception de la personne (Barrera & al., 1981). L'aspect subjectif de la personne mérite une attention particulière étant donné qu'il peut dépendre étroitement de la qualité des liens et du type d'attachement que l'individu établit très tôt avec son environnement.

Au terme de cette deuxième section, il apparaît évident que le soutien social représente un construit qui s'avère complexe et multidimensionnel. De plus, comme Gottlieb (1981) le souligne, l'effet appréciable qu'il procure varie non seulement en fonction du contexte et des circonstances extérieures, mais également en fonction des perceptions subjectives inhérentes à la personne. Plusieurs théoriciens reconnaissent le rôle primordial de l'attachement qui s'établit au cours des premières années de la vie et font état de diverses répercussions qui résultent d'une première relation problématique. Finalement, au niveau de la santé physique et psychologique, de nombreuses études démontrent que le soutien social procure à l'individu des effets bénéfiques qui peuvent être perçus comme positifs. Le mécanisme d'action agirait ainsi de deux façons : soit de façon directe en augmentant le bien-être ou en diminuant l'angoisse, soit de façon indirecte en agissant comme atténuateur de stress à différents niveaux.

La prochaine section présentera des études antérieures qui sont en lien, soit avec l'outil sélectionné, qui tient compte des différents éléments composant le construit multidimensionnel, soit avec des recherches ayant étudié de façon plus spécifique le soutien social et les troubles de personnalités.



## Le Soutien Social en Lien avec des Problématiques de Santé Mentale

Au cours des dernières années, plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'étude du soutien social, sans toutefois, toujours en définir très clairement les paramètres. Ils ne précisaient pas, par exemple, de quel type de soutien il s'agissait ou encore utilisaient souvent leurs propres instruments de mesure, qui se limitaient parfois à de simples questions telles que « Recevez-vous du soutien social ? ». Ces questionnaires « maison » reflétaient des concepts aussi nombreux que diversifiés, ne présentaient pas de validité ni de fidélité et ne comportaient que rarement ou jamais d'éléments de comparaison d'une étude à l'autre (House & Kahn, 1985).

Lepage (1984) a traduit et validé l'ASSIS (Barrera, & al., 1981) au Québec, lors d'une étude auprès d'une population féminine, québécoise, française, ayant au moins un enfant de moins de cinq mois.

En se servant de cet instrument, soit la traduction québécoise (Lepage, 1984) de l'ASSIS (Barrera, 1981), Léveillé (1993) a fait des constats intéressants lorsqu'elle a procédé à l'évaluation multidimensionnelle du support social de sujets présentant des troubles de schizophrénie. L'objectif de cette étude visait entre autres à déterminer s'il y avait des différences entre le soutien perçu par les personnes souffrant de schizophrénie et celui perçu par des personnes qui n'en souffrent pas ; elle vérifiait également s'il existait

des différences selon le sexe au niveau de chacun des groupes. Le premier groupe se composait de 30 femmes et 30 hommes souffrant de schizophrénie ; le second regroupait 30 femmes et 30 hommes ne présentant pas de trouble mental grave. Les résultats ont démontré que les personnes présentant des troubles de schizophrénie sont isolées sur le plan social et familial et que leur réseau comporte au moins deux professionnels. Ces derniers comblent plusieurs types de soutien, soit : interactions intimes, guides et conseils et encouragements. Ils rapportent un besoin moyen de soutien social et en éprouvent une satisfaction moyenne. L'étude a aussi mis en lumière le fait que 63% de ces sujets vivent des tensions avec au moins un membre de leur famille. La comparaison du soutien des hommes et des femmes présentant des troubles a démontré que les femmes présentent plus d'individus dans leur réseau que les hommes.

Dans son étude, Paris (1994) soulève le fait que les sociétés qui favorisent peu d'intégration sociale produisent des niveaux élevés de désordres psychiatriques. De plus, un support social adéquat s'est avéré l'un des facteurs associés à une bonne amélioration psychosociale chez les patients qui ont reçu un traitement psychiatrique (Viinamaeki & al, 1997).

La réalisation d'une étude portant sur le soutien social des personnes qui présentent un trouble de personnalité limite représente un défi intéressant et suscite un intérêt particulier. En effet, les facteurs sociaux jouent un rôle très important au niveau de la

problématique limite (Millon, 1993 ; Paris, 1994). Ces personnes sont particulièrement affectées au niveau de leur bien-être, elles ressentent de l'angoisse de façon chronique et elles sont particulièrement vulnérables au stress. Elles présentent en outre une intolérance marquée à la solitude ; cette intolérance résulte d'expériences de séparations traumatiques dans l'enfance, qui auraient engendré des problèmes au niveau de l'attachement (Gunderson, 1996). Leur modèle d'attachement insécuré correspond à celui de l'anxieux/ambivalent (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). De plus, l'instabilité chronique de ces personnes évolue souvent vers des épisodes graves de troubles de l'humeur, ce qui les amène à faire usage des services de santé. Par leur caractère invalidant et leur évolution avec des risques majeurs de suicide, les personnalités limites représentent donc un défi important au niveau de l'intervention (Chabrol, Schmitt, & Sztulman, 1996).

Une étude par questionnaires (Eurelings-Bontekoe, Van der Slikke, & Verschuur, 1997) a vérifié le lien existant entre la détresse psychologique, le coping et les troubles de personnalité auprès de 230 bénéficiaires de soins psychologiques sur l'axe I du DSM. Les analyses ont d'abord démontré qu'en comparaison des hommes, les femmes démontrent plus de détresse psychologique, plus de symptômes dépressifs, plus de somatisation et plus de susceptibilité au niveau des relations interpersonnelles. Au niveau du coping, elles utilisent plus de stratégies passives et recherchent plus fréquemment du soutien social. Elles ne diffèrent pas des hommes au niveau de la prévalence des troubles de personnalité,

sauf au niveau de la personnalité dépendante, qui se manifesterait plus fréquemment chez les femmes. L'analyse multifactorielle a ensuite démontré que les personnes qui présentent des symptômes sévères tendent à utiliser des stratégies de coping passives ; celles qui souffrent de troubles de personnalité manifestent de l'hostilité et sont plus vulnérables en ce qui concerne les relations interpersonnelles.

Une autre étude, réalisée auprès de personnes dépressives (Zlotnick, Shea, Pilkonis, Elkin, & Ryan, 1996), vise à déterminer s'il existe des différences au niveau du sexe, dans le suivi des personnes ayant présenté un épisode de dépression majeure. Les chercheurs veulent identifier quels facteurs peuvent prédire la persistance ou la sévérité de symptômes dépressifs, au niveau de la récupération. Différentes mesures de symptômes ont été relevées 6, 12 et 18 mois après le diagnostic de dépression majeure, en tenant compte du type de traitement (cognitif, thérapie individuelle, médication), des événements de vie rencontrés, des attitudes dysfonctionnelles utilisées ainsi que du soutien social perçu. Les participants regroupaient 134 femmes et 54 hommes. Les résultats ont permis de constater que dans les 6 mois qui suivent, les femmes se disent plus satisfaites que les hommes de leur soutien social et qu'elles rapportent un plus grand nombre de relations intimes satisfaisantes. Par contre, on a noté que le sexe n'intervenait pas à titre de prédicteur de sévérité des symptômes post-traitement. Les éléments qui se sont avérés significatifs comme prédicteurs de symptômes dépressifs, autant chez les hommes que chez les femmes, sont le soutien social (plus particulièrement les relations

intimes) et les événements de vie stressants. Le soutien social avait été mesuré par une entrevue semi-structurée qui tenait compte du nombre de personnes qui entraient en interaction avec l'individu dépressif, du type de lien qui l'unissait à celles-ci (conjoint, parent, ami) et de la satisfaction ressentie au niveau de cette relation.

Étant donné que les personnes aux prises avec la problématique limite éprouvent des difficultés relationnelles, elles limitent involontairement leurs échanges interpersonnels et diminuent ainsi leur soutien social. Le peu d'études effectuées à ce jour, la faiblesse des instruments de mesure utilisés et les diagnostics mal déterminés incitent à réaliser une exploration plus approfondie sur le soutien social des personnalités limites. Cette recherche a comme objectif de comparer, avec l'outil de mesure ASSIS (Barrera, Sandler, & Ramsay, 1981), traduit en français, vérifié au niveau de la validité et de la fidélité, le soutien social des personnes qui consultent et présentent le trouble limite, à celui des personnes qui ne consultent pas et ne présentent pas ce trouble. De façon plus spécifique, la recherche vise à préciser, pour chacun des six types d'aide (1- Matérielle, 2- Physique, 3- Interactions intimes, 4- Guides et conseils, 5 Encouragements, 6- Socialisation) et pour les interactions négatives, quelles sont les personnes *potentielles (en général)* et quelles sont les personnes *actuelles* (dernier mois) qui composent le soutien social des individus du groupe à l'étude. Ces personnes (potentielles et actuelles) sont regroupées dans chaque type selon les différentes sources d'aide (conjoint, parenté, amis, connaissances, travail, professionnels, bénévoles) en vue de déterminer qui fournit

l'aide. Cette recherche vérifie également, au niveau des six types d'aide, le besoin et la satisfaction perçus. Les résultats permettront de tracer un profil de l'environnement social des personnalités limites, pour éventuellement améliorer ou ajuster certains programmes d'intervention.

