



Symptômes internalisés, comportements externalisés et traits limites à l'adolescence

Thèse

Vicky Lebel

Doctorat en psychologie - recherche et intervention
Philosophiæ doctor (Ph. D.)

Québec, Canada

© Vicky Lebel, 2021

**Symptômes internalisés, comportements externalisés et
traits limites à l'adolescence**

Thèse

Vicky Lebel

Sous la direction de :

Lina Normandin, directrice de recherche

Résumé

Le trouble de la personnalité limite (TPL) est le trouble de personnalité le plus fréquemment rencontré dans les milieux cliniques, cette problématique étant associée à des conséquences importantes sur le plan personnel, social et économique. Même si la nature développementale de ce trouble est suspectée depuis longtemps et commence à être étayée par des données empiriques, ce n'est que récemment que la validité du TPL à l'adolescence a été reconnue. Un nombre croissant d'études porte actuellement sur l'identification des précurseurs et marqueurs développementaux précoces associés au développement ultérieur de cette pathologie de la personnalité. Dans cette optique, la présente thèse de doctorat s'est intéressée à cette problématique particulière tout en empruntant le cadre de travail de la psychopathologie développementale dans l'objectif d'explorer les relations entre la symptomatologie internalisée-externalisée, telle que mesurée par le *Youth Self-Report* (YSR; Achenbach et Rescorla, 2001) et les traits limites, mesurés par le *Borderline Personality Features Scale for Children* (BPFS-C; Crick et al., 2005) à l'adolescence. Les données ont été recueillies auprès de 573 participants âgés entre 11 et 18 ans recrutés dans différentes écoles secondaires, établissements post-secondaire et camps de jour de la région de la Capitale-Nationale, du Bas-Saint-Laurent et de Chaudière-Appalaches. Les résultats révèlent une absence de différence quant à l'endossement des traits limites en fonction de l'âge. La différence la plus importante a été relevée entre les genres, les filles présentant davantage de traits limites, cette différence atteignant un niveau de significativité parmi le groupe âgé entre 15 et 18 ans. Ensuite, des analyses factorielles exploratoires ont permis d'extraire une solution unifactorielle composée de six items du YSR expliquant 47,15% de variance et ayant une bonne consistance interne ($\alpha = .835$). Les analyses factorielles et de régressions logistiques binaires montrent que la plus grande proportion de variance est constamment expliquée par ce facteur. Il présente une excellente spécificité, mais une sensibilité modérée à détecter les adolescents qui présentent un grand nombre de traits limites. Enfin, ces résultats sont abordés en regard de leur portée clinique et des pistes futures à explorer, tout en tenant compte des forces et limites au plan méthodologique de la présente thèse.

Abstract

Borderline personality disorder is the most commonly encountered personality disorder in clinical settings, with significant personal, social and economic costs. Although the developmental nature of this disorder has long been suspected and is now gaining support by empirical research, the validity of borderline personality disorder in adolescence has only been recognized recently. A growing body of research is currently working on identifying precursors and early developmental markers associated with the development of borderline personality disorder. This thesis aims to explore relationships between internalizing-externalizing symptomatology, as measured by the Youth Self-Report (YSR; Achenbach et Rescorla, 2001) and borderline personality features, measured by the Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C; Crick et al., 2005) in adolescence while borrowing the framework of developmental psychopathology. Data were collected from 573 adolescents aged between 11 and 18 years old, who were recruited from various high schools, post-secondary institutions and day camps in Capitale-Nationale, Bas-Saint-Laurent and Chaudière-Appalaches, Quebec, Canada. Results shows that there is no statistical difference in the endorsement of borderline traits according to age. The most striking difference has been found between boys and girls, the latter having a greater number of borderline personality features, this difference reaching a statistically significant level among the older group (15-18 years old). Next, a single-factor solution composed of six YSR items accounting for 47,15% of the shared variance with good internal consistency ($\alpha = .835$) was carried out from the exploratory factor analysis. Factor analysis and binary logistic regression analysis results shows that the largest proportion of variance is consistently explained by this factor. This single-factor solution shows excellent specificity, but moderate sensitivity to detect adolescents who scored high on a dimensional measure of borderline personality features specifically developed for their presentation during adolescence. These results are then discussed in terms of their clinical significance and futures avenues to explore are presented, while taking into account the methodological strengths and limitations of this thesis.

Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des figures.....	vi
Liste des tableaux.....	vii
Liste des abréviations.....	ix
Liste des annexes.....	x
Avant-propos.....	xi
Remerciements.....	xii
Introduction.....	1
Chapitre 1 : Traits Limites à l'Adolescence.....	3
Trouble de la Personnalité Limite	3
Aspect Développemental du Trouble de la Personnalité Limite	6
Précurseurs dans l'Enfance du Trouble de la Personnalité Limite	8
Adolescence : Continuité Hétérotypique	20
Adolescence : Défis et Enjeux Développementaux	25
Précurseurs du Trouble de la Personnalité Antisociale	37
Multifinalité et Équifinalité	38
Symptômes Internalisés, Externalisés et Trouble de la Personnalité Limite	39
Validité des Instruments de l'ASEBA en tant que Mesure de Traits Pathologiques	44
Objectifs et Hypothèses	54
Chapitre 2 : Méthodologie.....	57
Participants	57
Procédure	58
Instruments de Mesure	59
Plan d'Analyses Statistiques	61
Chapitre 3 : Résultats.....	63
Statistiques Descriptives	63
Distribution des Scores au BPFSC et au YSR en fonction du Sexe et de l'Âge	64
Corrélations entre les symptômes internalisés, externalisés et les traits limites	71
Profil de dysrégulation au YSR et traits limites	74

Corrélations entre les items du YSR et le score total au BPFS-C.....	75
Analyses Factorielles Exploratoires	76
Validité des Modèles Factoriels en tant qu’Outils de Dépistage des Traits Limites.....	81
Chapitre 4 : Discussion	97
Symptômes Internalisés, Externalisés et Traits Limites à l’Adolescence.....	97
Validité du YSR en tant que Mesure des Traits Limites à l’Adolescence.....	102
Constats Généraux	111
Considérations Méthodologiques et Pistes Futures.....	116
Contributions Cliniques.....	122
Conclusion.....	125
ANNEXE A : MODÈLE DE KERNBERG et al. (2000)	129
ANNEXE B : MODÈLE DE SALVATORE et al. (2008)	130
ANNEXE C : MODÈLE DE CARLSON et al. (2009).....	131
ANNEXE D : MODÈLE DE VROUVA (2012)	133
ANNEXE E : YOUTH SELF-REPORT (Achenbach et Rescorla, 2001).....	134
ANNEXE F	137
ANNEXE G.....	138
Références	139

Liste des figures

Figure 1. Interaction entre le genre et le groupe d'âge quant au score total obtenu au BPFS-C.....	68
Figure 2. Répartition des scores Z obtenus au BPFS-C en fonction du groupe d'âge (en pourcentage).....	70
Figure 3. Répartition des scores Z obtenus au BPFS-C en fonction du sexe (en pourcentage).....	70

Liste des tableaux

Tableau 1. Distribution des scores au BPFS-C et au YSR (score T) en fonction du genre et de l'âge.....	65
Tableau 2. Distribution des scores au BPFS-C et au YSR (score total) en fonction du genre et de l'âge.....	66
Tableau 3. Sommaire de l'analyse de variance à deux facteurs (genre et âge) des traits limites.....	67
Tableau 4. Distribution de l'échantillon en score Z selon le score total obtenu au BPFS-C.....	69
Tableau 5. Corrélations entre le score T internalisé, le score T externalisé et le score total au BPFS-C en fonction du genre et du groupe d'âge.....	72
Tableau 6. Corrélations entre le score total internalisé, le score total externalisé et le score total au BPFS-C en fonction du genre et du groupe d'âge.....	73
Tableau 7. Coefficients de corrélation r de Pearson (items paramétriques) de .30 et plus avec les traits limites.....	137
Tableau 8. Coefficients de corrélation ρ de Spearman (items non paramétriques) de .30 et plus avec les traits limites.....	138
Tableau 9. Conversion de la somme des items de chaque facteur du modèle à 5 facteurs en catégories.....	83
Tableau 10. Présence de traits limites en fonction du modèle factoriel à 25 items (5 facteurs).....	85
Tableau 11. Prédiction de l'appartenance au groupe ayant un grand nombre de traits limites en fonction du modèle à 25 items (5 facteurs).....	86
Tableau 12. Présence de traits limites en fonction du modèle factoriel à 24 items (5 facteurs).....	88
Tableau 13. Prédiction de l'appartenance au groupe ayant un grand nombre de traits limites en fonction du modèle à 24 items (5 facteurs)	89
Tableau 14. Présence de traits limites en fonction des facteurs dysrégulation (6 items) et des comportements impulsifs et perturbateurs (7 items).....	91
Tableau 15. Prédiction de l'appartenance au groupe ayant un grand nombre de traits limites en fonction des facteurs dysrégulation (6 items) et des comportements impulsifs et perturbateurs (7 items).....	92
Tableau 16. Statistiques descriptives de la somme des items composant le facteur dysrégulation et le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs.....	93
Tableau 17. Présence de traits limites en fonction du facteur dysrégulation (6 items).....	95

Tableau 18. Prédiction de l'appartenance au groupe ayant un grand nombre de traits limites en fonction du facteur dysrégulation (6 items).....	95
--	----

Liste des abréviations

ANOVA.....	Analyse de la variance
APA.....	American Psychiatric Association
ASEBA.....	Achenbach System of Empirically Based Assessment
BPFS-C.....	Borderline Personality Features Scale for Children
CBCL.....	Child Behavior Checklist
CÉRUL.....	Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université Laval
CIM.....	Classification Internationale des Maladies
DSM.....	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
DSM-IV.....	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 4e édition
DSM-5.....	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5e édition
MLSPC.....	Minnesota Longitudinal Study of Parents and Children
MSA.....	Measure of Sampling Adequacy
PAI-BOR.....	Personality Assessment Inventory – Borderline Features Scale
ROC.....	Receiver Operating Characteristic
TC.....	Trouble des conduites
TDA/H.....	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité/impulsivité
TOP.....	Trouble oppositionnel avec provocation
TPA.....	Trouble de personnalité antisociale
TPL.....	Trouble de personnalité limite
TRF.....	Teacher's Report Form
VIF.....	Variance Inflation Factor
YSR.....	Youth Self-Report

Liste des annexes

Annexe A : Modèle de Kernberg et al. (2000)

Items du CBCL (Achenbach, 1991) correspondant à des caractéristiques du TPL.....129

Annexe B : Modèle de Salvatore et al. (2008)

Regroupement des items du TRF (Achenbach et Rescorla, 2001) selon les dimensions du modèle de Geiger et Crick (2010).....130

Annexe C : Modèle de Carlson et al. (2009)

Items du TRF (Achenbach et Rescorla, 2001) reliés aux dimensions du modèle de Geiger et Crick (2010).....131

Annexe D : Modèle de Vrouva (2012)

Items du YSR (Achenbach et Rescorla, 2001) associés au TPL et au TPA.....133

Annexe E

Youth Self-Report (Achenbach et Rescorla, 2001).....134

Annexe F : Tableau 7

Coefficients de corrélation r de Pearson (items paramétriques) de .30 et plus avec les traits limites.....137

Annexe G : Tableau 8

Coefficients de corrélation ρ de Spearman (items non paramétriques) de .30 et plus avec les traits limites.....138

Avant-propos

Cette thèse se présente sous un format traditionnel et est composée de quatre chapitres, soit une introduction qui permet d'exposer le cadre théorique et l'état des connaissances quant à la problématique, suivie d'une description de la méthodologie employée, de la présentation des résultats ainsi qu'une discussion générale. La présente thèse de doctorat s'inscrit dans un programme de recherche de plus grande envergure débuté à l'hiver 2014 et composé à l'heure actuelle de trois études distinctes. Les données de cette thèse sont issues de la première étude composant le programme de recherche, celle-ci ayant pour objectif de procéder à la traduction et validation d'instruments de dépistage et d'évaluation auprès d'adolescents et de jeunes adultes recrutés dans la population générale. Ce programme de recherche est dirigé par les professeures Lina Normandin, Ph.D. et Karin Ensink, Ph.D. La candidate Vicky Lebel a participé au processus de sélection des instruments de mesure, à l'élaboration des formulaires d'information, d'assentiment et de consentement, à la collecte des données et elle a rempli le rôle de coordonnatrice du programme de recherche durant deux années consécutives (2015-2016 et 2016-2017). Elle a également été impliquée dans l'implantation d'un volet du programme de recherche au Centre de pédopsychiatrie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale et en charge de l'évaluation des cas référés par les psychologues ou pédopsychiatres des différentes unités collaborant au projet de recherche. Avec l'encadrement de Lina Normandin, Ph.D. à titre de directrice de thèse, la candidate Vicky Lebel a élaboré les questions et hypothèses de recherche, la recension des écrits pertinents à la présente thèse, ainsi que l'analyse des données de même de l'interprétation des résultats. Ces différentes étapes ont été réalisées sous la supervision de la professeure Lina Normandin, Ph.D. et avec l'aide du comité de thèse, constitué des professeurs Karin Ensink, Ph.D. et Stéphane Sabourin, Ph.D.