### Formulation de l'Hypothèse et des Questions de Recherche

Cette recherche postule, de façon générale, qu'il y a une différence significative au niveau des caractéristiques du soutien social entre les personnes qui consultent et qui présentent un trouble de personnalité limite et les personnes qui ne consultent pas et qui ne présentent pas de trouble de personnalité limite. L'énoncé, qui comporte plusieurs volets, précise plus spécifiquement à quels niveaux se situent les différences.

#### *Hypothèse*

L'hypothèse de cette recherche énonce qu'en comparaison des personnes qui ne consultent pas et qui ne présentent pas de trouble de personnalité limite, les personnes qui consultent et qui présentent un trouble de personnalité limite ont, selon les aspects *potentiel* (en général) ou *actuel* (dernier mois) :

- a) Moins de personnes aidantes qui composent leur réseau ;
- b) Moins de personnes aidantes au niveau des interactions intimes ;
- c) Plus de personnes aidantes au niveau de l'aide matérielle;
- d) Un plus grand besoin d'aide perçu ;
- e) Plus de personnes au niveau des interactions négatives ;
- f) Moins de satisfaction perçue par rapport à l'aide fournie.

### *Questions de Recherche*

Les questions de recherche que l'on se propose de vérifier sont :

*Question 1.* Est-ce que les différences significatives observées entre les groupes d'individus qui consultent mais ne présentent pas de trouble de personnalité limite et les individus qui ne consultent pas et ne présentent pas de trouble de personnalité limite seront les mêmes que celles observées entre les groupes d'individus qui consultent et présentent un trouble de personnalité limite et les individus qui ne consultent pas et ne présentent pas de trouble de personnalité limite au niveau du nombre de personnes (conjoint, parenté, amis, connaissances, travail, professionnels, bénévoles ) potentielles (en général) et actuelles (dernier mois) qui fournissent l'aide dans chacun des types (aide matérielle, assistance physique, interactions intimes, guides et conseils, encouragements, socialisation, interactions négatives) ainsi qu'au niveau du soutien global, du besoin et de la satisfaction perçus?

*Question 2.* Est-ce qu'il y aura des différences significatives entre les femmes et les hommes à l'intérieur du groupe d'individus qui consultent et qui présentent un trouble de personnalité limite et à l'intérieur du groupe d'individus qui ne consultent pas et qui ne présentent pas de trouble de personnalité limite au niveau des personnes (conjoint, parenté, amis, connaissances, travail, professionnels, bénévoles) qui fournissent l'aide, selon les aspects *potentiel* (en général) et *actuel* (dernier mois), au niveau de chacun des types (aide matérielle, assistance physique, interactions intimes, guides et conseils, encouragements, socialisation, interactions négatives) ainsi qu'au niveau du soutien global, du besoin et de la satisfaction perçus?

Le prochain chapitre intitulé « méthode » expliquera la procédure utilisée pour vérifier l'hypothèse et répondre aux questions de recherche. Il permettra entre autres de distinguer les participants, de décrire les instruments de mesure, d'élaborer le déroulement et de définir le plan de recherche utilisé.



## Méthode

## Participants

Le projet de recherche regroupe 68 participants, dont l'âge varie entre 20 et 61 ans. Les personnes sont toutes d'origine québécoise et s'expriment couramment dans la langue française. Ces 68 participants ont été répartis en trois groupes : un premier groupe de « comparaison », formé de 25 personnes (12 femmes, 13 hommes) qui ne consultent pas pour des services psychologiques et qui ne présentent pas de trouble de personnalité limite; un deuxième groupe de « comparaison », formé de 17 personnes (13 femmes, 4 hommes) qui consultent pour des services psychologiques et qui ne présentent pas de trouble de personnalité limite; un troisième groupe « cible », formé de 26 personnes (14 femmes, 12 hommes) qui consultent et qui présentent un trouble de personnalité limite. Tous ces participants présentent des critères de pairage (scolarité, niveau socio-économique, âge) qui permettent d'avoir des groupes équivalents. Le fait d'inclure dans l'étude des participants qui consultent pour des services psychologiques, mais qui ne présentent pas de trouble de personnalité limite, fournit la possibilité de vérifier si les différences observées ne sont attribuables qu'aux personnes qui présentent un trouble de personnalité limite ou si elles le sont à tous les individus qui consultent pour diverses problématiques.

Les 42 personnes qui font partie des deux groupes qui consultent ont été recrutées parmi la clientèle qui s'adresse au Centre universitaire de services psychologiques (CUSP) de Trois-Rivières. L'entente conclue avec la direction a permis de cibler les personnes visées par l'étude, grâce aux symptômes décrits dans une première entrevue d'accueil.

Les 25 personnes qui ne présentent pas de trouble limite ont été recrutées parmi la population des régions de Trois-Rivières, Québec et Montréal, par le biais d'une annonce placée, soit dans le quotidien de la ville, soit dans différents établissements. Certains autres participants ont été abordés directement sur la rue.

Quelle que soit la façon de procéder, les gens étaient invités à participer à une étude portant sur les relations humaines et sur la personnalité. Les gens intéressés ont par la suite été sélectionnés selon les réponses fournies aux questions formulées lors d'une entrevue téléphonique (Avez-vous des problèmes physiques ou psychologiques? En avez-vous déjà eu? Lesquels? Quand? Quelle est votre scolarité, votre âge, votre occupation?). Cette approche permettait d'évaluer globalement quels individus ne présentaient aucun trouble particulier et affichaient un niveau de fonctionnement général relativement bon.

## Instruments de Mesure

Les instruments de mesure utilisés comprennent d'abord un premier questionnaire qui recueille les différentes données socio-démographiques, telles que le lieu de naissance, l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, l'état civil et l'occupation.

Par la suite, les participants répondent au Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID I-II) (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990). Ce questionnaire, qui permet de déterminer le diagnostic et de préciser le groupe dont le participant fera partie au niveau de la personnalité, a été traduit par Lise Bordeleau (CHUL). Williams et al. (1992) ont obtenu des coefficients kappa de .61 pour les troubles actuels et .68 pour les troubles passés, en ce qui concerne le diagnostic des troubles de l'axe I du DSM. Arntz et al. (1995) ont obtenu, au niveau du diagnostic des troubles de l'axe II, un coefficient kappa de .80 pour l'ensemble des troubles de personnalité et de .79 pour les troubles de personnalité limite. Afin d'assurer la fidélité des diagnostics, chaque évaluation a été effectuée par un membre du groupe de recherche et a été révisée par un autre évaluateur. L'accord ainsi obtenu par consensus et avec un juge expert est de 100 %.

Finalement, le soutien social est mesuré au moyen de l'Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) (Barrera, Sandler, & Ramsay, 1981). Ce dernier questionnaire permet d'identifier quantitativement les personnes qui composent le réseau

social, d'évaluer la satisfaction, de même que d'estimer l'importance du besoin. De cette façon, on peut à la fois tenir compte des aspects quantitatif, qualitatif et subjectif du soutien social tel qu'il est perçu par l'individu. Les données sont recueillies par rapport à six types d'aide : aide matérielle, assistance physique, interactions intimes, guides et conseils, encouragements, socialisation, de même qu'elles tiennent compte des interactions qui sont perçues comme étant négatives ou dérangeantes. Ce test a été traduit et validé au Québec par Lepage en 1984. La chercheuse a obtenu un coefficient de corrélation de fidélité test-retest de 0.90 pour la grandeur du réseau; de 0.58 à 0.84 pour chaque type de soutien; de 0.66 pour la satisfaction du soutien reçu et de 0.81 pour le besoin de soutien, ( $p = 0.0001$ ) dans tous les cas.

On demande donc à la personne, pour chaque type d'aide, qui peut lui fournir de l'aide *Potentielle* (Ex : Type 1 Aide matérielle : A- En général, si vous aviez besoin de quelque chose de matériel comme des vêtements, de l'argent, des meubles, etc., quelles personnes pourraient vous aider?), et qui lui fournit de l'aide *Actuelle* (Ex : Type 1 Aide matérielle : B- Durant le dernier mois, quelles personnes vous ont aidé en prêtant ou en donnant quelque chose de matériel comme des vêtements, de l'argent, des meubles, etc.?). Les personnes sont compilés selon les différentes sources (voir Appendice A) : conjoint, parenté, amis, collègues de travail, connaissances, professionnels de la santé (psychologique ou physique) et bénévoles (communautaire). Le total des personnes *potentielles* (en général) et *actuelles* (dernier mois) est alors effectué à la fois au niveau

de chaque type d'aide, en fonction de chaque source, et à la fois regroupé d'une façon globale, tous les types confondus. De plus, le besoin et la satisfaction perçus au niveau des six types d'aide ont été mesurés sur une échelle « Likert » graduée de cinq points. La passation des questionnaires de mesure du soutien social et de diagnostic a été effectuée au moyen d'entrevues semi-structurées réalisées par des évaluateurs ayant reçu une formation spécialisée.