Remerciements

C'est avec un mélange de joie, d'excitation, mais également avec une certaine sérénité qu'arrive enfin le moment de la fin des études doctorales. Ce parcours, riche en opportunités, a définitivement façonné la professionnelle qui sommeillait en moi et qui s'accomplit, de jour en jour, dans son rôle de psychologue. Je me rappelle mes premières expériences cliniques, le cœur battant, la respiration accélérée et une certaine impression d'avoir une forme de protocole à accomplir afin de bien répondre au besoin de l'utilisateur. On était bien loin de la flexibilité et de la spontanéité à cette époque! De ces premières expériences, bien des apprentissages, des réflexions, des remises en question et des découvertes sont survenues, dans un contexte d'accompagnement personnalisé, continu, soutenu et surtout validant, permettant de nourrir et faire croître la partie en moi qui croyait que c'était possible. Possible que ce métier privilégié, à la fois humain, prestigieux, créatif, difficile à endosser par moments, mais si utile, pertinent et nécessaire dans notre société soit le mien. Plusieurs personnes, de par leurs gestes, commentaires et confiance témoignés à mon endroit m'ont permis de croire que c'était possible.

Au tout départ mes parents. Leur point de vue réaliste, leur confiance inébranlable en mes capacités et leur soutien sans faille ont su m'insuffler l'énergie et la motivation nécessaire à poursuivre ce travail à plus d'une reprise, même dans les moments les plus creux. Merci pour cet accompagnement combinant confiance, détermination, fermeté, mais également sensibilité quant à ce que ce projet entraînait en termes de sacrifices. Vous m'avez permis de mettre les bouchées doubles aux moments où je croyais que ce n'était plus possible. La fin du doctorat signifie également la fin de la sempiternelle question « quand est-ce que tu termines ta thèse ? ». Laissez-moi vous dire que je ne m'en ennuierais pas de celle-là. Elle est enfin terminée ma « synthèse » maman.

Plusieurs autres personnes, amis, membres de la famille, collègues ont, chacun à leur façon, contribué à ce que je devienne la personne que je suis aujourd'hui, au plan professionnel et personnel. Je vous remercie pour le soutien inconditionnel, les encouragements, ainsi que les questionnements sur mon parcours scolaire suscité par un réel désir de me savoir épanouie et confortable dans ce processus, tout en me souhaitant qu'il ait

une fin (!) le tout jumelé aux bons moments où il fait juste bon être ensemble. Je vous dis mille mercis mon frère et ta magnifique petite famille, Geneviève (ma *Most Valuable Player*), Josée, Esther, Judith, Frenette, Boily, ma belle-famille, mes oncles, tantes, cousins/cousines et plusieurs autres que j’oublie fort probablement.

Une vague de reconnaissance à mes superviseur(e)s qui chacun à leur façon, dans leur style, m’ont amené à me dépasser, à oser, à croire en moi et en ma capacité à pratiquer ce merveilleux métier qu’est celui de psychologue. Mention spéciale à Jean-Pierre Rousseau et à Rémi Gaudreault qui, de supers-superviseurs sont devenus de supers-collègues.

Je tiens évidemment à remercier les membres de mon comité de thèse, Mme Karin Ensink, Ph.D. et M. Sabourin Ph.D. pour leur accompagnement tout au long de la rédaction de cette thèse. Vos commentaires et réflexions m’ont définitivement aidé à bien circonscrire mon sujet d’étude et à mener ce projet à devenir une thèse, complète et satisfaisante. Je remercie également les membres du jury chargé d’évaluer ma thèse et la soutenance de celle-ci (Catherine Bégin, Ph.D., Nicolas Berthelot, Ph.D., Stéphane Sabourin, Ph.D. et Lina Normandin, Ph.D.), vos commentaires plus que pertinents m’ont permis de bien camper ma thèse, ses forces, ses limites ainsi que sa portée, de façon valide et bien circonscrite. Évidemment, sans le soutien, la confiance et les judicieux conseils de ma directrice de thèse, Lina Normandin Ph.D., ce projet n’aurait pas la teneur et la rigueur qu’il a aujourd’hui. Merci d’avoir cru en moi, en cette thèse, de m’avoir laissé cette latitude qui m’a amené à me dépasser et à me découvrir des capacités insoupçonnées dans tout ce que suscite ce vaste projet, ainsi que pour toutes les autres opportunités (pratique clinique, coordination du programme de recherche, académique, etc.). Notamment, je garde un beau souvenir des congrès à New York qui ont été plus que stimulants et inspirants dans le contexte de mon parcours doctoral. Une mention spéciale à tous mes collègues de laboratoire sans qui la réalisation des diverses études du programme de recherche n’aurait tout simplement pas été possible. Le dicton « Le tout est plus grand que la somme de ses parties » reflète bien l’étendue des possibilités et la portée du travail qui a été réalisé en équipe dans le contexte de ce programme de recherche. Un merci spécial à Rémi et à Michaël pour vos conseils en matière de statistiques, à Judith et Josée, supers collègues et amies, ainsi qu’à Geneviève,

Deanne, Alexandra, Raphaëlle, Sarah, Lydia et Lorrie, notamment pour votre dévouement au plan du recrutement, particulièrement les petits (12-13 ans) où cela posait tout un défi.

Enfin, le dernier et non le moindre, mon amour et partenaire de vie, ce cher Yann. On se connaît depuis que nous sommes hauts comme quatre-cinq pommes; saches que tu as plus que tenu le fort pendant ces longs moments de labeur. Combien de fois tu m'as demandé si tu pouvais faire quelque chose pour m'aider, alléger ma charge. Je peux te confirmer que tous tes petits gestes, initiatives et marques d'affection ont eu pour effet de me sentir plus dégagée, plus légère, sereine, au terme de longues heures de travail. Ta confiance en moi et ton accompagnement continu ont définitivement fait la différence et m'ont permis de mener à terme ce projet dont je n'en voyais parfois pas la fin. Tu as su, dans les moments plus difficiles, me ramener à l'essentiel, me faire voir le bon côté des choses et me rappeler mon potentiel, me permettant de progresser petit à petit dans ce projet colossal. Aujourd'hui marque la fin de ce long projet qu'était le doctorat en psychologie, ce qui fait place aux aventures et projets, débutés ou à débiter. Chéri, je suis plus que prête.

Introduction

Les enfants et les adolescents représentent près du tiers (2,2 milliards) de la population mondiale, dont 90% proviennent de pays en voie de développement ou intermédiaires (Unicef, 2008). Les statistiques mettent en évidence qu'entre 10% à 25% des enfants et des adolescents présentent des problèmes de santé mentale et que lorsque non traités, la moitié de ceux-ci persistent à l'âge adulte et se chronicisent (Belfer, 2008; Fleury et Grenier, 2012; Hofstra et al., 2000; Kieling et al., 2011; Merikangas et al., 2009; Sawyer et al., 2001). De plus, entre 70% et 80% des troubles mentaux répertoriés chez l'adulte se seraient développés avant l'âge de 25 ans (Burns et al., 2007; Kessler et al., 2005, 2007; Leitch, 2007; Unicef, 2011) et jusqu'à 50% se seraient développés à l'adolescence (Belfer, 2008). Considérant que les premières années de vie représentent une période de croissance majeure sur le plan du développement physique, cognitif, affectif et social, tout déficit ou défaillance en bas âge place l'enfant sur une trajectoire à plus haut risque de développer ultérieurement des problèmes de santé mentale ou interfèrera, à des degrés divers, avec l'acquisition de ressources ou compétences nécessaires à l'épanouissement personnel, professionnel et social à l'âge adulte (Kessler et al., 2009; Kieling et al., 2011; Kuehn, 2005). En ce sens, de nombreux chercheurs, théoriciens et cliniciens pointent l'importance d'un dépistage précoce des différents troubles de santé mentale dans l'optique d'identifier et d'intervenir rapidement (Chanen, McCutcheon et al., 2007; Fonagy et Target, 2002; Kernberg et al., 2000; Kessler et al., 2009; Kieling et al., 2011; Larrivée, 2013).

Dans ce contexte, la présente thèse de doctorat s'intéresse à une problématique particulière, le trouble de personnalité limite (TPL), dont les premières manifestations apparaissent généralement à l'adolescence (Crick et al., 2005; Dubé et al., 2015; Hutsebaut et al, 2013; Tackett et Sharp, 2014). Dans un premier temps, le TPL sera présenté, ainsi que les aspects développementaux associés. La prise en compte du contexte développemental durant lequel se développe le trouble de la personnalité est primordiale, les manifestations étant susceptibles de varier en fonction des particularités et exigences liées au stade développemental en cours. La psychologie du développement et surtout, la psychopathologie

développementale représentent des domaines théoriques et de recherche qui ont influencé la rédaction de la présente thèse. L'objectif général de celle-ci est de documenter les particularités associées aux traits limites dans leur présentation à l'adolescence et ce, au plan phénotypique.

Chapitre 1 : Traits Limites à l'Adolescence

Trouble de la Personnalité Limite

Dans les trois dernières décennies, les troubles de la personnalité ont retenu l'attention de nombreux chercheurs et cliniciens et un grand nombre de publications scientifiques et cliniques ont porté sur le sujet. Les conséquences personnelles, sociales, professionnelles et économiques de ces troubles et plus particulièrement du trouble de la personnalité limite (TPL) sont majeures et expliquent l'intérêt que les chercheurs ont mis à comprendre ce problème de santé mentale (Bender et al., 2001; Lieb et al., 2004; Skodol et al., 2005; Stepp, Smith et al., 2012). La cinquième et dernière édition du *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (DSM-5; American Psychiatric Association (APA), 2013) définit les troubles de la personnalité comme étant un patron généralisé et durable du fonctionnement et de l'expérience interne qui s'écarte nettement des attentes culturelles de l'individu, qui est omniprésent et inflexible, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et source d'une détresse et/ou d'une altération significative du fonctionnement. Ce patron de dysfonctionnement est inflexible et envahissant et se manifeste dans deux sphères ou plus du fonctionnement, soit la sphère cognitive, affective, interpersonnelle et du contrôle des impulsions (APA, 2013). Dix troubles de la personnalité se retrouvent dans la plus récente édition du *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (DSM), dont le TPL, qui touche entre 0,4% et 5,9% de la population générale, entre 8% et 27% de la population psychiatrique externe et entre 15% et 70% de la population psychiatrique hospitalisée (APA, 2000; Grant et al., 2008; Lenzenweger et al., 1997, 2007; Lyons et al., 2011; Widiger et Trull, 1992; Widiger et Weissman, 1991). Le TPL représente un mode général de fonctionnement caractérisé par une impulsivité marquée et une instabilité des affects, de l'image de soi et des relations interpersonnelles (APA, 2013). Cette problématique est associée à un grand nombre de conséquences dommageables pour la personne qui en souffre, mais également pour son entourage et pour la société en général (Bender et al., 2001; Brettschneider et al., 2014).

Le TPL est le trouble de la personnalité le plus fréquemment rencontré dans les milieux cliniques, ces personnes ayant tendance à rechercher activement de l'aide et du soutien (Lyons et al., 2011). Cette problématique se présente rarement seule: entre 61% et 87% des patients présentent également un trouble dépressif majeur, entre 14% et 62% répondent également aux critères diagnostiques d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance, 36% à 58% présentent un trouble de stress post-traumatique, 29% à 45% ont également un trouble panique et entre 17% et 54% présentent un trouble des conduites alimentaires en comorbidité (Linehan et al., 2006; Zanarini et al., 2004; Zimmerman et Mattia, 1999). La présence de troubles en comorbidité alourdit le pronostic en diminuant les probabilités de rémission, particulièrement lorsque le TPL se présente avec un trouble de stress post-traumatique ou un trouble lié à l'utilisation de substances (Zanarini et al., 2004). Les conséquences de sa présence se répercutent à court et à plus long terme (Becker et al., 2006; Chanen, Jovev et Jackson, 2007; Sharp, Green et al., 2012) en affectant le développement tant sur le plan personnel que professionnel ou social (Winograd et al., 2008; Winsper et al., 2015). Cette pathologie de la personnalité se présente tellement souvent en comorbidité que des chercheurs ont remis en question la pertinence de différencier sur deux axes la présence de troubles de la personnalité et de troubles mentaux (Clark, 2005; Krueger, 2005; Krueger et Tackett, 2003; Mervielde et al., 2005). De récents modèles théoriques davantage intégratifs s'intéressant aux facteurs communs de la psychopathologie tout au long du développement ont vu le jour dans les dernières années, ces modèles traversant la frontière entre les troubles traditionnellement diagnostiqués sur l'axe I et II. Notamment, Clark (2005) a développé un modèle théorique où la comorbidité et les relations entre les troubles de la personnalité et les troubles mentaux s'expliqueraient par la présence de racines communes dans les dimensions tempéramentales de base. Cet engouement pour l'identification précoce de la présence d'une pathologie de la personnalité est à la fois encourageant et nécessaire, les nombreuses conséquences associées à ces troubles étant bien documentées (Becker et al., 2006; Chanen, Jovev et Jackson, 2007; Cohen et al., 2005).