### Déroulement

Tous les participants et participantes ont été rencontrés individuellement et invités à compléter les tests, dans la même séquence et selon la même procédure, au cours d'entrevues semi-structurées enregistrées, d'une durée approximative de 3 heures. Ils ont d'abord signé un formulaire de consentement libre et éclairé. Par la suite, les participants ont été répartis suivant leur groupe d'appartenance : 1- Non consultant, ne présentant pas de trouble de personnalité limite; 2- Consultant, ne présentant pas de trouble de personnalité limite; 3- Consultant présentant le trouble de personnalité limite. Une dernière étape a finalement permis de procéder à la compilation du soutien social en relevant les différents éléments qui permettent de distinguer les caractéristiques du soutien social et en comparant, par ordinateur (*SPSS*), ces multiples données en fonction de chacun des groupes.

## Plan de l'Étude

Cette étude comparative utilise un plan factoriel simple. Pour l'analyse statistique, la variable « diagnostic de la personnalité », comprend trois groupes : 1- Un groupe de « comparaison », formé de 25 personnes qui ne présentent pas de trouble de personnalité limite et qui ne consultent pas pour des services psychologiques; 2- Un deuxième groupe de « comparaison », formé de 17 personnes qui ne présentent pas de trouble de personnalité limite mais qui consultent pour des services psychologiques; 3- Un groupe « cible », formé de 26 personnes qui présentent un trouble de personnalité limite. Les autres variables du soutien social sont mesurées et comparées chez les trois groupes, au moyen du nombre d'individus qui composent chacune des sources du réseau social, et ce, au niveau des sept types relevés en fonction de l'aspect potentiel et de l'aspect actuel du soutien. Les mesures observées sur les échelles de type *Likert* permettent de comparer, pour chaque type d'aide, le besoin et la satisfaction perçus.

## Résultats



Cette section présente les résultats des différentes analyses effectuées sur les données recueillies auprès des trois groupes de participants et ceci, en fonction de l'hypothèse et des questions de recherche énoncées.

### Analyse des Données

Les données concernant le soutien social ont d'abord été recueillies par l'évaluateur sous forme de texte, en inscrivant, pour chaque type d'aide ainsi que pour les deux aspects potentiels et actuels, le prénom de la source aidante et son lien ou son statut par rapport au participant. Ces noms ont par la suite été compilés, pour chaque participant, par rapport à chaque type d'aide, selon chaque aspect, en fonction des sources respectives (conjoint, parenté, amis, travail, connaissances, professionnels, bénévoles). Le total a par la suite été calculé, pour chaque individu, selon chaque aspect (potentiel, actuel) et chaque type de soutien. De plus, tous les types d'aide ont finalement été confondus pour estimer le soutien global potentiel et actuel de chaque participant. Les données du besoin et de la satisfaction, recueillies séparément sur des échelles de type « Likert » graduées de 1 à 5, étaient également inscrites en chiffres entiers et les moyennes de chacun des groupes étaient comparées.

L'analyse *CROSSTAB* a permis de recenser le nombre d'individus dans chaque catégorie et d'en révéler le pourcentage. L'analyse de variance *ONEWAY* a permis d'estimer s'il existait une différence significative au niveau des moyennes obtenues pour chaque caractéristique, en fonction de chacun des groupes. Finalement, la comparaison de moyennes *TEST-T* a permis de comparer les différentes caractéristiques observées chez les hommes et chez les femmes, à l'intérieur de chacun des groupes, afin de vérifier si l'on constate des différences significatives en fonction du sexe. Afin d'éviter l'erreur de type I, le seuil de signification (.05) a été divisé par 7 selon la formule de Bonferroni (Grove, & Andreasen, 1982).

### Présentation des Résultats

La recherche postule qu'il existe des différences significatives au niveau du soutien social entre les personnes qui consultent et qui présentent un trouble de personnalité limite et les personnes qui ne consultent pas et qui ne présentent pas de trouble de personnalité limite. Les valeurs exposées au Tableau 2 indiquent les résultats significatifs obtenus, selon les aspects *potentiel* ou *actuel*, au niveau de l'aide matérielle, de l'assistance physique, des relations intimes, des guides et conseils, des encouragements, de la socialisation, des interactions négatives et du soutien global.

Tableau 2

Différences significatives entre les groupes NCNT, CNTL et CTLI observées à l'analyse de variance ( $p < .007$ )

Variables	Groupe NCNT		Groupe CNTL		Groupe CTLI		<i>Scheffé</i> <i>F</i> (2,65)
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
<b>Aide matérielle</b>							
Conj. pot.	0.64 <sup>b</sup>	0.49	0.29 <sup>ab</sup>	0.47	0.15 <sup>a</sup>	0.37	8.04
Sout. tot.pot.	5.36 <sup>b</sup>	3.38	2.76 <sup>a</sup>	2.95	2.46 <sup>a</sup>	1.61	8.38
<b>Assistance physique</b>							
Conj. pot.	0.76 <sup>b</sup>	0.44	0.47 <sup>ab</sup>	0.51	0.19 <sup>a</sup>	0.40	10.40
Conj. act.	0.60 <sup>b</sup>	0.50	0.47 <sup>ab</sup>	0.51	0.15 <sup>a</sup>	0.37	6.35
Sout. tot.pot.	4.20 <sup>b</sup>	2.69	2.94 <sup>ab</sup>	1.85	1.73 <sup>a</sup>	1.19	9.56
Satisfaction	4.40 <sup>a</sup>	0.82	4.59 <sup>a</sup>	0.87	3.50 <sup>b</sup>	1.61	5.50
<b>Relations intimes</b>							
Conj. pot.	0.68 <sup>a</sup>	0.48	0.47 <sup>a</sup>	0.51	0.12 <sup>b</sup>	0.33	10.92
Conj. act.	0.60 <sup>b</sup>	0.50	0.41 <sup>ab</sup>	0.51	0.15 <sup>a</sup>	0.37	6.15
Profess. pot.	0.20 <sup>b</sup>	0.50	0.41 <sup>ab</sup>	0.62	0.88 <sup>a</sup>	0.86	6.56
Profess. act.	0.08 <sup>b</sup>	0.28	0.41 <sup>ab</sup>	0.51	0.88 <sup>a</sup>	0.86	11.00
Besoin	3.20 <sup>b</sup>	1.19	3.76 <sup>ab</sup>	1.03	4.31 <sup>a</sup>	1.12	6.15
<b>Guides conseils</b>							
Conj. pot.	0.52 <sup>b</sup>	1.50	0.41 <sup>ab</sup>	0.72	0.08 <sup>a</sup>	0.70	7.13
Amis pot.	1.52 <sup>b</sup>	1.50	0.47 <sup>a</sup>	0.72	0.42 <sup>a</sup>	0.70	7.99
Sout. tot.pot.	5.00 <sup>b</sup>	3.32	3.00 <sup>a</sup>	2.00	2.54 <sup>a</sup>	1.58	7.02
<b>Encouragements</b>							
Conj. pot.	0.72 <sup>b</sup>	0.46	0.59 <sup>ab</sup>	0.51	0.23 <sup>a</sup>	0.43	7.61
Conj. act.	0.64 <sup>b</sup>	0.49	0.41 <sup>ab</sup>	0.51	0.15 <sup>a</sup>	0.37	7.39
Travail pot.	1.16 <sup>b</sup>	1.07	0.29 <sup>a</sup>	1.21	0.12 <sup>a</sup>	0.43	8.97
Satisfaction	4.08 <sup>b</sup>	0.90	3.53 <sup>ab</sup>	1.18	2.85 <sup>a</sup>	1.52	6.37

Différences significatives entre les groupes NCNT, CNTL et CTLI (suite)  
observées à l'analyse de variance ( $p < .007$ )

Variables	Groupe NCNT		Groupe CNTL		Groupe CTLI		Scheffé F(2,65)
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT	
<b>Socialisation</b>							
Amis. pot.	3.32 <sup>b</sup>	1.91	2.12 <sup>ab</sup>	2.62	1.62 <sup>a</sup>	1.02	5.59
Amis act.	3.08 <sup>b</sup>	1.87	1.71 <sup>a</sup>	1.83	1.04 <sup>a</sup>	0.96	11.05
Sout. tot.pot.	6.04 <sup>b</sup>	2.96	3.71 <sup>a</sup>	2.73	3.19 <sup>a</sup>	2.32	7.93
Sout. tot.act.	5.52 <sup>b</sup>	2.54	3.65 <sup>a</sup>	2.26	2.23 <sup>a</sup>	1.45	15.58
Satisfaction	4.32 <sup>b</sup>	0.99	3.65 <sup>ab</sup>	1.32	3.15 <sup>a</sup>	1.32	5.97
<b>Interactions négatives</b>							
Parenté pot.	0.24 <sup>b</sup>	0.52	1.18 <sup>a</sup>	1.33	0.92 <sup>ab</sup>	1.06	5.35
Parenté act.	0.16 <sup>b</sup>	0.37	1.06 <sup>a</sup>	1.39	0.85 <sup>a</sup>	0.88	5.96
Soutien glob. pot.	13.40 <sup>b</sup>	3.52	11.17 <sup>ab</sup>	4.64	9.46 <sup>a</sup>	4.11	6.05

*Note.* Afin d'éviter l'erreur de type I, le seuil de signification (0.05) a été divisé par 7 selon la formule de Bonferroni (Grove, & Andreasen, 1982) ( $p < .007$ ).

Les moyennes qui ne partagent pas la même lettre en indice supérieur sont significativement différentes entre elles ( $p < .007$ ).

Gr. NCNT = Groupe non consultant et non trouble de personnalité limite ( $n = 25$ ).

Gr. CNTL = Groupe consultant et non trouble de personnalité limite ( $n = 17$ ).

Gr. CTLI = Groupe consultant et trouble de personnalité limite ( $n = 26$ ).

Conj. = conjoint. Pot. : potentiel. Act. = actuel. Sout. = soutien. Tot. = total. Profess. = professionnels. Glob. = global.

### *Hypothèse*

En comparaison des personnes qui ne consultent pas et qui ne présentent pas de trouble de personnalité limite, les personnes qui consultent et qui présentent un trouble de personnalité limite ont, selon les aspects *potentiel* (en général) ou *actuel* (dernier mois) :

a) *Moins de personnes aidantes qui composent leur réseau.* L'analyse de variance démontre une différence significative ( $F(2,65) = 6.05$ ) entre le soutien global potentiel des personnalités consultantes qui présentent le trouble limite ( $M = 9.46$ ) et celui des personnes non consultantes et non limites ( $M = 13.4$ ), tous les types d'aide confondus. De façon plus spécifique, les personnes consultantes limites ont en moyenne significativement moins de personnes en fonction des types de soutien total potentiel suivants : aide matérielle ( $F(2,65) = 8.38$ ) ( $M = 2.46$ ), assistance physique, ( $F(2,65) = 9.56$ ) ( $M = 1.73$ ), guides et conseils ( $F(2,65) = 7,02$ ) ( $M = 2.54$ ) et socialisation ( $F(2,65) = 7.93$ ) ( $M = 3.19$ ), comparativement à ce que présentent les personnes non consultantes non limites au niveau aide matérielle ( $M = 5.36$ ), assistance physique, ( $M = 4.20$ ), guides et conseils ( $M = 5.00$ ) et socialisation ( $M = 6.04$ ). Les résultats affichent également une différence significative au niveau du soutien total actuel de la socialisation ( $F(2,65) = 15.58$ ), où la moyenne des personnalités limites consultantes ( $M = 2.23$ ) est également inférieure à celle des personnes non limites non consultantes ( $M = 5.52$ ). Ce volet de l'hypothèse est confirmé.

*b) Moins de personnes aidantes au niveau des interactions intimes.* Le résultat de l'analyse de variance du soutien total des interactions intimes (potentiel et actuel) n'indique pas de différence significative ( $F(2,65) = .69$ ). Les moyennes et écart-types sont, pour les personnalités limites, respectivement de 3.2 et 2.25, alors que ces valeurs sont, pour les non consultants non limites, de 3.7 et 2.1. On note des différences significatives au niveau des sources qui procurent les interactions intimes. Le conjoint potentiel ( $M = 0.12$ ) chez les personnalités limites, est significativement différent ( $F(2,65) = 10.92$ ) du conjoint potentiel chez les personnalités non consultants non limites ( $M = 0.68$ ). Le conjoint actuel au niveau des interactions intimes s'avère également significatif ( $F(2,65) = 6.15$ ), où l'on observe des moyennes différentes ( $M = 0.15$ ) chez les personnalités limites et ( $M = 0.60$ ) chez les personnalités non limites non consultants. Il existe de plus une différence significative au niveau des professionnels potentiels ( $F(2,65) = 6.56$ ) pour les interactions intimes et une différence chez les professionnels actuels ( $F(2,65) = 11.00$ ). Au niveau de ces deux dernières variables, les personnalités limites ont des moyennes ( $M = .88$  et  $.88$ ) plus élevées que chez les personnalités non consultants non limites ( $M = .20$  et  $0.08$ ). Ce volet de l'hypothèse n'est pas confirmé.

*c) Plus de personnes aidantes au niveau de l'aide matérielle.* Les valeurs obtenues révèlent une différence significative entre les deux groupes au niveau du soutien total potentiellement disponible ( $F(2,65) = 8.38$ ). Les personnalités limites ont en moyenne moins de personnes ( $M=2.46$ ) disponibles pour l'aide matérielle, en comparaison de

celles disponibles pour les personnalités non consultantes non limites ( $M = 5.36$ ). On constate également une différence significative au niveau du conjoint potentiellement apte à fournir de l'aide matérielle ( $F(2,65) = 8.04$ ). Les moyennes sont également inférieures dans le cas des personnalités limites ( $M = 0.15$ ) en comparaison des conjoints des personnes non consultantes non limites ( $M = 0.64$ ). Ce volet de l'hypothèse n'est pas confirmé.

*d) Un plus grand besoin d'aide perçu.* Il apparaît une différence significative ( $F(2,65) = 6.15$ ) entre les deux groupes en regard du besoin d'aide perçu; cette différence se situe au niveau des interactions intimes, les personnalités limites ont en moyenne un plus grand besoin ( $M = 4.31$ ) d'interactions intimes que les non consultants non limites ( $M = 3.20$ ). Ce volet de l'hypothèse est confirmé au niveau du besoin perçu d'interactions intimes.

*e) Plus de personnes au niveau des interactions négatives.* Des différences significatives apparaissent au niveau de la parenté actuelle perçue comme dérangeante ( $F(2,65) = 5.96$ ). Les personnalités limites ont en moyenne plus de personnes ( $M = 0.85$ ) perçues de façon négative dans leur parenté, en regard du nombre chez les personnes non consultantes non limites ( $M = 0.16$ ). Ce volet de l'hypothèse est confirmé.

*f) Moins de satisfaction perçue par rapport à l'aide fournie.* On observe des différences significatives par rapport à la satisfaction perçue au niveau de l'assistance physique ( $F(2,65) = 5.50$ ), des encouragements ( $F(2,65) = 6.37$ ) et de la socialisation ( $F(2,65) = 5.97$ ). Les personnalités limites présentent respectivement des résultats ( $M = 3.50, M = 2.85, M = 3.15$ ) inférieurs aux personnalités non consultant non limites ( $M = 4.40, M = 4.08, M = 4.32$ ). Ce volet de l'hypothèse est confirmé.

### *Questions de Recherche*

*Question 1.* Est-ce que les différences significatives observées entre les groupes d'individus qui consultent mais ne présentent pas de trouble de personnalité limite et les individus qui ne consultent pas et ne présentent pas de trouble de personnalité limite seront les mêmes que celles observées entre les groupes d'individus qui consultent et présentent un trouble de personnalité limite et les individus qui ne consultent pas et ne présentent pas de trouble de personnalité limite au niveau du nombre de personnes (conjoint, parenté, amis, connaissances, travail, professionnels, bénévoles ) potentielles (en général) et actuelles (dernier mois) qui fournissent l'aide dans chacun des types (aide matérielle, assistance physique, interactions intimes, guides et conseils, encouragements, socialisation, interactions négatives) ainsi qu'au niveau du soutien global, du besoin et de la satisfaction perçus?



On observe les mêmes différences significatives (voir Tableau 2) pour le groupe qui consulte mais qui ne présente pas de trouble de personnalité limite au niveau de l'aide matérielle : soutien total potentiel ( $M = 2,76$ ); au niveau des guides et conseils : amis ( $M = 0,47$ ) et soutien total potentiel ( $M = 3,00$ ); au niveau des encouragements : travail ( $M = 0,29$ ); au niveau de la socialisation : amis ( $M = 1,71$ ), soutien total potentiel ( $M = 3,71$ ), soutien total actuel ( $M = 3,65$ ); et au niveau des interactions négatives : parenté actuelle ( $M = 1,06$ ).

Une différence significative ( $F(2,65) = 5,35$ ) est observée uniquement entre les consultants non limites ( $M = 1,18$ ) et les non consultants non limites ( $M = .24$ ) au niveau des interactions négatives en provenance de la parenté potentielle. Le groupe de consultants non limites possède, comme le groupe non consultant non limite, deux résultats significativement différents de ceux obtenus chez les personnalités consultantes limites. Ces résultats significatifs se situent au niveau du conjoint potentiel disponible ( $M = 0,47$ ) à échanger des interactions intimes ( $F(2,65) = 10,92$ ) et au niveau de la satisfaction perçue ( $M = 4,59$ ) en fonction de l'assistance physique ( $F(2,65) = 5,50$ ).

*Question 2.* Est-ce qu'il y aura des différences significatives entre les femmes et les hommes à l'intérieur du groupe d'individus qui consultent et qui présentent un trouble de personnalité limite et à l'intérieur du groupe d'individus qui ne consultent pas et qui ne présentent pas de trouble de personnalité limite au niveau des personnes (conjoint, parenté, amis, connaissances, travail, professionnels, bénévoles) qui fournissent l'aide, selon les aspects *potentiel* (en général) et *actuel* (dernier mois), *au niveau de* chacun des types (aide matérielle, assistance physique, interactions intimes, guides et conseils, encouragements, socialisation, interactions négatives) ainsi qu'au niveau du soutien global, du besoin et de la satisfaction perçus?