Le TPL a longtemps été conceptualisé comme une condition particulièrement stable, résistante au changement et qui se manifeste au long cours en comparaison à d'autres problématiques, comme la dépression ou l'anxiété. Néanmoins, des résultats d'études longitudinales ont montré que le TPL présentait un certain patron d'évolution dynamique

dans le temps, les manifestations pouvant varier en fonction de l'âge et ne pas être aussi stables que ce qui a longtemps été cru (Tyrrer, 2005). En ce sens, quatre études longitudinales ont permis de constater une certaine variabilité dans les traits de personnalité pathologique entre les temps de mesure, et ce indépendamment que l'échantillon soit issu d'une population clinique ou de la communauté, composé d'adultes ou d'adolescents (Cohen et al., 2005; Lenzenweger, 1999; Skodol et al., 2005; Zanarini et al., 2005). Un pic des symptômes associés aux troubles de la personnalité en début d'adolescence est rapporté par quelques études, suivi d'une diminution du nombre moyen de critères endossés avec le temps (Clark, 2005; Cohen et al., 2005; Lenzenweger, 1999; Sanislow et al., 2009; Skodol et al., 2005; Zanarini et al., 2005). Par ailleurs, Cohen et ses collègues (2005) rapportent que des symptômes particulièrement aigus en début d'adolescence sont des prédicteurs significatifs d'un pronostic plus sombre pour les dix ou même vingt années à venir. Globalement, les résultats de ces études indiquent une stabilité modérée des troubles de la personnalité et ce, peu importe l'âge et d'autant plus lorsqu'une classification diagnostique catégorielle est utilisée (Skodol et al., 2005). Par ailleurs, les conclusions de plusieurs études ayant porté sur la stabilité des troubles de la personnalité suggèrent que des traits tempéramentaux, plus stables et consistants à travers différentes situations et contextes développementaux coexisteraient avec des symptômes aigus davantage fluctuants (Sanislow et al., 2009; Skodol et al., 2005; Zanarini et al., 2005). Ces symptômes représenteraient l'expression phénotypique du tempérament et des traits de personnalité sous-jacents, leur présentation variant en fonction des contextes sociaux et développementaux rencontrés (Clark, 2005; Costa et al., 2005; Meyer et al., 2001; Skodol et al., 2005; Zanarini et al., 2005). Cet aspect pourrait en partie expliquer la fidélité faible à modérée observée entre les temps de mesure lorsque les critères diagnostiques de la quatrième édition du DSM (DSM-IV; APA, 2003) sont utilisés lors de l'évaluation des troubles de la personnalité (Becker et al., 1999; Farmer et Chapman, 2002; Geiger et Crick, 2010; Grilo et al., 2001; Skodol et al., 2005). En ce sens, une classification catégorielle des troubles de la personnalité, comme celle adoptée par le DSM (APA, 2003, 2013), pourrait davantage capter les symptômes cliniques aigus variant en fonction des contextes sociaux et développementaux, plutôt que les dimensions centrales de la personnalité, davantage stables dans le temps (Clark, 2005; Sanislow et al., 2009). Les résultats de l'étude de Skodol et ses collègues (2005) vont en ce sens: l'évaluation

dimensionnelle des troubles de la personnalité présente une stabilité significativement supérieure comparativement à la classification catégorielle entre les différents temps de mesure. Un important courant de recherche s'intéresse à la meilleure façon de conceptualiser les différents troubles mentaux, comme le système nosologique catégoriel du DSM (APA, 2003, 2013) ne permet pas de rendre compte de l'importante comorbidité observée entre les différentes psychopathologies. Les différentes catégories de troubles mentaux se présentant plus souvent en comorbidité que seules, des chercheurs ont soulevé l'hypothèse que des facteurs latents sous-tendant le développement de divers troubles mentaux pourraient expliquer ce patron robuste de comorbidité fréquemment observé (James et Taylor, 2008). Ainsi, une conceptualisation dimensionnelle plutôt que catégorielle des troubles mentaux permettrait de mieux rendre compte des variations symptomatiques et comportementales observées au fil de l'histoire développementale (Krueger, 1999; Widiger et Trull, 2007).

Aspect Développemental du Trouble de la Personnalité Limite

Bien que les théories du développement de la personnalité et des troubles de la personnalité pointent depuis longtemps la nature développementale du TPL, ce n'est que récemment que la validité de ce construit dans sa présentation à l'adolescence a été sérieusement investiguée (Bondurant et al., 2004; Cohen et al., 2005; Glenn et Klonsky, 2013; Levy et al., 1999; Winsper et al., 2015). Entre l'enfance et l'adolescence, on note de grandes différences individuelles quant à la personnalité en émergence pour ce qui est de l'expression et de la régulation émotionnelle, de la capacité d'autocontrôle, de l'estime de soi, des comportements en contexte relationnel et de la qualité des relations interpersonnelles (capacité d'empathie, de confiance envers l'autre et de transparence, cognition sociale, etc.) (Shiner et Tackett, 2014). Par ailleurs, peu de jeunes en viennent à vivre une détresse considérable ou une altération du fonctionnement dans leurs relations ou dans leur développement identitaire qui les amène à répondre aux critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité avéré (APA, 2000). Toutefois, la quatrième et cinquième édition du DSM reconnaît qu'il est possible pour un adolescent d'être aux prises avec un trouble de la personnalité nécessitant une intervention, ce diagnostic étant valide lorsque les symptômes

sont présents depuis au moins un an, sont envahissants, persistants et ne peuvent être expliqués par la période développementale en cours ni par un autre trouble (APA, 2003, 2013). Pour la majorité des adolescents, ces difficultés n'atteindront pas le seuil clinique du trouble avéré malgré qu'elles pourraient être sources de conséquences négatives. En ce sens, les sphères affectées par les troubles de la personnalité (cognition, affectivité, contrôle des impulsions et fonctionnement interpersonnel) constituent des domaines de fonctionnement où des différences individuelles peuvent être observées et devenir dysfonctionnelles bien avant l'âge adulte (Shiner et Tackett, 2014).

Même s'il est reconnu que les premières manifestations d'un trouble de la personnalité surviennent habituellement au cours de l'adolescence, ce n'est que récemment que la présentation clinique de ces troubles lors de cette période développementale particulière a commencé à être documentée (Bradley et al., 2005; Sharp et Romero, 2007; Westen et al., 2003). En ce sens, dans les dernières décennies, des chercheurs et théoriciens ont manifesté certains doutes qu'ils avaient quant à la validité de ces troubles à l'adolescence (Miller et al., 2008). À la lumière des travaux empiriques ayant porté sur le sujet dans les dernières années, un consensus émerge maintenant quant à la validité du diagnostic de TPL à l'adolescence (Sharp et Kim, 2015). Des recherches menées auprès d'adolescents ont documenté une stabilité dans le temps du TPL similaire à ce qui est observé à l'âge adulte lorsqu'une mesure dimensionnelle est employée ou légèrement inférieure lorsqu'une évaluation catégorielle comme celle du DSM (APA, 2003, 2013) est privilégiée. De plus, la contribution de certains facteurs de risque dans l'étiologie de ce trouble à l'adolescence, similaires à ceux observés dans les études auprès de participants adultes, a commencé à être isolée. Enfin, une certaine correspondance entre les adolescents et les adultes pour ce qui est des grandes dimensions sous-tendant les manifestations de ce trouble, ainsi que la distinction entre le développement et les conséquences associées au TPL en comparaison aux autres troubles mentaux commence à être bien établie (Bornoalova et al., 2009; Carlson et al., 2009; Chanen et al., 2004; Chanen, Jovev et Jackson, 2007; Cohen et al., 2005, 2008; Distel et al., 2008; Sharp et Kim, 2015; Sharp et al., 2011). Les nombreux travaux de recherche qui ont porté sur le sujet des troubles de la personnalité dans les dernières décennies ont donc permis de confirmer la validité du construit de TPL à l'adolescence (Sharp et Kim, 2015).

Relativement peu d'études longitudinales ont porté sur les troubles de la personnalité à l'adolescence et celles-ci ont principalement documenté la prévalence, la stabilité, la comorbidité et les conséquences associées à ces problématiques (Cohen et al., 2005; Crawford et al., 2001; Crick et al., 2005). Encore moins d'études à ce jour ont porté sur les facteurs étiologiques en cause dans le développement de ces troubles à l'adolescence (Belsky et al., 2012; Kim et al., 2009). Des hypothèses ont été émises quant à la relation entre certaines étapes développementales qui ont pu être moins bien maîtrisées ou acquises chez des adolescents manifestant un trouble de la personnalité. À l'heure actuelle, des liens commencent à être établis entre les différentes manifestations du TPL (affectives, relationnelles, comportementales et cognitives) et certaines tâches développementales normatives moins bien maîtrisées durant l'enfance (Chanen et Kaess, 2012; Geiger et Crick, 2010). Notamment, l'établissement d'une relation d'attachement sécurisante, l'acquisition des capacités d'autorégulation émotionnelle et comportementale, ainsi que le développement du fonctionnement réflexif et des capacités de mentalisation sont quelques-unes des tâches développementales susceptibles d'avoir été moins bien négociées chez les gens qui présentent un TPL (Geiger et Crick, 2010; Macfie et Strimpfel, 2014; Strimpfel et al., 2015). La section qui suit s'attardera donc aux précurseurs identifiables durant l'enfance du TPL selon la perspective de la psychopathologie développementale.

Précurseurs dans l'Enfance du Trouble de la Personnalité Limite

Les travaux portant sur l'identification des marqueurs développementaux précoces associés au développement des troubles de la personnalité empruntent en grande majorité la perspective de la psychopathologie développementale (Belsky et al., 2012; Carlson et al., 2009; De Fruyt et De Clercq, 2014; Shiner, 2005). Les trajectoires développementales associées à ces troubles commencent tout juste à être investiguées et il est de plus en plus reconnu dans la communauté scientifique que des patrons de comportements inflexibles et mésadaptés, ainsi que des déficits dans l'interprétation des comportements et signaux sociaux puissent être observés aussi tôt qu'à l'enfance (Kernberg et al., 2000). À ce stade-ci et en

accord avec la perspective de la psychopathologie développementale, des recherches tentant d'identifier des marqueurs développementaux repérables durant l'enfance associés au développement ultérieur de traits de personnalité pathologique sont en cours (Baird et al., 2005; Belsky et al., 2012; Chanen et Kaess, 2012; Cicchetti et Crick, 2009; Geiger et Crick, 2001, 2010). En ce sens, des difficultés ou des échecs rencontrés dans la négociation de certaines tâches développementales pourraient mener ultimement à des manifestations typiques aux différents troubles de la personnalité, ces personnes n'ayant pas développé ou suffisamment acquis les ressources nécessaires afin d'affronter les défis développementaux à venir. Dans un premier temps, les considérations théoriques permettant de relier les difficultés rencontrées à une ou plusieurs tâches(s) développementale(s) à certaines manifestations particulières du TPL seront présentées, suivies des évidences empiriques disponibles à ce jour. La première manifestation abordée est celle de la dysrégulation émotionnelle, suivie de l'impulsivité et des problèmes relationnels.

Autorégulation et dysrégulation émotionnelle.

La première dimension, au centre de la dynamique du TPL, concerne une importante dysrégulation émotionnelle (Crowell et al., 2009; Glenn et Klonsky, 2009; Gratz et al., 2009; Putnam et Silk, 2005; Rosenthal et al., 2008; Sanislow et al., 2002; Selby et Joiner, 2013; Stepp, Scott et al., 2014). Malgré la grande hétérogénéité observée entre différents portraits cliniques du TPL, il est de plus en plus reconnu que la dysrégulation émotionnelle serait au cœur de la dynamique de ce trouble (Crowell et al., 2009; Gratz et al., 2012; Rosenthal et al., 2008; Sanislow et al., 2002; Selby et Joiner, 2013). Une étude récente de Stepp et ses collaborateurs (2014) montre que la dysrégulation émotionnelle constitue un facteur de maintien des autres manifestations du TPL, soit l'instabilité affective, les comportements d'automutilation, ainsi que les problèmes identitaires et relationnels et ce, 12 mois après leur première apparition (Stepp, Scott et al., 2014). La dysrégulation émotionnelle a également été associée à une augmentation des symptômes externalisés et internalisés mesurés à l'adolescence (McLaughlin et al., 2011). De surcroit, des corrélats neuronaux spécifiques sous-tendant cette manifestation ont été identifiés, incluant une hyperactivation du cortex cingulaire postérieur et de l'amygdale, ainsi qu'un plus petit volume de cette dernière structure (Schulze et al., 2016). Les études utilisant la neuroimagerie auprès des patients

adultes ayant un TPL rapportent de façon consistante des volumes réduits de l'amygdale, de l'hippocampe, du cortex orbito-frontal et du cortex cingulaire antérieur, structures cérébrales impliquées dans la régulation émotionnelle et dans le traitement d'informations de nature sociale (Fonagy et al., 2015). Une récente méta-analyse de 11 études rapporte une réduction moyenne de 11% du volume de l'hippocampe et de 13% du volume de l'amygdale chez les patients ayant un TPL en comparaison aux sujets sains (Ruocco et al., 2012). Peu d'études ont porté sur des échantillons d'adolescents et parmi celles-ci, les résultats sont plutôt partagés, certaines répliquant les résultats observés auprès de la population adulte quant au volume réduit du cortex cingulaire antérieur, du cortex orbito-frontal, de l'amygdale et de l'hippocampe (Richter et al., 2014; Whittle et al., 2009), alors que d'autres ne rapportent pas de différence significative dans le volume de ces structures (Brunner et al., 2010; Chanen et al., 2008; Goodman et al., 2011). Ces résultats inconsistants auprès d'échantillons adolescents peuvent s'expliquer par l'hétérogénéité des échantillons recrutés, mais peut également refléter des processus neurobiologiques encore immatures et en développement. De plus, il n'est pas clair si les particularités relevées sont spécifiques au TPL ou reflètent une vulnérabilité plus générale à la psychopathologie (Goodman, Mascitelli et Triebwasser, 2013).