Les comparaisons de moyennes (*Test-t*) entre les femmes et les hommes ont été effectuées au niveau du groupe non consultant et non limite et du groupe consultant limite. L'analyse n'a pu être effectuée au niveau du groupe de consultants non limites en raison du nombre trop limité de représentants masculins ( $n = 4$ ). Les valeurs qui démontrent des différences significatives sont d'abord présentées (voir tableau 3) au niveau du groupe non consultant non limite. Ces résultats traduisent des différences significatives en regard du conjoint et du réseau global actuel. Les moyennes au niveau des conjoints potentiellement disponibles sont significativement plus élevées chez les femmes ( $M = 0.92$ ) que chez les hommes ( $M = 0.38$ ) en ce qui a trait à l'aide matérielle potentielle ( $t(19.32) = 3.19$ ). Les moyennes sont significativement différentes en ce qui concerne les guides et conseils pour les conjoints potentiels ( $t(23.00) = 3.62$ ) et actuels

$(t(11.00) = 3.32)$ . Les moyennes respectives des femmes ( $M = 0.83$  et  $M = 0.50$ ) sont plus élevées que chez les hommes ( $M = 0.23$  et  $M = 0.00$ ). Les moyennes sont significativement différentes ( $t(19.32) = 3.26$ ) au niveau des encouragements, alors que les femmes ( $M = 0.92$ ) ont eu récemment plus d'encouragements que les hommes ( $M = 0.38$ ). Une différence significative ( $t(23.00) = 3.64$ ) apparaît finalement au niveau du réseau global, où les femmes ont en moyenne ( $M = 11.83$ ) plus de personnes actuellement dans leur réseau que les hommes ( $M = 7.62$ ). En ce qui a trait aux résultats du groupe consultant limite, ceux-ci s'avèrent significatifs ( $t(13.00) = 3.61$ ) au niveau du conjoint potentiellement disponible pour la socialisation. Les moyennes des femmes sont plus élevées ( $M = .50$ ) que celles des hommes ( $M = 0.00$ ).

Tableau 3

Différences significatives entre les femmes et les hommes  
observées au *Test-t* ( $p < .007$ )

Variables	Femmes		Hommes		<i>Test-t</i> <i>t</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Groupe NCNT					
Aide matérielle					
Conj. pot.	0.92	0.29	0.38	0.51	$t(19.32) = 3.19$
Guides conseils					
Conj. pot.	0.83	0.39	0.23	0.44	$t(23.00) = 3.62$
Conj. act.	0.50	0.52	0.00	0.00	$t(11.00) = 3.32$
Encouragements					
Conj. act.	0.92	0.29	0.38	0.51	$t(19.32) = 3.26$
Sout. glob. act.	11.83	3.38	7.62	2.36	$t(23.00) = 3.64$
Groupe CTLI					
Socialisation					
Conj. pot.	0.50	0.52	0.00	0.00	$t(13.00) = 3.61$

*Note.* Afin d'éviter l'erreur de type I, le seuil de signification (.05) a été divisé par 7 selon la formule de Bonferroni (Grove, & Andreasen, 1982) ( $p < .007$ ).

Groupe NCNT : Groupe non consultant et non trouble de personnalité limite ( $n = 25$ ).

Groupe CTLI : Groupe consultant et trouble de personnalité limite ( $n = 26$ ).

Conj. = conjoint. Pot. : potentiel. Act. = actuel. Sout. glob. = soutien global.

## Discussion

Le présent chapitre aborde les divers éléments regroupés dans l'hypothèse et dans les questions de recherches, en comparant les résultats obtenus auprès des trois groupes de participants. Il estime par la suite les conséquences de cette recherche, sa portée éventuelle et les pistes futures pouvant être envisagées pour finalement dégager les principales forces et faiblesses qui s'y rattachent.

### Différences entre les Groupes

Les résultats obtenus démontrent des différences significatives entre les groupes dans différents types d'aide (aide matérielle, assistance physique, interactions intimes, guides et conseils, encouragements, socialisation, interactions négatives). Les différences dans chacun des types se situent soit au niveau du nombre de personnes (conjoint, parenté, amis, connaissances, travail, professionnels, bénévoles) qui fournissent l'aide suivant l'aspect potentiel (en général), soit au niveau du nombre de personnes suivant l'aspect actuel (dernier mois). Des différences significatives apparaissent également au niveau du soutien global, du besoin ou de la satisfaction perçus.

Ainsi, au niveau du soutien global, on constate que les personnalités limites qui consultent ont significativement moins de personnes dans leur réseau que les personnalités non consultantes, non limites. Cette différence ne s'avère pas significative entre les consultants non limites et les non consultants et non limites. On peut donc présumer que l'effet appréciable du soutien social tel que mentionné par Gottlieb (1981) est atténué en ce qui concerne les individus qui présentent un trouble de personnalité limite et que cette atténuation a des répercussions sur leur ajustement psychologique.

Au niveau des interactions intimes, on constate une différence significative au niveau des conjoints, selon l'aspect potentiel. Les conjoints sont en effet moins nombreux dans le groupe de personnes qui présentent un trouble de personnalité limite que dans les deux autres groupes.

Cette caractéristique met à jour une distinction au niveau des résultats obtenus entre les interactions intimes et la socialisation. Au niveau des interactions intimes, la différence significative concernant le conjoint potentiel s'avère spécifique aux personnalités limites, alors qu'au niveau de la socialisation, on retrouve des différences significatives concernant les amis actuels qui sont partagées par les deux groupes de consultants. Cette particularité tend à démontrer une carence spécifique aux personnalités limites au niveau des échanges intimes. Cet état de fait concorde avec les notions de Kernberg (1997), dans lesquelles il mentionne que les personnalités limites établissent des

relations où les échanges restent superficiels puisque ces derniers se protègent des liens affectifs trop étroits.

Le nivellement du soutien total au niveau des interactions intimes (pas de différence significative) se fait par l'intermédiaire des professionnels. Ces derniers sont en effet significativement plus nombreux dans le groupe des personnalités limites qui consultent que dans celui des non consultants non limites. Une différence significative est également notée au niveau du conjoint, selon l'aspect actuel. Cette différence ne s'observe toutefois qu'entre les consultants limites et les non consultants non limites. Les consultants limites ont obtenu des moyennes plus basses que les non consultants non limites.

C'est également au niveau des interactions intimes que le besoin d'aide perçu du groupe consultant limite s'avère significativement plus grand que celui du groupe non consultant non limite. Ces données sont en concordance avec les notions de Gunderson (1996) stipulant que les personnalités limites présentent une intolérance marquée à la solitude. Ces personnes témoignent significativement d'un plus grand besoin d'interactions intimes, mais elles sont significativement moins nombreuses à échanger de façon générale des confidences avec un conjoint.

Ces résultats reflètent la dynamique des personnalités limites : elles éprouvent en effet de grandes carences affectives mais elles n'arrivent pas à les combler dans leurs



relations d'intimité. Elles témoignent de difficultés de rapprochement et hésitent à se confier à leurs proches. C'est alors au niveau des professionnels qu'elles se tournent et tentent d'exprimer ce qu'elles ressentent. Ainsi, dans cette étude, les professionnels se révèlent significativement plus nombreux chez les personnalités limites. Ce constat est en lien avec la littérature qui rapporte le fait que l'instabilité chronique des personnalités limites les amène à faire un usage important des services de santé (Chabrol, & al, 1996).

Au niveau de l'aide matérielle, les résultats obtenus vont dans le sens inverse de ce qui avait été prévu. Les personnalités limites ont significativement moins d'aide matérielle selon l'aspect potentiel, de la part du conjoint, que les non consultants non limites. Il existe également une différence significative au niveau du soutien total potentiel d'aide matérielle entre les non consultants non limites et les deux groupes de consultants, qu'ils soient limites ou non limites. Les non consultants non limites bénéficient au total de plus d'aide matérielle. Le besoin perçu d'aide matérielle n'est pas non plus significativement plus grand que chez les autres groupes. On peut alors présumer que pour des besoins matériels similaires, les personnalités limites ont en général moins de personnes susceptibles de leur venir en aide puisqu'elles sont plus démunies sur le plan relationnel (conjoint, amis).

En ce qui a trait aux interactions négatives, les personnes qui consultent, qu'elles présentent ou non un trouble de personnalité limite, affichent une différence significative

entre leurs résultats et ceux du groupe non consultant non limite. Ces deux groupes de consultants perçoivent significativement plus d'interactions négatives actuelles au contact des membres de leur parenté. Par ailleurs, en ce qui concerne la perception négative provenant de la parenté, selon l'aspect potentiel, seuls les consultants non limites affichent une différence significative par rapport au groupe non consultant non limite. Dans l'étude réalisée auprès des personnes dépressives, l'aspect social s'est révélé prédicteur de persistance ou de sévérité de symptômes dépressifs (Zlotnick, & al, 1996); lors du suivi, on a constaté qu'un plus grand soutien social positif (nombre de personnes) ainsi qu'une plus grande satisfaction perçue se révélaient des facteurs associés à des niveaux plus faibles de symptômes dépressifs. Dans notre étude, les personnes faisant partie du groupe qui consultent et qui ne présentent pas de trouble de personnalité pourraient ici correspondre au profil de personnes qui seraient susceptibles de prolonger une thérapie, étant donné le nombre plus élevé d'interactions négatives qu'elles perçoivent ou qu'elles entretiennent avec des membres de leur parenté.

Les personnalités limites affichent significativement moins de satisfaction perçue que les non consultants non limites au niveau de la socialisation, des encouragements et de l'assistance physique. Pour ce dernier type, ils perçoivent également significativement moins de satisfaction que les consultants non limites. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude de Eurelings-Bontekoe (Eurelings-Bontekoe, & al, 1997), qui révèlent que les

personnes qui souffrent de troubles de personnalité manifestent de l'hostilité et sont plus vulnérables ou susceptibles en ce qui concerne les relations interpersonnelles.

Les résultats additionnels significatifs que l'on obtient en comparant les moyennes des groupes consultants limites et non consultants non limites se retrouvent au niveau de la socialisation, en regard des amis, selon l'aspect potentiel. Les consultants limites y présentent des résultats inférieurs. On rencontre également des différences significatives au niveau de l'assistance physique, en fonction du conjoint, selon les aspects potentiel et actuel, et en fonction du soutien total, selon l'aspect potentiel. Les moyennes obtenues chez les personnalités limites sont dans tous ces cas inférieures à celles obtenues chez les personnalités non consultantes non limites.

Les autres résultats qui s'avèrent significatifs entre les non consultants non limites et les deux autres groupes de consultants, qu'ils soient limites ou non, se situent au niveau de la socialisation, des encouragements et des guides et conseils. De façon plus spécifique, au niveau de la socialisation, les deux groupes de consultants affichent des moyennes inférieures à celles des non consultants par rapport aux amis, au soutien total potentiel et au soutien total actuel. Au niveau des encouragements, les deux groupes de consultants affichent également des résultats inférieurs aux non consultants non limites, en ce qui concerne l'aide potentielle au travail. Au niveau des guides et conseils, les différences significatives se rencontrent par rapport aux amis potentiels et par rapport au

soutien total potentiel. Dans ces deux situations, les moyennes sont inférieures, pour les consultants, à celles des non consultants.

Chez les personnalités consultantes limites, c'est au niveau du soutien total de l'aide physique, selon l'aspect potentiel, que l'on rencontre en moyenne le moins de personnes. Chez les personnalités non limites, consultantes ou non consultantes, le plus petit nombre moyen de personnes se retrouve au niveau des interactions négatives. Les personnalités consultantes limites ont un plus grand nombre moyen de personnes au niveau des interactions intimes, là où l'aide perçue provient des professionnels. Il est important de noter qu'au niveau de tous les résultats mentionnés, les personnes consultantes non limites affichent des valeurs moyennes qui se situent entre celles des personnes non consultantes non limites et celles des personnalités limites consultantes.

En résumé, cette étude permet de constater qu'il existe des différences entre les groupes et que certaines différences, au niveau de l'intimité entre autres, sont plus spécifiques aux personnes qui présentent un trouble de personnalité limite. Le mode de compilation utilisé a de plus révélé l'utilité de tenir compte non seulement du nombre de personnes qui prodiguent le soutien, mais également de spécifier les différents types d'aide de même que d'en relever la provenance (conjoint, parenté, amis, etc.).

## Différences entre les Femmes et les Hommes

Des différences significatives entre les femmes et les hommes sont observées au niveau du groupe consultant limite et non consultant non limite. Les analyses n'ont pas été effectuées au niveau du groupe consultant non limite en raison du nombre restreint d'individus de sexe masculin.

Les différences entre les femmes et les hommes concernent le conjoint. Chez le groupe consultant limite, c'est au niveau de la socialisation que les femmes mentionnent significativement plus souvent la présence d'un conjoint dans leur vie que les hommes.

Chez le groupe non consultant non limite, les femmes ont également des moyennes plus élevées que les hommes au niveau du conjoint. Ces différences significatives se situent au niveau matériel, selon l'aspect potentiel, au niveau des guides et conseils, selon l'aspect potentiel et actuel, et au niveau des encouragements, selon l'aspect actuel.

Le réseau global des non consultants non limites affiche également une différence significative entre les hommes et les femmes. Dans tous les cas, les femmes mentionnent significativement plus souvent la présence d'un conjoint dans leur vie que les hommes.

## Retombées et Directions Futures

Cette recherche évalue de façon scientifique les composantes du soutien social de trois groupes de participants et permet de cibler quelles caractéristiques sont propres aux personnalités limites. On constate entre autres que le réseau de soutien global de ces individus est en moyenne constitué de moins de personnes aidantes et ce, à tous les niveaux. On réalise également que les personnalités limites ont un plus grand besoin perçu de relations intimes; toutefois, ils sont moins nombreux à pouvoir compter sur l'aide éventuelle d'un conjoint à ce niveau. Ils compensent ce manque en consultant un nombre plus élevé d'intervenants professionnels. Les personnalités limites bénéficient au total de moins d'aide matérielle potentielle et de moins d'assistance physique que les individus des deux autres groupes. Au niveau de l'assistance physique notamment, elles perçoivent en moyenne plus d'insatisfaction que les autres.

Les données ainsi recueillies confirment certaines notions et peuvent éventuellement servir à mieux orienter l'intervention auprès des personnalités limites en ciblant, par exemple, plus spécifiquement l'aspect interactions intimes. Les résultats tendent de plus à confirmer ce que des chercheurs (Sarason, Sarason, & Gurung, 1997) mentionnent à propos du mécanisme d'action du soutien social en tant que bienfait sur la santé psychologique et mentale, à savoir que l'on doit simultanément tenir compte de la personnalité de l'individu, de la qualité des relations proches, de la signification de ces

relations pour les personnes impliquées et de la communication mutuelle qui existe entre eux. Il s'agit là d'une perspective qui s'avère intéressante, puisqu'elle tend à mettre l'accent sur les éléments qui apparaissent déterminants dans cette étude, en plus de permettre de préciser davantage comment les lacunes au niveau de l'attachement affectent le soutien social des personnalités limites. Le fait de cibler plus précisément certaines relations proches permettra éventuellement d'en identifier les diverses contributions pour améliorer l'intervention et ce, éventuellement à deux niveaux. Un premier niveau d'intervention peut se situer au niveau intrapsychique, en vue d'aider la personne à résoudre un conflit intérieur qui a possiblement été engendré par un problème d'attachement précoce. Un deuxième niveau d'intervention peut aider la personne à améliorer les compétences et habiletés qui sont requises pour l'établissement de rapports intimes, solides, durables et bien délimités.

Une étude longitudinale du soutien social pourrait ainsi tenir compte, dans une recherche future, des événements de vie, des impacts internes relatifs au contexte et de la qualité de la relation proche. Ces divers éléments pourraient éventuellement faire suite aux recherches existantes et clarifier les résultats obtenus tant au niveau des personnes qui présentent un trouble de personnalité limite qu'au niveau des personnes dépressives.

## Forces et Faiblesses de l'Étude

Ce dernier volet vise à relever les points forts et les points faibles de cette recherche. Un des aspects intéressants relève principalement du choix du sujet : une exploration du soutien en fonction du trouble de personnalité limite. Il permet entre autres de faire ressortir certaines caractéristiques importantes du soutien social chez des individus où elles sont le plus susceptibles de se manifester, étant donné les difficultés qu'ils éprouvent au niveau de leurs relations interpersonnelles.

Un deuxième aspect non négligeable relève du choix de l'outil diagnostique permettant de cerner adéquatement les troubles de personnalité de l'axe II du DSM IV (APA, 1994) (validité, fidélité) ainsi que les autres troubles de l'axe I du DSM IV (APA, 1994). L'utilisation de l'instrument de mesure ASSIS de Barrera (Barrera, & al, 1981) fournit l'avantage de pouvoir comparer les résultats de la présente étude avec ceux déjà obtenus avec le même instrument de mesure, chez des individus présentant un trouble de schizophrénie (Léveillé, 1993). Il permet de cibler des caractéristiques spécifiques pour guider de futures interventions.

De plus, le fait de pouvoir comparer trois groupes, un groupe de personnes non consultantes non limites, un groupe de personnes consultantes non limites et un groupe de personnalités limites qui consultent, contribue en quelque sorte à rendre plus



spécifiques les résultats obtenus en fonction des personnes qui présentent le trouble de personnalité limite.

Au niveau des faiblesses, il est à noter que le faible nombre de participants de sexe masculin recrutés au niveau du groupe de consultants non limités n'a pas permis d'établir la comparaison des hommes et des femmes faisant partie de ce groupe. Les résultats auraient fourni des résultats additionnels intéressants en nous permettant de vérifier si les femmes de ce groupe ont aussi des moyennes significativement plus élevées que celles des hommes au niveau des conjoints.