Une hypothèse étiologique souvent avancée afin d'expliquer cette importante dysrégulation émotionnelle est celle de la présence d'une difficulté sur le plan de l'acquisition des capacités d'autorégulation durant l'enfance (Geiger et Crick, 2001, 2010; Glenn et Klonsky, 2009; Putnam et Silk, 2005). Des résultats préliminaires appuient cette hypothèse, les déficits de régulation émotionnelle expliquant en partie la relation entre les dysfonctions affectives (incluant les aspects de réactivité, d'intensité et de labilité émotionnelle) et les symptômes du TPL mesurés entre 9 et 13 ans (Gratz et al., 2009). La fonction de régulation émotionnelle est assurée au départ par le parent, puis graduellement par l'enfant tout au long de l'enfance et de l'adolescence (Denham, 1998; Mangelsdorf et al., 1995). De par sa sensibilité aux signaux de l'enfant, mais également de par sa capacité à être contingent à ceux-ci, à bien les capter et les refléter avec suffisamment d'expression afin que l'enfant réalise que son expérience émotionnelle a été comprise, mais demeure distincte de celle de l'autre, la figure d'attachement favorise le développement socioémotionnel de son enfant (Fonagy et Bateman, 2007; Gergely, 2004). Ce qui est central à cette étape développementale,

c'est que l'enfant prenne graduellement conscience que l'expérience émotionnelle, par moment intense, peut tout de même être apaisée, calmée et qu'un retour à l'état émotionnel de base est possible puisque les états affectifs ont généralement été compris et contenus par la figure d'attachement (Geiger et Crick, 2001, 2010). L'enfant peut ainsi internaliser une représentation de l'expérience émotionnelle, telle que reflétée par la figure d'attachement et graduellement développer un système de représentations des états affectifs internes (Gergely et Watson, 1996). La relation entre l'attachement et les capacités d'autorégulation émotionnelle a été confirmée par de nombreuses études (Cassidy, 1994; Kim et al., 2014; Mikulincer et al., 2003; Mosquera et al., 2014; Roque et al., 2013; Vondra et al., 2001). L'étude longitudinale de Vondra et ses collègues (2001) permet d'observer la présence d'associations concurrentes et prédictives entre l'attachement et les capacités d'autorégulation émotionnelle et comportementale, mesurées à 12, 18 et 24 mois. Les travaux de Kochanska et ses collègues montrent quant à eux que de hauts niveaux de contingence et de réceptivité dans les dyades mère-enfant prédisent de meilleures capacités d'autocontrôle chez l'enfant (Kochanska et al., 2001; Kochanska et Murray, 2000). Inversement, lorsque cette capacité est absente ou peu présente chez la figure d'attachement, des associations ont été observées avec le développement d'un attachement désorganisé chez l'enfant, ainsi que des difficultés d'autorégulation émotionnelle et comportementale (Kochanska et al., 2001; Kochanska et Murray, 2000). Un attachement de type insécure étant associé à davantage de dysrégulation émotionnelle (Sroufe, 2005), ces enfants se retrouvent sur une trajectoire à risque de développer une variété de problématiques internalisées et externalisées et possiblement, une psychopathologie (Madigan et al., 2007). En ce sens, Sharp et son équipe (2016) ont récemment isolé le rôle médiateur de la dysrégulation émotionnelle dans la relation entre l'attachement et les traits limites ($r = .352, p < .001$) (Sharp et al., 2016).

Une relation d'attachement sécurisante avec la figure parentale favorise le développement des capacités d'autorégulation chez l'enfant en raison de la représentation qu'il développe de l'expérience émotionnelle, mais également en raison de l'implication de systèmes neurobiologiques sous-tendant l'autorégulation. En effet, la disponibilité et la capacité du parent à contenir et réguler les états émotionnels du nourrisson semble avoir un impact sur les fonctions inhibitrices/excitatrices du système limbique de ce dernier (Schoore,

1994). Des études rapportent en ce sens les conséquences de la dépression maternelle sur les nourrissons: ces mères peuvent ne pas être en mesure de fournir des soins adaptés et apaiser la détresse du nourrisson dans un délai raisonnable, amenant ce dernier à développer un seuil d'excitabilité inférieur aux émotions négatives. Ces enfants ressentiraient plus fréquemment et plus intensément des émotions négatives en raison de l'activation précoce sélective des circuits neuronaux impliqués dans le traitement de ces émotions (Balbernie, 2001; Dawson et al., 1994; Qiu et al., 2015). Des facteurs génétiques, neurobiologiques et tempéramentaux ont également été associés à la dysrégulation émotionnelle. En ce sens, un tempérament difficile (réactivité et sensibilité aux stimuli élevées) chez un enfant qui est confronté à certains stressseurs environnementaux en particulier (maltraitance, négligence, abandon, etc.) place ce dernier à risque de développer un trouble de santé mentale, en particulier un trouble de la personnalité (Belsky et al., 2012; Geiger et Crick, 2010; Mosquera et al., 2014). Des déficits sur le plan de l'autorégulation émotionnelle combinés à un environnement familial caractérisé par le chaos, la négligence et la maltraitance, où les émotions et le vécu de l'enfant ne sont pas reflétés et validés par la ou les figures d'attachement, seraient spécifiquement impliqués dans l'étiologie du TPL (Cicchetti et Banny, 2014; Crowell et al., 2009; Fonagy et al., 2003; Fruzzetti et al., 2005; Mosquera et al., 2014). Un environnement familial où il y a présence de maltraitance peut amener l'enfant à devenir hypersensible aux stimuli émotionnels à valence négative (Cicchetti et Toth, 2005, 2015; De Bellis, 2005; Pollak et al., 1997). Dans une situation sociale, ces enfants peuvent avoir tendance à interpréter les signaux sociaux ambigus comme étant hostiles et peuvent réagir avec colère, agressivité ou devenir anxieux (Teisl et Cicchetti, 2008; Weiss et al., 1992). Une réponse négative de la part des autres personnes risque de renforcer ce patron, cette réaction venant confirmer les attentes de la personne (Ayduk et al., 1999; Downey et al., 2000; Purdie et Downey, 2000). Il semble donc qu'une modulation particulière de certains systèmes neurobiologiques (dont le système limbique), que des déficits ou erreurs dans le traitement de l'information de nature sociale et globalement, une incapacité à réguler de façon efficace les émotions durant l'enfance ouvrent la voie aux manifestations de dysrégulation émotionnelle, centrales dans la dynamique du TPL (Carpenter et Trull, 2013; Crowell et al., 2009; Geiger et Crick, 2010; Glenn et Klonsky, 2009; Putnam et Silk, 2005; Stepp, Scott et al., 2014). La convergence entre les nombreuses études empiriques et les écrits théoriques quant à la centralité de la dysrégulation

émotionnelle dans la problématique du TPL, caractéristique présente au long cours et influencée par des facteurs génétiques et tempéramentaux, suggère que cette manifestation soit typique du TPL, qu'il se présente à l'âge adulte ou à l'adolescence, les premières manifestations étant bien souvent présentes dès l'enfance.

Autocontrôle et impulsivité.

Les difficultés d'autorégulation émotionnelle ainsi que la dimension tempéramentale du neuroticisme (*negative affectivity*) sont associés à une vulnérabilité accrue à la psychopathologie, particulièrement dans un contexte où des déficits du trait tempéramental du contrôle de l'attention (*effortful control*) sont également présents (Calkins et Fox, 2002; Lonigan et Phillips, 2001; Muris, 2006). La présence d'impulsivité et donc, de déficits au plan de l'inhibition et du contrôle comportemental, représente une manifestation commune à plusieurs troubles de la personnalité. Au plan phénotypique, la présence d'émotions intenses et instables, manifestation centrale au TPL, peut être vue comme une composante émotionnelle de l'impulsivité de façon plus générale. En ce sens, une difficulté à réguler ses émotions et retourner à un état émotionnel de base peut interférer avec la capacité à inhiber certains gestes ou comportements impulsifs posés sous le coup de l'émotion (Eisenberg et Fabes, 1998; Sebastian et al., 2013; Selby et Joiner, 2013). En effet, l'activation d'émotions intenses peut interférer avec un traitement optimal de l'information de nature sociale, soit encoder les indices sociaux importants, interpréter l'information, générer un ensemble de réponses possibles, choisir la réponse la plus appropriée et enfin l'appliquer (Dodge et Crick, 1990). De façon plus globale, il est généralement admis que la vulnérabilité à la psychopathologie se caractérise par une combinaison de hauts niveaux d'émotivité et de déficits du trait tempéramental du contrôle de l'attention (Calkins et Fox, 2002; Lonigan et Phillips, 2001; Muris, 2006).

Bien que les facteurs génétiques contribuent fortement aux variables de l'impulsivité et de l'autocontrôle, la variance expliquée étant égale ou supérieure à 50% selon les études et systématiquement supérieure aux facteurs environnementaux (Bezdjian et al., 2011; Pavlov et al., 2012), le rôle de la figure parentale dans l'acquisition des capacités d'autocontrôle et dans l'internalisation des règles et des valeurs n'est pas à négliger

(Eisenberg et al., 2005; Grolnick et Farcas, 2002; Kochanska et al., 2000). Le parent, sensible aux comportements et signaux de son enfant et ayant, au départ, un rôle majeur de régulation émotionnelle et comportementale, doit progressivement favoriser le développement de l'autonomie de son enfant en lui fixant des limites afin d'assurer sa sécurité, en lui inculquant des valeurs prosociales et en l'aidant à gérer par lui-même les crises de colère (Macfie et Strimpfel, 2014; Sroufe et al., 2005). Dans un contexte d'attachement sécurisé et de régulation dyadique, l'enfant d'âge préscolaire apprend progressivement à réguler ses émotions et comportements, ce qui lui permet de répondre aux exigences du milieu scolaire et de la sphère sociale en général (Kochanska et al., 2000, 2001; Masten et Coatsworth, 1998). Les capacités d'autorégulation et d'autocontrôle représentent des ressources d'importance, nécessaires afin d'affronter et négocier adéquatement les tâches développementales ultérieures, comme le développement de relations d'amitié réciproques et intimes et l'évitement des comportements à risque et des activités dangereuses à l'adolescence (Macfie et Strimpfel, 2014; Masten et Coatsworth, 1998; Shiner et Caspi, 2003). D'un autre côté, il ne faut pas sous-estimer l'impact qu'un enfant avec un tempérament difficile peut avoir sur les pratiques parentales (Belsky et Beaver, 2011; Depue et Lenzenweger, 2001). Un enfant irritable, impulsif, ayant une grande réactivité et instabilité émotionnelle peut évoquer des comportements parentaux moins adéquats et sensibles, cette interaction pouvant augmenter le risque de développer un TPL ultérieurement (Fonagy et Bateman, 2007). Par ailleurs, la période de l'adolescence est associée à une recherche d'autonomie et d'indépendance grandissante par rapport aux figures parentales et ce, au profit du groupe social (Blos, 1979; Vandell, 2000; Wolfe et Mash 2006). Il est donc attendu que le jeune adolescent soit en mesure de réguler de façon relativement autonome ses émotions et comportements dans ce contexte. Lorsque ces capacités n'ont pas été bien acquises au cours de l'enfance, des déficits sur le plan de l'autorégulation émotionnelle et comportementale peuvent devenir apparents à l'adolescence (Belsky et Beaver, 2011). En ce sens, une augmentation des conduites à risque est rapportée durant cette période, comme l'automutilation, l'abus de substances et les conduites sexuelles à risque (Steinberg, 2008; Zanarini et al., 2006). Notamment, un rôle médiateur des capacités d'autorégulation a été identifié dans la relation entre les pratiques parentales et l'usage d'alcool, les comportements sexuels à risque et différents problèmes émotionnels et comportementaux (Brody et Ge,

2001; Finkenaue et al., 2005; Raffaelli et Crockett, 2003). Les manifestations associées au TPL et en particulier les comportements à risque et autodestructeurs peuvent être vécus difficilement par les parents et mettre à rude épreuve leurs capacités d'adaptation (Goodman et al., 2011). Ceux-ci peuvent donc être moins sensibles et disponibles émotionnellement, mais davantage contrôlants, voire autoritaires face aux besoins de l'adolescent, consolidant la trajectoire développementale en cours (Macfie et Strimpfel, 2014).

La présente dimension, celle de l'impulsivité, mais également la présence de neuroticisme, de déficits des fonctions exécutives et du trait tempéramental du contrôle de l'attention s'expliquent en majorité par la contribution de facteurs génétiques et neurobiologiques (Fino et al., 2014; Romer et al., 2009; Stepp, Whalen et al., 2014). Ces tableaux cliniques sont fréquemment observés dans un contexte de TPL (Belsky et al., 2012; Burke et Stepp, 2012; Posner et al., 2003; Rogosch et Cicchetti, 2005), mais représentent également des symptômes communs à plusieurs autres psychopathologies, comme le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité/impulsivité (TDA/H) (Speranza et al., 2011) ou le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) (Stepp, Burke et al., 2012). L'évaluation de la psychopathologie et des troubles psychiatriques à l'enfance et à l'adolescence est basée en grande partie sur la présence et l'intensité de différents symptômes émotionnels et comportementaux, un cadre de travail et une méthode d'évaluation rigoureuse ayant notamment été développés par Thomas Achenbach (1966). Les symptômes anxieux, dépressifs, les plaintes somatiques, ainsi que l'isolement social représentent des manifestations typiques de l'internalisation alors que les comportements agressifs et l'impulsivité représentent des symptômes externalisés (Achenbach, 1991). Ce modèle continue d'avoir une valeur heuristique significative, guidant les études s'intéressant aux classifications diagnostiques, aux étiologies, aux comorbidités, aux traits de personnalité sous-jacents et aux traitements de la psychopathologie de l'enfance et de l'adolescence (Howell et Watson, 2009). La fréquente comorbidité observée entre les troubles traditionnellement diagnostiqués sur l'axe I et II suggère la présence de liens développementaux entre ceux-ci (Stepp, Whalen et al., 2014). Des études montrent que les adolescents recrutés en milieu hospitalier et ayant un TPL sont significativement plus susceptibles de rencontrer les critères diagnostiques d'un trouble externalisé ou d'un trouble internalisé que les adolescents ayant une autre problématique de santé mentale (Chanen,

Jovev et Jackson, 2007; Ha et al., 2014; Kaess, von Ceumern-Lindenstjerna et al., 2013). De plus, un pourcentage significativement supérieur des patients ayant un TPL répond aux critères d'une comorbidité complexe, représentant la confluence de troubles internalisés et externalisés, en comparaison aux patients n'ayant pas un diagnostic de TPL (Chanen, Jovev et Jackson, 2007; Eaton et al., 2011). La présence de comorbidité complexe devrait attirer l'attention des cliniciens quant à la présence éventuelle d'un TPL, cet amalgame de problèmes internalisés et externalisés à l'adolescence représentant possiblement un indicateur clinique d'un diagnostic de TPL à investiguer (Fonagy et al., 2015).

Attachement, représentations mentales et problèmes relationnels.

La troisième dimension abordée est celle de l'instabilité et des problèmes relationnels, ce facteur ainsi que ceux de la dysrégulation émotionnelle et de l'impulsivité ressortant dans la plupart des modèles multifactoriels ayant investigué la structure du TPL auprès d'une population adulte (Chmielewski et al., 2011; Clarkin et al., 1993; Lenzenweger et al., 2008; Sanislow et al., 2000, 2002). Tout comme les deux précédentes dimensions, les manifestations liées aux problèmes relationnels dans un contexte de TPL risquent de varier en fonction de la période développementale pendant laquelle elles s'expriment. Notamment, la présence de préoccupations excessives envers les relations, ainsi que l'agressivité relationnelle seraient des manifestations typiques de la dimension de l'instabilité relationnelle du TPL dans sa présentation à l'adolescence (Geiger et Crick, 2001, 2010; Crick et al., 2005). Ces comportements et cette dynamique, qui peuvent être observés dès l'enfance, ont été associés prospectivement aux traits de personnalité limite mesurés à l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte (Crick et al., 2005; Ostrov et Houston, 2008; Stepp et al., 2010; Werner et Crick, 1999). Le besoin d'avoir un grand contrôle sur la/les relation(s) semble traduire un sentiment d'insécurité en contexte relationnel et une crainte de l'abandon, ce qui amène ces gens à être très sensibles aux situations sociales et à utiliser diverses stratégies afin de préserver leurs relations. Ces enfants rapportent ressentir davantage de colère en situation de conflit que les enfants qui sont moins agressifs relationnellement (Crick et Grotpeter, 1995; Crick et al., 2002). Au sein de cette dynamique, les réactions émotionnelles intenses et instables semblent se conjuguer à la présence de déficits dans le traitement de l'information de nature sociale. L'étude de Crick et ses collègues (2005) a effectivement

permis d'observer que la variation des traits de personnalité limite mesurés durant la préadolescence était prédite par un biais d'attribution hostile et une réactivité émotionnelle plus marquée dans les situations sociales, le degré d'exclusivité recherché dans une relation d'amitié proche et le niveau d'agressivité relationnelle.

L'angle souvent adopté afin de mieux comprendre cette tendance à craindre de façon chronique l'abandon est celui des représentations mentales qu'une personne a développé quant à la sécurité au sein des premières relations d'attachement. Plusieurs théories et écrits scientifiques évoquent le fait que les représentations mentales à propos de soi et des autres se développeraient principalement dans le contexte des premières relations d'attachement (Fonagy et Bateman, 2008). Le prototype de ces premières relations entraînerait le développement d'un répertoire d'attentes envers les autres, mais également envers soi-même, influençant la façon de se percevoir et de percevoir les autres (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969; Bretherton et Munholland, 2008). Un enfant ayant un attachement sécurisé est susceptible d'avoir une représentation de l'autre comme étant disponible, aimable et digne de confiance, ainsi qu'une représentation généralement positive de lui-même (Carlson et Sroufe, 1995; Sroufe, 1996). D'un autre côté, les enfants ayant développé un attachement insécure perçoivent l'autre comme étant rejetant, menaçant ou ambivalent et risquent de ne pas avoir une représentation d'eux-mêmes comme étant aimable, ayant été rejeté ou ignoré à un degré variable par la figure d'attachement (Macfie et Strimpfel, 2014). Dans les cas plus extrêmes où il y a de la maltraitance dans le milieu familial, l'enfant risque de développer des représentations diffuses de lui-même en raison des messages contradictoires ou négatifs que lui renvoie sa ou ses figure(s) d'attachement (Cicchetti et Valentino, 2006; Fonagy et al., 2003; Kernberg, 1984; Rogosch et Cicchetti, 2005). En lien avec cette idée, l'étude longitudinale de Carlson et ses collègues (2009) permet d'observer le rôle médiateur d'une représentation de soi diffuse dans la relation entre l'attachement désorganisé mesuré à l'enfance et les symptômes du TPL à l'âge adulte (Carlson et al., 2009). Il est également possible qu'un enfant développe un attachement désorganisé sans avoir vécu de maltraitance, mais plutôt en raison des comportements contradictoires et imprévisibles de la figure d'attachement (Hesse et Main, 2000; Main et Solomon, 1990). En ce sens, les propres représentations du parent quant à ses premières expériences relationnelles et donc, son style d'attachement, influencent sa réaction face à la détresse de son enfant. Face à celle-ci, les

propres blessures psychologiques et souvenirs douloureux du parent peuvent être réactivés (Fraiberg et al., 1975), entraînant possiblement des symptômes dissociatifs, source de comportements parentaux atypiques (Main et Hesse, 1990). L'enfant, face à un parent qui représente à la fois une source de sécurité et une source de danger, n'est pas en mesure d'être rassuré, calmé et ne parvient pas à établir une stratégie cohérente lui permettant de revenir à l'état émotionnel de base (Lyons-Ruth et al., 1999; Lyons-Ruth et Jacobvitz, 2008; Main et Hesse, 1990). Les enfants qui présentent ce type d'attachement sont à risque de développer des représentations internes de l'autre et de soi confuses et contradictoires, ainsi que de présenter des difficultés d'autorégulation émotionnelle importantes, pouvant même mener à des symptômes dissociatifs et à des comportements automutilatoires (Liotti, 1999; Macfie et Strimpfel, 2014). L'ensemble de ces situations risque de mener au développement d'attentes négatives envers les autres, amenant ces enfants à être hypervigilant et à interpréter certains signaux sociaux bénins comme étant menaçants ou hostiles (Geiger et Crick, 2010). Les enfants qui présentent de hauts niveaux de sensibilité au rejet sont plus à risque de réagir intensément dans ces situations et ce, sur les plans émotionnels et comportementaux, en émettant des menaces ou des crises de colère par exemple. Leur réaction risque d'entraîner le rejet initialement craint et projeté, renforçant la dynamique de la sensibilité au rejet (Ayduk et al., 1999). En lien avec cette idée, des recherches ont montré la contribution de déficits dans le traitement de l'information sociale et de la dysrégulation émotionnelle dans la dynamique de l'agressivité relationnelle et de la sensibilité au rejet (Berenson et al., 2011; Crick et al., 2005; Silvers et al., 2012). Notamment, l'étude longitudinale de Crick et ses collègues (2005) a montré que les meilleurs prédicteurs des traits limites mesurés entre 9 et 12 ans sont les indicateurs de dysfonctions relationnelles, comme la présence de relations d'amitié exclusives, de sensibilité cognitive et d'agressivité relationnelle (Crick et al., 2005).

En résumé, les enfants qui présentent dans leur histoire des déficits sur le plan de l'acquisition des ressources nécessaires afin d'assurer un développement harmonieux de la personnalité se retrouvent sur une trajectoire à risque de développer un trouble de la personnalité. Un consensus émerge quant à la combinaison de facteurs environnementaux et de facteurs génétiques/tempéramentaux dans l'étiologie du TPL. En ce sens, la présence d'une réactivité tempéramentale, d'une propension à éprouver des affects négatifs, ainsi que la présence de difficultés d'autorégulation (dans un contexte où il y a absence de facteurs de

protection permettant de contrebalancer l'impact de ces facteurs de risque) constitue un contexte où la vulnérabilité à développer une pathologie de la personnalité est accrue (Belsky et al., 2012; Clarkin et De Panfilis, 2013; Crowell et al., 2009; De Fruyt et De Clercq, 2014; Gratz et al., 2009; Jovev et al., 2013; Shiner et Tackett, 2014; Skodol et al., 2002; Wright et al., 2016). En ce sens, certains préadolescents cumulent déjà des vulnérabilités et ont donc des ressources limitées pour faire face aux nombreux défis à venir tout au long de l'adolescence. La plupart des études qui ont exploré la validité de construit des troubles de la personnalité à l'adolescence ont porté sur des échantillons se situant en milieu ou en fin d'adolescence, permettant ainsi de documenter progressivement le portrait clinique de ces troubles durant cette période développementale spécifique (Becker et al., 1999, 2006; Becker et al., 2001, 2002; Glenn et Klonsky, 2013; Levy et al., 1999; Westen et al., 2003; Wright et al., 2016). Toutefois, les études ayant porté auprès d'adolescents plus jeunes sont rares et il est pertinent de se demander si déjà en début d'adolescence, certains symptômes ou comportements peuvent être repérés et traduire une trajectoire développementale à risque de développer un trouble de la personnalité (Belsky et al., 2012).

La prochaine section portera sur les manifestations propres au TPL dans sa présentation à l'adolescence, en comparaison au portrait clinique de ce trouble à l'âge adulte, certaines particularités pouvant être relevées en fonction du contexte développemental en cours. Une meilleure connaissance du portrait clinique et des symptômes typiquement attendus selon la période développementale durant laquelle ils surviennent permettra de mieux comprendre la nature même du TPL et ainsi, améliorer l'efficacité au plan du dépistage et de l'évaluation diagnostique. Les bienfaits d'une intervention précoce permettant d'atténuer les symptômes, voire éventuellement rétablir la trajectoire développementale en cours, justifient l'importance d'améliorer la démarche d'évaluation diagnostique afin de discriminer les adolescents qui présentent un trouble de personnalité avéré de ceux dont les manifestations relèvent d'une autre psychopathologie ou encore, de phénomènes liés au développement normal (Biskin, 2013; Chanen et al., 2008; Foelsch et al., 2008; Shiner et Allen, 2013; Shiner et Tackett, 2014).

Adolescence : Continuité Hétérotypique

Tel qu'abordé précédemment, les premières manifestations du TPL apparaissent généralement au courant de l'adolescence et sont précédées par des difficultés d'autorégulation émotionnelle et comportementale importantes (Bornovalova et al., 2009; Geiger et Crick, 2001, 2010; Kaess et al., 2014; Kernberg et al., 2000; Mervielde et al., 2005). La période développementale particulière que constitue l'adolescence, avec ses nombreux défis et enjeux, constitue une étape charnière du développement. Pour une certaine proportion d'adolescents, la transition de l'école primaire à l'éducation secondaire (impliquant souvent un changement d'école), le développement pubertaire et les changements corporels associés, l'importance grandissante du regard de l'autre et du groupe social représentent quelques-uns des défis qui s'ajoutent à une histoire de vie et une structure de personnalité en développement déjà fragilisées. Les défis propres à l'adolescence sont susceptibles d'influencer les manifestations associées à un trouble de la personnalité en émergence, en accord avec le principe de continuité hétérotypique. La continuité hétérotypique représente le fait qu'un même processus pathogène peut se manifester différemment sur le plan phénotypique en raison du contexte développemental en cours (Rutter et Sroufe, 2000). En ce sens, des recherches ont illustré comment certains patrons de fonctionnement ou phénotypes associés au TPL pouvaient s'exprimer différemment en fonction du stade développemental en cours (Copeland et al., 2009; Crawford et al., 2001; Crick et al., 2005; Kasen et al., 1999; Winsper et al., 2015). Ainsi, les symptômes du TPL à l'adolescence peuvent présenter des similarités importantes aux manifestations observées à l'âge adulte, sans toutefois être identiques à celles-ci en raison des particularités propres à la période développementale en cours. Par exemple, la crainte de l'abandon et conséquemment, les difficultés relationnelles, caractéristique des personnes ayant un TPL, peuvent se manifester durant l'enfance et en début d'adolescence sous la forme d'une recherche d'exclusivité dans la relation et globalement, le besoin d'avoir un grand contrôle sur celle-ci en manifestant des comportements relationnellement agressifs (Crick et al., 2005; Stepp, Whalen et al., 2014). La présence marquée de problèmes relationnels durant l'enfance et en début d'adolescence, comme la présence d'agressivité relationnelle, semble représenter un indicateur précoce de la présence de traits limites (Crick et al., 2005; Rogosch et Cicchetti, 2005). En complément aux difficultés relationnelles, d'autres études ajoutent la présence d'une grande impulsivité,

d'une anxiété excessive, de certains déficits quant au contact avec la réalité et la présence de problèmes attentionnels (Becker et al., 2006; Posner et al., 2003; Reich et Zanarini, 2001; Rogosch et Cicchetti, 2005; Zelkowitz et al., 2007). Plusieurs études rapportent un profil du TPL à l'adolescence caractérisé par une plus grande impulsivité et globalement, par la prédominance de symptômes aigus, comme des crises de colère intenses et inappropriées et des comportements suicidaires et automutilatoires, en comparaison à l'âge adulte où un déclin de l'impulsivité est observé, le tableau clinique étant constitué de symptômes davantage présents au long cours, comme les problèmes relationnels, la diffusion identitaire et la crainte de l'abandon (Kaess, von Ceumern-Lindenstjerna, et al., 2013; Lawrence et al., 2011).