Par ailleurs, le mode de recrutement par annonces, utilisé pour composer le groupe de participants non consultants non limités, a peut-être eu tendance à attirer particulièrement des personnes souffrant de solitude; ces constatations semblaient plus apparentes chez les individus de sexe masculin. De plus, les personnes très occupées avaient également tendance à rebuter à l'idée de consacrer trois heures pour participer à une entrevue portant sur les relations humaines et la personnalité. Ainsi, les différences seraient peut-être encore plus significatives qu'elles ne le sont présentement si les personnes non consultantes non limités avaient pu être recrutées autrement.

## Conclusion

Cette recherche, inspirée du modèle biopsychosocial de la santé physique et psychologique, a permis d'explorer diverses caractéristiques du soutien social des personnes qui présentent le trouble de personnalité limite. Après avoir analysé les caractéristiques du soutien social en fonction des groupes consultants limites, consultants non limite et non consultants non limites, les analyses ont permis d'observer des moyennes significativement différentes entre les groupes.

Au niveau des personnalités limites, les résultats obtenus démontrent que le réseau global, quel que soit le type d'aide, comporte significativement moins de personnes que celui des personnalités non consultantes, non limites. Au niveau des relations intimes, on constate des différences significatives au niveau du conjoint et au niveau du besoin perçu. Les personnalités limites perçoivent significativement un plus grand besoin de relations intimes, mais elles sont moins nombreuses à pouvoir compter sur l'aide éventuelle d'un conjoint. Au niveau de l'aide matérielle, les personnalités limites traduisent des moyennes significativement inférieures de la part du conjoint, mais le besoin perçu d'aide matérielle n'est pas significativement plus grand que chez les autres groupes. Les personnalités limites affichent significativement moins de satisfaction perçue au niveau de la socialisation, des encouragements et de l'assistance physique. Pour ce dernier type, ils perçoivent significativement moins de satisfaction.

Il ressort également de cette étude que les personnalités limites perçoivent significativement plus d'interactions négatives actuelles à l'égard de la parenté. Ils présentent des résultats significativement inférieurs au niveau de la socialisation, à l'égard des amis potentiels; au niveau de l'assistance physique, en fonction du conjoint potentiel et actuel et en fonction du soutien total potentiel. C'est à ce type d'aide que l'on rencontre en moyenne chez les personnalités limites, les moyennes les plus basses.

Les résultats significatifs partagés par les deux groupes de consultants, à l'instar des non consultants non limites, se situent au niveau de la socialisation, des encouragements et des guides et conseils. Il est à noter que dans tous les cas, les moyennes obtenues au niveau des variables des les personnalités limites sont toutes inférieures à celles des deux autres groupes; de plus, celles obtenues par les personnalités consultantes non limites sont toutes situées entre celles des personnalités non consultantes non limites et celles des personnalités consultantes limites. Les résultats tendent à confirmer que pour évaluer les bienfaits bénéfiques du soutien social, l'on doit tenir compte de la personnalité de l'individu, de la qualité de la relations proches, de la signification de ces relations pour les personnes impliquées et de la communication mutuelle qui existe entre eux. Les multiples données ainsi recueillies confirment certaines estimations et peuvent éventuellement servir à mieux orienter l'intervention auprès des personnalités limites.

Appendice A

Instrument de mesure du soutien social

Version française de l'ASSIS (Barrera, Sandler et Ramsay, 1981)  
Traduction par Lepage (1984)

---

*Échelle*

1. Pas du tout
2. 1 ou 2 fois par semaine
3. Plus de deux fois mais non à tous les jours
4. À chaque jour
5. Plusieurs fois par jour

*Consigne*

Le but de ce questionnaire est d'avoir une idée sur qui dans votre entourage vous apporte leur aide et/ou leur soutien moral dans diverses situations.

Ces gens peuvent être des membres de la famille, des amis (es), des professionnels (es), etc., voici la liste. Je vais vous demander votre satisfaction et votre besoin à l'aide de cette échelle.

*Sources du support social*

Conjoint (e) : personne avec laquelle l'individu forme un couple.

Parenté : membres faisant partie de la famille d'origine et de la famille élargie.

Amis : gens dans le réseau qui partagent des activités ou échangent des confidences.

Connaissances : voisins, colocataires, religieux, personnes connues superficiellement, rencontres occasionnelles.

Travail : patron, collègues, groupes de travail pour activités de loisirs (groupe = 1).

Professionnels : gens travaillant dans le réseau de la santé physique ou psychologique.

Bénévoles : gens faisant partie d'organismes communautaires ou de groupes d'entraide.

Soutien total par type : nombre de personnes différentes qui composent le réseau dans chacun des sept types d'aide (matériel, physique, intime, encouragement, guide et conseils, social, négatif).

Soutien global : nombre de personnes différentes qui composent le réseau de personnes aidantes, quel que soit le type d'aide.



*Échelles***Besoin**

D'une façon générale, avez-vous eu besoin d'aide des gens de votre entourage?

Encerclez le chiffre indiquant votre réponse pour chacun des 6 types d'aide.

Aucun besoin

Nombreux besoins

1

2

3

4

5

**Satisfaction**

D'une façon générale, l'aide que vous avez reçue de votre entourage au cours du dernier mois est-elle suffisante, satisfaisante ou insuffisante, insatisfaisante? Encerclez sur

l'échelle le chiffre indiquant votre réponse pour chacun des 6 types d'aide.

Insatisfaisant

Satisfaisant

1

2

3

4

5

1. Aide matérielle (prêt (s) ou don (s) d'argent, meuble (s), cigarette (s))

A. Si vous aviez besoin de quelque chose de matériel comme des vêtements, de l'argent, des meubles, etc., quelle (s) personne (s) pourraient vous aider?

B. Durant le dernier mois, quelle (s) personne (s) vous a (ont) aidé (e) en prêtant ou en donnant quelque chose de matériel comme des vêtements, de l'argent, des meubles, etc.?

D'une façon générale, avez-vous eu besoin d'aide matérielle (prêt (s) ou don (s) d'argent, de meubles, etc.) des gens de votre entourage? Encerchez le chiffre indiquant votre réponse.

Aucun besoin			Nombreux besoins	
1	2	3	4	5

---

D'une façon générale, l'aide matérielle (prêt (s) ou don (s) d'argent, de meubles, etc.) que vous avez reçue de votre entourage au cours du dernier mois est-elle satisfaisante ou insatisfaisante? Encerchez sur l'échelle le chiffre indiquant votre réponse.

Insatisfaisant			Satisfaisant	
1	2	3	4	5

---

## 2. Assistance physique (partage des tâches)

A. Si vous aviez besoin d'aide pour aller faire l'épicerie ou pour faire du ménage, etc., quelle (s) personne (s) pourraient vous aider?

B. Durant le dernier mois, quelle (s) personne (s) vous a (ont) aidé (e) en allant faire l'épicerie ou en faisant du ménage, etc.?

D'une façon générale, avez-vous eu besoin d'aide physique (partage des tâches) des gens de votre entourage? Encerchez le chiffre indiquant votre réponse..

Aucun besoin			Nombreux besoins	
1	2	3	4	5

---

D'une façon générale, l'aide physique (partage des tâches) que vous avez reçue de votre entourage au cours du dernier mois est-elle satisfaisante ou insatisfaisante? Encerchez sur l'échelle le chiffre indiquant votre réponse.

Insatisfaisant			Satisfaisant	
1	2	3	4	5

---

### 3. Interactions intimes (possibilité de se confier, d'être écouté)

A. Si vous aviez besoin de vous confier, de parler de choses intimes et personnelles, à quelle (s) personne (s) iriez-vous en parler?

B. Durant le dernier mois, à quelle (s) personne (s) vous êtes-vous confié (e) ou avez-vous parlé de choses intimes et personnelles vous concernant?

D'une façon générale, avez-vous eu besoin d'interactions intimes (possibilité de se confier, d'être écouté) de la part des gens de votre entourage? Encerclez le chiffre indiquant votre réponse.

Aucun besoin			Nombreux besoins	
1	2	3	4	5

---

D'une façon générale, les interactions intimes (possibilité de se confier, d'être écouté) que vous avez reçues de votre entourage au cours du dernier mois sont-elles satisfaisantes ou insatisfaisantes? Encerclez sur l'échelle le chiffre indiquant votre réponse.

Insatisfaisant			Satisfaisant	
1	2	3	4	5

---

#### 4. Guides et conseils (conseils, informations)

A. Si vous aviez besoin d'informations ou de conseils, d'être guidé (e) et éclairé(e) dans une situation quelconque, quelle (s) personne (s) pourraient vous aider?

B. Durant le dernier mois, quelle (s) personne (s) vous a (ont) guidé (e) et éclairé(e) dans une situation quelconque que vous avez vécue?

D'une façon générale, avez-vous eu besoin d'être guidé et éclairé (informations, conseils) de la part des gens de votre entourage? Encerclez le chiffre indiquant votre réponse.

Aucun besoin			Nombreux besoins	
1	2	3	4	5

---

D'une façon générale, les guides et conseils (informations, conseils) que vous avez reçue de la part de votre entourage au cours du dernier mois sont-ils satisfaisants ou insatisfaisants? Encerclez sur l'échelle le chiffre indiquant votre réponse.