Une présentation du TPL à l'adolescence caractérisée par la présence de symptômes aigus et une importante impulsivité, ainsi qu'un tableau clinique de comorbidité complexe plus fréquemment rencontré durant cette période développementale soulève la question de la relation entre la pathologie de la personnalité et les symptômes et troubles internalisés et externalisés à l'adolescence (Kaess et al., 2014; Fonagy et al., 2015; Nigg et al., 2005; Stepp, Burke et al., 2012). Une forte association existe entre les symptômes internalisés et externalisés d'une part, et les traits du Cluster B d'autre part à l'adolescence, l'association étant particulièrement importante avec les symptômes internalisés chez les filles (Crawford et al., 2001; Krischer et al., 2007; Tackett et al., 2009). De plus, le TPL est associé à une altération fonctionnelle et à une comorbidité plus importante que la présence d'un autre trouble de la personnalité à l'adolescence (Chanen, Jovev et Jackson, 2007). D'autres manifestations typiques de ce trouble de la personnalité à l'adolescence impliquent le vécu d'émotions très intenses, comme la rage, et une tendance à être submergé par celles-ci, ce qui a été associé aux comportements d'automutilation (Crowell et al., 2005). Probablement en lien avec les exigences grandissantes et les défis associés à la période de l'adolescence, c'est souvent à cette étape développementale que certains adolescents commencent à exprimer leur malaise à travers leur corps en adoptant des comportements à risque, comme l'automutilation, afin de libérer et exprimer une détresse émotionnelle (Cerutti et al., 2011). Ce comportement apparaît généralement en début d'adolescence et est particulièrement prévalent parmi cette population : 14% à 39% des adolescents de la communauté (Jacobson et Gould, 2007; Laye-Gindhu et Schonert-Reichl, 2005; Muehlenkamp et al., 2012; Ross et

Heath, 2002) et 40% à 61% des adolescents hospitalisés (DiClemente et al., 1991; Kaess, Parzer et al., 2013; Kumar et al., 2004) rapportent poser de tels gestes, en comparaison à 4% des adultes de la population générale et approximativement 21% de la population clinique adulte (Briere et Gil, 1998; Klonsky et al., 2003). Certains évoquent la possibilité que les comportements automutilatoires soient davantage typiques de la présentation du TPL dans sa présentation à l'adolescence (Groschwitz et al., 2015; Klonsky et al., 2013; Whitlock et al., 2006). En ce sens, une étude longitudinale d'envergure composée de 1943 participants suivis entre 15 et 29 ans a permis de documenter une diminution de la prévalence des comportements d'automutilation dès la fin de l'adolescence (Moran et al., 2012). Une récente revue systématique des études longitudinales ayant porté sur le sujet rapporte que les comportements automutilatoires présentent un pic à 16 ans, puis tendent à décliner dans les années qui suivent (Plener et al., 2015). Bien que ces comportements soient parfois également rapportés à l'âge adulte, il semble que les aspects de suicidalité soient davantage présents que l'automutilation à l'âge adulte (Cooper et al., 2005). Les statistiques montrent que le plus haut taux de suicide est observé parmi le groupe âgé entre 40 à 59 ans, représentant 45% de tous les suicides complétés en 2009 (Statistiques Canada, 2009). En deuxième position arrive le groupe âgé entre 15 et 39 ans, qui enregistre 35% de tous les suicides complétés en 2009 (Statistiques Canada, 2009). En ce qui concerne spécifiquement le TPL, les statistiques montrent qu'approximativement 75% de ces gens feront une tentative de suicide dans leur vie. Le taux de décès par suicide pour cette population est de 5% à 10% (APA, 2000; Black et al., 2004; Pompili et al., 2005).

Une autre variable à considérer lorsque l'on s'intéresse à la nature et aux particularités de la présentation du TPL est le genre. Depuis les années 1980, moment où les premiers critères standardisés des troubles de la personnalité ont vu le jour, l'ensemble des éditions du DSM postule que le TPL se retrouve plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes (APA, 2003, 2013). La quatrième et cinquième édition du DSM précise même un ratio de l'ordre de trois femmes ayant ce diagnostic pour un homme (APA, 2003, 2013). Toutefois, ces différences dans la prévalence ne se retrouvent pas dans les études ayant porté auprès de la population générale (Grant et al., 2008; Lenzenweger et al., 2007; Torgersen et al., 2001; Zimmerman et Corryell, 1989). Elles sont davantage observées au sein d'études portant auprès d'une population clinique (Swartz et al., 1990; Widiger et Trull, 1993). Une

hypothèse de plus en plus acceptée afin d'expliquer ces particularités au plan de la prévalence en fonction du genre retrouvées au sein d'échantillons cliniques est que les hommes et les femmes tendent à présenter des symptômes, des comportements et donc, des présentations cliniques légèrement différentes, les amenant à consulter dans des institutions également différentes. En ce sens, les hommes ayant un TPL présentent davantage de troubles liés à l'utilisation de substance(s) et tendent à avoir une présentation plus externalisée, impulsive avec des traits antisociaux, les amenant à consulter et à obtenir davantage de services dans les milieux carcéraux ou dans les programmes de traitement des dépendances (Goodman et al., 2010; Sansone et Sansone, 2011). Le profil féminin du TPL tend à être davantage « internalisé », le TPL se présentant plus fréquemment en comorbidité avec un trouble des conduites alimentaires, un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux, les amenant à consulter davantage dans les milieux dispensant des soins en santé mentale (Sansone et Sansone, 2011). En raison de la plus grande prévalence des femmes consultant dans les milieux cliniques offrant des services de psychothérapie et de pharmacothérapie, les hommes s'avèrent sous-représentés dans les recherches cliniques sur le TPL comme celles-ci se déroulent le plus souvent dans des milieux plus typiquement fréquentés par la clientèle féminine (Banzhaf et al., 2012). Ainsi, les différences dans la prévalence liée au genre observées dans certaines études cliniques peuvent possiblement s'expliquer par des biais au plan de l'échantillonnage plutôt que par des différences cliniquement vraies au plan de la prévalence.

Il est possible de vérifier la présence de différences liées au genre uniquement dans un contexte de recherche(s) épidémiologique(s) auprès d'un grand échantillon représentatif de la population générale. Par exemple, la *National Comorbidity Survey Replication*, une vaste étude représentative de la population des États-Unis composée de 9282 adultes, rapporte aucune différence significative quant à la prévalence du TPL entre les hommes et les femmes, la seule différence ayant été rapportée pour le trouble de personnalité antisocial (TPA), qui est moins prévalent chez les femmes que chez les hommes (Grant et al., 2008; Lenzenweger et al., 2007). Torgersen, Kringler et Cramer (2001) ainsi que Zimmerman et Corryell (1989) rapportent également une absence de différence liée au genre dans la prévalence du TPL parmi leurs vastes échantillons représentatifs de la population adulte générale. Par ailleurs, la *Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study*, menée par Andrew Skodol et ses collègues (2005), permet d'observer parmi un échantillon de 668

participants recruté dans divers milieux cliniques l'absence de différence liée au genre dans la prévalence du TPL. En ce sens, les études populationnelles ne rapportent pas cette différence au plan de la prévalence, mais permettent toutefois de noter certaines particularités dans la présentation clinique (traits de personnalité et comorbidité avec d'autres troubles mentaux et de la personnalité) en fonction du genre (Grant et al., 2008). Les femmes tendraient à endosser plus fréquemment le critère diagnostique lié à la diffusion identitaire selon le DSM-IV (APA, 2003; Johnson et al., 2003; Skodol et al., 2005) et à présenter en comorbidité un trouble de stress post-traumatique ou un trouble alimentaire, alors que les hommes seraient davantage susceptibles de présenter un trouble lié à l'utilisation d'une substance ou un trouble de la personnalité schizotypique, narcissique ou antisociale en complément au TPL (Johnson et al., 2003). En lien avec ce dernier résultat de recherche, une quantité considérable d'études documente une présentation davantage externalisée ou antisociale du TPL chez les hommes en comparaison aux femmes qui auraient tendance à présenter une diffusion identitaire plus importante, des problèmes liés à l'image corporelle, ainsi qu'une anxiété plus importante en regard du ou des traumatisme(s) vécu(s) (Goodman, Patil et al., 2013; Grant et al., 2008; Johnson et al., 2003; Zlotnick et al., 2002).

Ces différences semblent être déjà présentes à l'adolescence selon des résultats de recherche préliminaires, Bradley et ses collègues (2005) rapportant un portrait du TPL chez les adolescentes avec une prédominance de symptômes internalisés et une présentation davantage dramatique où la dysrégulation émotionnelle prédomine en comparaison aux adolescents où la présentation clinique est davantage externalisée, déshinhibée où la présence d'agressivité et de colère est à l'avant-plan (Bradley et al., 2005). Parallèlement, Zanarini et ses collaborateurs (2011) rapportent qu'il n'y a pas de différence dans la prévalence du TPL en fonction du genre tant parmi le groupe d'adolescents que parmi le groupe d'adultes, tous deux recrutés dans la communauté. Il y a toutefois des différences significatives quant aux critères endossés, les adolescentes présentant davantage de réactivité affective, des préoccupations quant à l'abandon et des relations interpersonnelles instables, alors que les garçons présentent davantage de comportements autodestructeurs, de conduites à risque et globalement, davantage d'impulsivité. Parmi le groupe d'adultes, les femmes avaient tendance à présenter plus de réactivité affective et un sentiment chronique de vide, tandis que les hommes présentaient davantage de comportements impulsifs (Zanarini et al., 2011). Il

semble donc que parmi les échantillons recrutés dans la population générale adulte, les différences liées au sexe quant à la prévalence du TPL soient minimales, en comparaison aux études ayant porté auprès d'échantillons cliniques, représentant possiblement un biais dans l'échantillonnage de ces dernières études. Peu importe la magnitude de cette différence entre les sexes, il est important de s'attarder aux variations hétérogènes dans la présentation clinique de ce trouble, celles-ci pouvant nous renseigner sur la nature même de cette psychopathologie parmi diverses populations.

Le portrait clinique du TPL semble donc présenter certaines variations ou particularités au plan phénotypique et ce, en fonction du genre et de l'étape développementale pendant laquelle ces manifestations apparaissent (Crick et al., 2005; Sharp et Romero, 2007). Ces trajectoires développementales dynamiques pointent toute l'importance d'identifier les périodes critiques du développement des troubles de la personnalité et les fenêtres développementales particulières où les interventions posées seront les plus fructueuses. Une meilleure connaissance du développement normal de la personnalité à l'adolescence est par ailleurs essentielle afin d'interpréter adéquatement les manifestations potentiellement mésadaptées (Tackett et al., 2009). En ce sens, la période de l'adolescence est associée à une foule de changements, mais également de stressseurs, rencontrés par l'ensemble des adolescents. Certaines manifestations observées durant l'adolescence peuvent donc ne pas refléter une dysfonction sous-jacente sur le plan de la personnalité, mais être suscitées par le contexte développemental particulièrement unique que constitue l'adolescence (Levy et al., 1999; Miller et al., 2008; Tackett et al., 2009).

Adolescence : Défis et Enjeux Développementaux

Auparavant, la période de l'adolescence était considérée comme une étape où les conflits et les crises étaient normatifs, voire souhaitables (Hall, 1904). Les théories psychanalytiques soulignaient le besoin du jeune adolescent de prendre ses distances vis-à-vis ses figures parentales, de se détacher émotionnellement et psychologiquement de ceux-ci dans le but de développer sa propre identité (Steinberg, 2000). L'absence de conflits et de crises pouvait même être considérée comme un indicateur d'un retard ou d'un arrêt

développemental. Anna Freud (1958) décrivait ces adolescents qui, comme ils l'ont été durant la période de latence, demeurent des enfants dociles, près de leur mère et ne remettant pas en question l'autorité de leur père, l'adolescence constituant en quelque sorte une continuité de la période de l'enfance. Elle écrivait que, bien que cela soit à prime abord agréable, particulièrement pour les parents, cette absence d'agitation et de turbulence se devait d'être prise au sérieux, représentant un délai dans le développement (Freud, 1958). Cette vision très tranchée apparaît principalement dans les écrits de théoriciens psychanalytiques orthodoxes, mais elle se retrouve également en version modérée dans les écrits de psychanalystes contemporains tels qu'Erikson (1968) et Blos (1967). En effet, la notion de crise identitaire d'Erikson et la notion d'individuation de Blos impliquent toutes deux qu'une certaine agitation, souhaitable puisque normative, devrait apparaître au sein de la famille durant cette période (Blos, 1967; Erikson, 1968). Puis, au tournant des années 1970, un certain nombre d'études empiriques ont remis en question la conception de l'adolescence en tant que période normative de crise. Rutter, Graham, Chadwick et Yule (1976) rapportent que malgré le fait que la majorité des adolescents peuvent vivre à un certain moment une forme de détresse personnelle, elle n'atteint généralement pas une intensité telle qu'elle troublerait les relations familiales et de fait, la majorité des parents ne s'en rendent pas compte. Ainsi, pour 75% des adolescents, cette période n'en serait pas une de crise, comme il a longtemps été considéré. Le reste des adolescents pour qui cette période en est une difficile représente un groupe où, déjà durant l'enfance, des difficultés familiales et personnelles étaient souvent présentes (Rutter et al., 1976). Les auteurs concluent qu'il est très peu probable que l'entrée à l'adolescence marque le début d'une tempête familiale de par les enjeux identitaires qui y sont reliés et ce, pour une majorité de cas où la période de l'enfance s'est relativement bien déroulée (Rutter et al., 1976). Cette divergence entre ces études empiriques et les formulations psychanalytiques antérieures s'explique principalement par les caractéristiques propres aux personnes examinées, soit respectivement des adolescents de la communauté et des adolescents consultant pour des problèmes psychologiques. Il demeure que l'adolescence représente une période particulière et unique, où les nombreux changements et défis développementaux rencontrés peuvent consolider ou encore modifier la trajectoire développementale en cours. Deux aspects développementaux spécifiques à la période de l'adolescence susceptibles de moduler les manifestations propres

à un trouble de la personnalité en émergence seront abordés dans les deux prochaines sections, soit la puberté et les changements neurobiologiques.

Changements pubertaires.

Même si cette période n'est plus perçue comme étant une crise, il demeure que l'entrée dans l'adolescence constitue une étape développementale majeure apportant pour l'ensemble des adolescents son lot de défis, à commencer par la puberté. La puberté représente en soi un moment charnière dans le développement puisqu'à aucun autre moment dans la vie, à l'exception de la petite enfance, le corps ne subit autant de transformations drastiques et ce, dans une période de temps aussi courte. Au terme de cette phase, il y aura acquisition de la fonction reproductrice et des caractères sexuels secondaires (augmentation de la masse corporelle et de la taille, apparition de la pilosité pubienne et axillaire, développement des seins et des organes génitaux, apparition des premières règles et éjaculations, mue de la voix, etc.) (Mardon, 2009). Une série de mécanismes neuroendocriniens est responsable de ces changements physiologiques majeurs, ayant des répercussions sur les plans sociaux, cognitifs et psychologiques. En effet, la puberté et l'entrée à l'adolescence sont associées à plusieurs manifestations clés observées lors de cette période développementale: éveil sexuel, réactivité et intensité émotionnelle, importance du regard de l'autre, recherche de sensations, comportements à risque, recherche identitaire, etc. (Martin et al., 2002; Neemann et al., 1995; Savolainen et al., 2015; Steinberg, 2000). Une grande proportion de préadolescents et d'adolescents présentent certains comportements externalisés et de prise de risque ou rapportent vivre certains symptômes dépressifs à un moment ou un autre durant cette période (Dodge et al., 2006; Graber et Sontag, 2009). Lorsque ces manifestations ne dépassent pas une certaine intensité, elles sont considérées normatives et une bonne proportion des adolescents ne présente effectivement pas de difficultés nécessitant une intervention particulière. Toutefois, une certaine proportion d'adolescents développe des difficultés significatives sur le plan émotionnel et comportemental durant cette période, ce qui affecte leur fonctionnement et les amène à vivre une importante détresse (Graber, 2013).

Plusieurs études soulignent l'importance du moment où la puberté survient relativement aux pairs du même âge, une puberté trop précoce étant particulièrement préjudiciable. En effet, des résultats de recherche montrent une association entre différents problèmes émotionnels et comportementaux et une survenue précoce de la puberté chez les filles (Caspi et Moffitt, 1991; Ge et al., 2006; Graber et al., 1997; Kaltiala-Heino et al., 2003). Les filles qui franchissent cette étape précocement seraient plus à risque de développer différents problèmes de santé mentale, comme un trouble des conduites alimentaires (Klump, 2013; Stice et al., 2001), un trouble anxieux (Graber et al., 1997; 2004), un trouble de comportement (Graber, 2013; Graber et al., 1997), un trouble lié à l'usage de substance(s) (Graber et al., 1997; Stice et al., 2001) ou un épisode dépressif majeur (Copeland et al., 2010; Ge et al., 2001; Graber et al., 1997, 2004; Mackrell et al., 2016; Stice et al., 2001). Celles-ci seraient non seulement plus à risque de développer des symptômes internalisés/externalisés ou un trouble mental durant cette période, mais pour une certaine proportion d'adolescentes, ce risque persisterait jusqu'à l'âge adulte (Graber, 2013). La littérature à ce sujet suggère que les conséquences associées à une maturation précoce chez les filles, en comparaison aux garçons, sont plus sévères (Negriff et Susman, 2011). Pour ces derniers, les résultats sont davantage partagés, une puberté précoce et/ou tardive ayant été identifiée selon les études (Angold et al., 1998; Sawyer et al., 2001; Schelleman-Offermans et al., 2011). Une entrée précoce dans la puberté chez les garçons serait associée à davantage de symptômes internalisés et externalisés et globalement, à un moins bon ajustement psychosocial (Ge et al., 2001; Graber et al., 1997, 2004; Kaltiala-Heino et al., 2003; Mendle et Ferrero, 2012; Mensah et al., 2013). Quelques études rapportent que ces symptômes se maintiendraient jusqu'à la fin de l'adolescence, particulièrement les symptômes internalisés (Graber, 2013, Graber et al., 2004; Zehr et al., 2007). Toutefois, il n'y a aucune étude qui a rapporté qu'une puberté précoce chez les garçons était associée au développement d'un trouble mental (Graber, 2013). Les conséquences associées à une puberté tardive semblent plus nombreuses et sévères que celles liées à une puberté précoce chez les garçons. En effet, ceux qui traversent cette étape développementale plus tardivement que leurs pairs du même âge sont plus à risque de développer des symptômes dépressifs, des comportements externalisés, un trouble des conduites (TC) ou lié à l'usage de substances vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge

adulte (Graber, 2013; Graber et al., 1997, 2004; Kaltiala-Heino et al., 2003; Negriff et Susman, 2011).

Peu d'études ont documenté l'effet à plus long terme d'une maturation précoce ou tardive. Parmi celles-ci, Stattin et Magnusson (1990) observent que les comportements externalisés, associés à une puberté précoce se dissipent une fois à l'âge adulte. Toutefois, ce groupe de préadolescentes présente à l'âge adulte un niveau académique et occupationnel inférieur en comparaison à celles ayant vécu cette maturation plus tardivement. Deux études longitudinales plus récentes rapportent quant à elles un maintien dans le temps des effets observés à l'adolescence (Copeland et al., 2010; Graber et al., 2004). L'étude de Graber et collègues (2004) a porté auprès de l'échantillon de l'*Oregon Adolescent Depression Project* et a permis d'observer que les filles précocement pubères avaient une prévalence à vie plus élevée de développer un trouble mental comparativement aux filles ayant eu leur puberté plus tardivement, indiquant une persistance dans le temps de l'effet de ce facteur de risque. Ce même groupe présentait davantage de traits de personnalité antisociaux et indiquait bénéficier d'un soutien social et d'une satisfaction moindre quant à leur situation de vie (Graber et al., 2004). En comparaison, les filles qui deviennent pubères tardivement présenteraient un meilleur fonctionnement psychosocial (p. ex. réussite académique). Il est toutefois important de souligner que les critères utilisés afin de définir la puberté précoce ou tardive dans les études varient considérablement, tout comme la méthode employée afin de mesurer cette variable (biologique ou auto-rapportée), compliquant les conclusions qui peuvent en être tirées (Negriff et Susman, 2011; Shirtcliff et al., 2009).

Quelques hypothèses ont été jusqu'à maintenant élaborées afin d'expliquer cette association entre une puberté précoce et les difficultés sur le plan de l'adaptation psychologique à cette étape développementale, particulièrement chez les filles. La première de celles-ci, soit un effet direct des processus biologiques, sous-tend que les changements hormonaux et neurobiologiques associés à la puberté entraînent une augmentation de l'éveil, de l'excitabilité et de la réactivité émotionnelle (Angold et Rutter, 1992; Mendle et al., 2007). Ces changements sur le plan affectif amènent les jeunes adolescents à être à la recherche de sensations et à présenter des comportements de prise de risque, ceux-ci n'ayant pas encore acquis les capacités de jugement et d'autorégulation nécessaires à la maîtrise de ces

impulsions. Cette hypothèse présente toutefois des appuis empiriques limités, de nombreuses études ayant étayé le rôle de facteurs environnementaux dans le développement de difficultés socioaffectives chez l'enfant et l'adolescent (Capaldi et al., 2012; Madigan et al., 2013; Raikes et Thompson, 2006; van den Akker, Deković et al., 2013; Vondra et al., 2001; Wang et al., 2011).

La deuxième hypothèse suggère que des processus psychosociaux seraient en cause. En ce sens, une puberté trop précoce amènerait les préadolescents à affronter plusieurs défis développementaux sans y être suffisamment préparés, ces tâches étant rencontrées plus tardivement par leurs pairs du même âge (Mendle et al., 2007). Par exemple, une puberté précoce chez les filles est associée à une exposition prématurée à différents contextes sociaux, comme l'intégration à des groupes de pairs plus âgés et du sexe opposé (Halpern et al., 2007). Dans ces situations, davantage de contextes, d'opportunités et possiblement d'incitation à s'initier à diverses activités surviennent (délits, consommation de substances, contacts sexuels, etc.) (Costello et al., 2007; Ge et al., 2006; Haynie, 2003). Ces adolescents doivent s'adapter et composer avec les conséquences et implications associées aux changements hormonaux alors que leurs pairs du même âge n'en sont pas à cette étape développementale, ce qui amplifie leur sentiment d'être isolés, différents et incompris des autres. En bref, cette hypothèse suggère que les adolescents qui deviennent pubères trop précocement sont à risque de développer différentes difficultés puisqu'ils ne sont pas suffisamment matures sur le plan cognitif et affectif afin de gérer l'ensemble des conséquences associées à un développement physiologique plus avancé (Moffitt et al., 2001; Stattin et Magnusson, 1990).

La dernière hypothèse, celle des effets de sélection, sous-tend qu'il peut être difficile de discriminer les effets associés uniquement à une puberté précoce de ceux causés par des prédispositions génétiques ou environnementales préalables (Mendle et al., 2007). Par exemple, les filles qui vivent leur ménarche plus tôt que les autres jeunes de leur âge sont plus à risque de devenir mère à un âge précoce, d'avoir des emplois moins bien payés, de vivre davantage de difficultés psychologiques et dans des conditions de stress chronique (Belsky et al., 1991). De plus, le moment de maturation pubertaire étant en grande partie héritable, celles-ci sont susceptibles de transmettre à leur(s) fille(s) un âge plus précoce de

développement pubertaire, ce qui est associé aux conséquences précédemment mentionnées (Meyer et al., 1991; Mustanski et al., 2004). Par ailleurs, des études rapportent des antécédents de difficultés émotionnelles et comportementales durant l'enfance chez les filles qui deviennent pubères précocement, suggérant que des facteurs de risque préalables étaient en jeu et que les effets de la puberté n'expliquent pas tout (Lien et al., 2010; Mensah et al., 2013). Il est possible également que les effets de sélection s'inscrivent à l'intérieur d'une corrélation ou d'une interaction entre les gènes et l'environnement. En ce sens, les changements hormonaux et biologiques associés à une maturation précoce sont susceptibles d'entraîner une série de réponses de la part de l'environnement, influençant la trajectoire développementale en cours (Mendle et al., 2007). Par exemple, une jeune fille vivant précocement sa puberté peut voir ses pairs se comporter différemment à son endroit, ce qui peut mener à des difficultés sociales et à un sentiment d'exclusion (corrélation gène-environnement évocative). La corrélation peut également être de type active, lorsque la personne sélectionne un environnement ou des expériences qui sont en accord avec ses propres prédispositions génétiques. Cela peut se traduire, par exemple, par une recherche de pairs plus âgés ou qui présentent un niveau similaire de maturité. Jusqu'à maintenant, l'hypothèse des processus psychosociaux est celle qui a reçu le plus d'appuis dans la littérature (Mendle et al., 2007). Toutefois, l'hypothèse des effets de sélection a été peu testée jusqu'à maintenant et la considération des facteurs génétiques, biologiques et environnementaux dans la relation entre une puberté précoce et le développement de difficultés affectives et comportementales demeure à explorer (Burt et al., 2006; Mendle et al., 2007; Obeidallah et al., 2000).

Les caractéristiques liées à la puberté sont susceptibles d'avoir un impact sur le développement identitaire de l'adolescent. Différents construits influencent le développement de l'identité à l'adolescence et du sens de soi (*sense of self*), notamment la compétence sur le plan académique et social (degré de popularité, acceptation sociale, attrait sexuel, etc.), ainsi que l'apparence physique (Harter, 1998; Markey, 2010). Dans le contexte où des changements physiques considérables doivent progressivement être intégrés dans leur représentation d'eux-mêmes et dans leur concept de soi, il est indéniable que les changements pubertaires ont un impact sur le développement identitaire de l'adolescent (Frost et McKelvie, 2004; Markey, 2010; Rosenblum et Lewis, 1999). Lorsque ces changements

corporels s'accompagnent d'un changement d'attitude de la part des pairs et d'autant plus lorsque des réactions et commentaires négatifs explicites sont formulés, des conséquences sont souvent observées dans la sphère relationnelle et identitaire (perception de sa propre image corporelle, estime et concept de soi, etc.) (Lindberg et al., 2007; Weichold et al., 2003). Bref, pour l'ensemble des adolescents, le moment du développement pubertaire, particulièrement lorsqu'il survient précocement pour les filles et tardivement pour les garçons, est associé à plusieurs défis et changements qui sollicitent grandement leurs capacités d'adaptation.