Insatisfaisant			Satisfaisant	
1	2	3	4	5

---

5. Encouragement (besoin de vous faire dire que ce que vous dites ou faites est bien)

A. Si vous aviez besoin de sentir ou de vous faire dire que vous avez de bonnes idées, que vous avez bien fait d'agir comme vous l'avez fait, quelle (s) personne (s) pourraient vous aider?

B. Durant le dernier mois, quelle (s) personne (s) vous a (ont) dit ou fait sentir que vous avez bien fait d'agir comme vous l'aviez fait, vous a (ont) dit ou fait sentir que vous aviez de bonnes idées?

D'une façon générale, avez-vous eu besoin de rétroaction positive (besoin de vous faire dire que ce que vous faites ou dites est bien) de la part des gens de votre entourage? Encerchez le chiffre indiquant votre réponse.

Aucun besoin				Nombreux besoins
1	2	3	4	5

---

D'une façon générale, la rétroaction positive que vous avez reçue de la part de votre entourage au cours du dernier mois est-elle satisfaisante ou insatisfaisante? Encerchez sur l'échelle le chiffre indiquant votre réponse.

Insatisfaisant				Satisfaisant
1	2	3	4	5

---

## 6. Socialisation (partage des loisirs et des sorties)

A. Si vous aviez besoin de sortir, de jaser, de faire du sport, de vous changer les idées, d'avoir de la visite ou de rendre visite à quelqu'un, avec quelle (s) personne (s) pourriez-vous partager ces activités?

B. Durant le dernier mois, avec quelle (s) personne (s) êtes-vous sorti pour vous distraire, avez-vous jaser, fait du sport, vous êtes-vous changé les idées ou quelle(s) personne (s) avez-vous reçue (s) à la maison ou visité (s)?

D'une façon générale, avez-vous eu besoin de socialisation (partage des loisirs, des sorties)? Encerclez le chiffre indiquant votre réponse.

Aucun besoin			Nombreux besoins	
1	2	3	4	5

---

D'une façon générale, la socialisation, (partage des loisirs, des sorties) au cours du dernier mois est-elle satisfaisante ou insatisfaisante? Encerclez sur l'échelle le chiffre indiquant votre réponse.

Insatisfaisant			Satisfaisant	
1	2	3	4	5

---

## 7. Interactions négatives

A. Parmi les personnes que vous connaissez, quelle (s) personne (s) vous dérange(nt), vous agace (nt), vous met (tent) à l'envers, fait (font) que vous vous sentez pire après l' (les) avoir vue (s) ou lui (leur) avoir parlé?

B. Durant le dernier mois, quelle (s) personne (s) vous a (ont) dérangé (e), agacé(e), mis (e) à l'envers ou a (ont) fait que vous vous sentiez pire après lui (leur) avoir parlé?



## Références

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington, DC : Author.
- Arntz, A., van Beijsterveldt, B., Hoekstra, R., Hofman, A., Eussen, M., & Sallaerts, S. (1992). The interrater reliability of a Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(5), 394-400.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment issues. Dans B. H. Gottlieb (Éd.), *Social networks and social support* (pp. 69-96). Beverly Hills: Sage.
- Barrera, M., Sandler, T. N., & Ramsay, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9(4), 435-447.
- Bartholomew, K., Cobb, R. J., & Poole, J. A. (1997). Adult attachment patterns and social support processes. Dans G.R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason & B. R. Sarason (Éds), *Sourcebook of Social Support and Personality* (pp. 359-378). New York: Plenum.
- Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte*. Paris : Presses universitaires de France.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.
- Chabrol, H., Schmitt, L., & Sztulman, H. (1996). Thérapie cognitive et psychothérapie analytique des personnalités limites: Une réflexion critique. *Annual Medical Psychology*, 154(4), 238-244.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology* 7, 269-297.

- Cohen, S., Kaplan, J.R., & Manuck, S.B. (1994). Social support and coronary heart disease: Underlying psychologic and biologic mechanisms. Dans S.A. Shumaker, & S.M. Czajkowski (Éds), *Social support and cardiovascular disease* (pp. 195-221). New York: Plenum.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention. A guide for health and social scientists*. New-York: Oxford University Press.
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301-321.
- Eurelings-Bontekoe, E., Van der Slikke, M., & Verschuur, M. J. (1997). Psychological distress, depressive symptomatology, coping and DSM-III R/ICD-10 personality disorders: A study among primary mental health care patients. *Personality and Individual Differences*, 23(3), 407-417.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Freud, S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. Dans *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol 7*. Traduction anglaise par Strachey, J. London: Hogarth Press, p. 123-245.
- Gottlieb, B. H. (1981). *Social networks and social support*. Beverly Hills : Sage.
- Gottlieb, B. H. (1983). *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*. Beverly Hills: Sage.
- Grove, W. M., & Andreasen, N. C. (1982). Simultaneous tests of many hypothesis in exploratory research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170 (1), 3-8.
- Gunderson, JG. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal Psychiatry*, 153, 752-758.
- Gunderson, J.G., Zanarini, M.C., & Kisiel, C.L. (1991). Borderline personality disorder: a review of data on DSM-III-R descriptions. *Journal of Personality Disorders*, 5, 340-352.

- Harlow, H. F. (1965). Total social isolation: Effects on Macaque monkey behavior. *Science 148*, numéro spécial.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- House, J. S., & Kahn, R.L. (1985). Measures and concepts of social support. Dans S. Cohen and S. L. Syme (Éds), *Social support and health*, pp. 83-108. Orlando: Academic Press.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of American Psychoanalytic Association, 15*, 641-685.
- Kernberg, O. F. (1989). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Paris : Presses Universitaires de France, traduction française par Jacqueline Adamov de Severe personality disorders : Psychotherapeutic strategies, (1984).
- Kernberg, O. F. (1995). *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*. Paris : Presses universitaires de France.
- Kernberg, O. F. (1997). Les trouble limites de la personnalité. Toulouse : Privat. Traduction française par D. Marcelli de la première partie de O. F. Kernberg (Éd.), *Borderline conditions and pathological narcissism*, New York : Jason Aronson.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.
- Lepage, J. (1984). *Adaptation et validation d'une mesure de réseau de support social applicable en soins infirmiers*. Montréal : Université de Montréal.
- Léveillé, S. (1993). *Évaluation multidimensionnelle du support social des sujets schizophrènes*. Montréal : Université de Montréal.
- Lombroso, C. (1887). *L'Homme criminel : Criminel-né, fou moral, épileptique*. Paris : F. Alcan.
- Millon, T. (1993). Borderline personality disorder: A psychosocial epidemic. Dans J. Paris, (Éd.), *Borderline personality disorder : Etiology and treatment* (pp. 197-210). Washington, DC : American Psychiatric Press.

- Paris, J. (1994, novembre). The etiology of borderline personality disorder : A biopsychosocial approach. *Psychiatry : Interpersonal and Biological Processes*, 57(4), 316-325.
- Pierce, G. R., Lakey, B., Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Joseph, H. J. (1997). Personality and social support processes. Dans G.R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason, & B. R. Sarason (Éds), *Sourcebook of social support and personality* (pp. 3-19). New York: Plenum.
- Procidano, M. E., & Walker Smith, W. (1997). Assessing perceived social support. Dans G.R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason & B. R. Sarason (Éds), *Sourcebook of social support and personality* (pp. 359-378). New York: Plenum.
- Rosse, I. C. (1890). Clinical evidences of borderland insanity. *Journal of Nervous and Medical Disorders*, 17, 669-683.
- Sarafino, E.P. (1998). *Health psychology : Biopsychosocial interactions* (3e éd.). New York : Wiley.
- Sarason, I. G. (1985). *Social Support : Theory, research and applications*. Washington: Martinus Nijhoff in cooperation with NATO Scientific Affairs Division.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Gurung, R. A. R. (1997). Close personal relationships and health outcomes : A key to the role of social support. Dans S. Duck (Éd.) *Handbook of personal relationships*, (2<sup>e</sup> éd.) (pp. 547-575). New-York: John Wiley & Sons.
- Schaeffer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1990). *SCID user's guide for the structured clinical interview for DSM-III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border land group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Stone, M. H. (1993). *Abnormalities of personality : Within and beyond the realm of treatment*. New-York: W.W. Norton.
- Thibault, J. W., & Kelley, H.H. (1959). *The social psychology of groups*. New York : Wiley.

- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J.T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.
- Vaux, A. (1988). *Social support. Theory, research, and intervention*. New-York: Praeger.
- Viinamäki, H., Niskanen, L., Jääskeläinen, J., Antikainen, R., Koivumaa-Honkanen, H., Tanskanen, A., Lavonen, T., & Lehtonen, J. (1996). Factors predicting psychosocial recovery in psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(5), 365-371.
- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., .Howes, M. J., Kane, J., Pope Jr., H. G., Rounsaville, B., & Wittchen, H.-U. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Elkin, I., & Ryan, C. (1996). Gender, type of treatment, dysfunctional attitudes, social support, life events and depressive symptoms over naturalistic follow-up. *American Journal of Psychiatry*; 153(8), 1021-1027.