L'une des conséquences de la puberté responsable de plusieurs autres manifestations comportementales et émotionnelles typiques de l'adolescence est l'augmentation de la recherche de sensations (Blakemore et al., 2010; Forbes et Dahl, 2010; Steinberg et al., 2008). Bien que ce terme ait été utilisé pour décrire une grande variété de comportements impulsifs et téméraires dans la littérature, la motivation centrale consiste en la recherche de sensations fortes et d'expériences hautement excitantes (Forbes et Dahl, 2010). Des études ont rapporté que l'augmentation de la recherche de sensations observée à l'adolescence serait non pas corrélée avec l'âge, mais plutôt avec le niveau de maturation pubertaire et ce, possiblement en raison de la sécrétion d'hormones sexuelles (Forbes et Dahl, 2010; Spear, 2000; Steinberg et al., 2008). Le concept de recherche de sensations, représentant la motivation à vivre des expériences excitantes, a souvent été confondu avec celui d'impulsivité, qui consiste à poser des gestes ou des actions rapidement, sans prendre le temps de considérer les conséquences possibles (Forbes et Dahl, 2010). Steinberg et ses collègues (2008) ont montré, dans leur étude auprès d'un échantillon de 935 participants âgés entre 10 et 30 ans, que l'impulsivité et la recherche de sensations étaient associées à l'activation de processus cognitifs et neurologiques distincts, suggérant des patrons développementaux divergents (Steinberg et al., 2008). En effet, la recherche de sensations augmente à partir de 10 ans environ, puis atteint son apogée entre 13 et 16 ans pour ensuite décliner. Quant à l'impulsivité, une diminution progressive est observée entre 10 et 30 ans, associée au développement du cortex préfrontal, soulignant toute l'importance de s'intéresser à la jeune adolescence, moment où la recherche de sensations et l'impulsivité sont toutes deux élevées (Casey et al., 2005; Steinberg et al., 2008). Par ailleurs, la recherche de sensations serait l'un des précurseurs développementaux des comportements à risque, manifestations plus susceptibles d'être

observées durant l'adolescence que durant toute autre période développementale (Arnett, 1994; Crone et Dahl, 2012; Forbes et Dahl, 2010). Les comportements de prise de risque se manifestent davantage dans les contextes sociaux et affectifs saillants, soit lorsque les adolescents sont en présence de pairs ou lorsqu'ils croient être observés par ceux-ci ou lors de situations émotionnellement chargées, ces résultats ayant été répliqués en contexte écologique et expérimental (Chein et al., 2011; Figner et al., 2009; Gardner et Steinberg, 2005). Il est important de mieux comprendre la relation entre les contextes sociaux qui amplifient la recherche de sensations et les comportements à risque puisque, bien que la période de l'adolescence en soit une où la santé physique est normalement à son meilleur, les statistiques montrent une augmentation de 200% du taux de morbidité et de mortalité durant cette période (Centers for disease control and prevention, 2009; Ozer et al., 2002). Au Canada, la principale cause de mortalité chez les adolescents et les jeunes adultes est reliée aux accidents (38%), tandis que la deuxième cause de décès est le suicide (20%) (Statistiques Canada, 2012). Il est bien connu que les adolescents sont davantage susceptibles que les enfants ou les adultes plus âgés de s'engager dans diverses conduites à risque, telles que la consommation abusive d'alcool ou de drogue(s), les pratiques sexuelles à risque, les délits et autres comportements délinquants, ainsi que la conduite automobile à risque (Ozer et al., 2002; Steinberg, 2004, 2008). Même s'il y a une influence du genre sur la tendance à présenter des conduites à risque (plus fréquent chez les garçons) et que celles-ci apparaissent dans l'ensemble hétérogènes, il demeure que ces manifestations reflètent, à des degrés variables, des difficultés de gestion des émotions et des comportements (Forbes et Dahl, 2010).

Changements neurobiologiques.

Parallèlement aux nombreux changements initiés par la puberté, s'ajoutent ceux associés aux changements neurobiologiques et structuraux du cerveau lors de l'entrée à l'adolescence. Bien que le cerveau humain atteigne son volume maximal peu de temps après la naissance, d'importants processus de maturation structurels et fonctionnels continuent d'opérer durant la période de l'adolescence (Giedd, 2004; Lenroot et Giedd, 2010; Sowell et al., 2004). Tout d'abord, la matière grise atteint sa pleine maturité et densité maximale en premier lieu dans le cortex sensorimoteur primaire et en dernier lieu dans les zones

associatives supérieures, telles que le cortex préfrontal dorsolatéral, le gyrus temporal supérieur et le gyrus pariétal inférieur (Gogtay et al., 2004; Konrad et al., 2013). Cela signifie que les régions cérébrales responsables des fonctions cognitives supérieures, telles que la planification, l'évaluation du risque et le contrôle comportemental, se développent plus tardivement que les zones corticales associées aux tâches motrices et sensorielles. De plus, en raison de l'élagage synaptique (*synaptic pruning*), de la réduction du nombre de cellules gliales et du processus de myélinisation des axones, le volume de la matière blanche augmente au cours de l'adolescence alors que celui de la matière grise diminue (Konrad et al., 2013; Paus et al., 2008). Cette réorganisation sur le plan neuroanatomique est associée à des changements sur le plan émotionnel et cognitif, typiques de la période de l'adolescence. En ce sens, pendant que les régions corticales préfrontales sont toujours en cours de développement et sont donc immatures, d'autres régions cérébrales mûrissent beaucoup plus rapidement, comme le système limbique, localisé dans le cortex pariétal et dans le cortex temporal, et certaines structures sous-corticales comme l'hippocampe, l'amygdale et les noyaux gris centraux (Casey et al., 2008). De plus, des études de neuroimagerie ont montré que les adolescents, en comparaison aux enfants et aux adultes, présentent une plus grande activation du noyau accumbens, l'une des structures du système limbique, lorsqu'ils anticipent une récompense (Galvan et al., 2006, 2007). Ainsi, lorsque certaines régions du système limbique sont activées (comme l'hypothalamus, qui est impliqué dans l'activation des affects et les réactions de type *fight or flight* ou associés à l'excitation sexuelle, l'amygdale, impliquée en ce qui concerne l'activation des affects comme la peur et l'agressivité ou le noyau accumbens et le tectum, tous deux impliqués dans l'activation des affects positifs), elles peuvent difficilement être tempérées par un cortex préfrontal encore immature (Casey et al., 2008).

L'un des modèles théoriques les plus influents afin de rendre compte des manifestations comportementales et cognitives observées à l'adolescence a été développé par Casey et son équipe (2008). Le postulat principal de ce modèle neurobiologique, développé à partir de données obtenues par neuro-imagerie (Galvan et al., 2006, 2007; Geier et al., 2010; van Leijenhorst et al., 2010) est que l'adolescence représente une période de déséquilibre sur le plan du système nerveux central en raison d'une maturation précoce des zones cérébrales sous-corticales (système limbique et circuit dopaminergique de la récompense) et d'une

maturation plus tardive des zones corticales préfrontales (Casey et al., 2008). Ainsi, dans un contexte émotionnellement chargé (présence de pairs, possibilité d'obtenir une récompense, etc.), le comportement de l'adolescent risque d'être davantage influencé par l'attrait de la récompense et de l'approbation sociale, plutôt que par les processus de prise de décision rationnels. L'activité du système limbique, structure davantage primitive et mature en début d'adolescence, a donc préséance sur celle des régions préfrontales en raison de leur immaturité à ce stade développemental (Casey et al., 2008). Ce modèle théorique offre une explication quant aux comportements propres aux adolescents, ceux-ci étant davantage influencés par l'activation des régions limbiques fonctionnellement matures comparativement aux enfants, chez qui ces structures (limbiques et préfrontales) sont immatures et aux adultes, pour qui ces structures sont toutes deux matures. Cette perspective développementale permet d'expliquer les changements comportementaux non linéaires observés durant l'adolescence et ce, en raison de la différence de maturation entre ces deux structures cérébrales. Il apporte également un éclairage sur la contradiction entre les statistiques portant sur les comportements à risque des adolescents et leur capacité à comprendre les risques inhérents à ces conduites (Reyna et Farley, 2006). En effet, les adolescents semblent autant en mesure que les adultes d'évaluer le risque associé à certains comportements dans un questionnaire. Toutefois, les mises en situation et autres tests comportementaux ayant une bonne validité écologique ont montré que les adolescents prennent davantage de décisions risquées en groupe que lorsqu'ils sont seuls (Galvan et al., 2007; Gardner et Steinberg, 2005). C'est probablement parce qu'à cet âge, les bénéfices associés à la conduite à risque, comme l'approbation sociale, sont évalués plus positivement que la dangerosité en soi, en raison notamment de la différence de maturation entre le système limbique et les régions corticales préfrontales (Gardner et Steinberg, 2005; Konrad et al., 2013).

Il est possible de se demander quels bénéfices, sur le plan développemental et évolutionniste, ce déséquilibre entre les structures corticales et sous-corticales et les conséquences qui y sont associées peuvent apporter à l'individu. Considérant que les principales tâches développementales de l'adolescence nécessitent un certain niveau d'autonomie et d'indépendance (développement identitaire, établissement de relations durables et intimes, identification et mise sur pied de projets à court, moyen et plus long

terme, développement des habiletés sociales, etc.), la recherche de sensations et de nouvelles expériences, combinée à des capacités d'autorégulation limitées vu leur immaturité, constitue un contexte favorisant l'exploration de l'environnement extérieur à la famille (Konrad et al., 2013; Steinberg, 2004). En ce sens, durant l'adolescence, l'immaturité du cortex préfrontal semble contribuer à certains types d'apprentissage puisqu'à plusieurs reprises, certaines fenêtres développementales se présentent dans un contexte où le cerveau est particulièrement bien préparé à affronter celles-ci (Crone et Dahl, 2012; Konrad et al., 2013). En effet, le style cognitif particulier et typique de l'adolescence, particulièrement sensible aux stimuli d'ordre socioaffectifs et souple dans l'évaluation des objectifs à prioriser semble particulièrement bien adapté face aux tâches développementales auxquelles l'adolescent(e) est exposé(e) (Crone et Dahl, 2012; Konrad et al., 2013).

En résumé, l'entrée dans la période de l'adolescence avec tous les changements majeurs sur les plans physiologique, neurobiologique, psychologique et social qui y sont associés, représente une période charnière du développement, orientant ou consolidant la trajectoire développementale en cours vers une plus ou moins à risque. Dans un contexte où des vulnérabilités étaient déjà présentes à l'enfance, le défi que pose le décalage entre la maturité des structures sous-corticales et le cortex préfrontal observé typiquement pendant cette période, constitue une condition particulièrement à risque de consolider la trajectoire développementale en cours. Comme les résultats de l'étude de Mensah et ses collègues (2013) ainsi que d'autres le montrent, l'entrée à l'adolescence sera d'autant plus éprouvante dans un contexte où la personne cumule déjà plusieurs vulnérabilités acquises antérieurement (Cicchetti et Rogosch, 2002; Mensah et al., 2013; Monahan et Steinberg, 2011; Thompson et al., 2011). Pour une certaine proportion d'adolescents, cette trajectoire évoluera vers le développement d'un trouble de la personnalité (Baird et al., 2005; Chanen et Kaess, 2012; Cicchetti et Crick, 2009; Cohen et al., 2005; Shiner, 2005). Bien que la trajectoire développementale demeure grandement probabiliste et représente le fruit d'une interaction continue entre les facteurs de risque et de protection et entre les influences transitoires positives et négatives, dont l'effet est variable selon le moment d'occurrence (fenêtre développementale), la trajectoire empruntée durant l'enfance influence indéniablement celle qui se tracera à l'adolescence. Un cas particulier sera présenté dans la prochaine section, soit le trouble de la personnalité antisociale (TPA) où déjà à l'enfance, des singularités sont

présentes. Ce trouble de la personnalité représente un mode général de fonctionnement caractérisé par le mépris, la violation et la transgression des droits d'autrui, les premières manifestations étant observables avant l'âge de 15 ans (APA, 2003, 2013).

Précurseurs du Trouble de la Personnalité Antisociale

Un nombre croissant de travaux de recherche emprunte l'approche de la psychopathologie développementale afin d'identifier les marqueurs, symptômes ou manifestations associées au développement ultérieur des troubles de la personnalité (Chanen et Kaess, 2012; Cicchetti, 2014; Cicchetti et Crick, 2009; Conway et al., 2015; De Fruyt et De Clercq, 2014; Rogosch et Cicchetti, 2005). À ce jour, seul le TPA présente un précurseur développemental reconnu et identifiable durant l'enfance et l'adolescence, soit la présence antérieure d'un TC, préalable au diagnostic de TPA à l'âge adulte dans le DSM (APA, 2003, 2013; Lahey et al., 2005). Plusieurs recherches ont démontré la validité prédictive du TC dans le développement ultérieur d'un TPA (Dowson et al., 2001; Hill, 2003; Kratzer et Hodgins, 1997; Langbehn et Cadoret, 2001; Le Corff et Toupin, 2014; Walters et Knight, 2010). Notamment, l'étude de la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, dont l'échantillon est composé de plus de 43 000 participants, montre que 75% de ceux qui présentent un TC répondent également aux critères diagnostiques du TPA (Gelhorn et al., 2007). Des associations importantes ont également été rapportées entre le TOP et le développement ultérieur du TC (Burke et al., 2005; Lahey et al., 2005; Loeber et al., 2000; Nock et al., 2007). La présence d'une forme de psychopathie particulière durant l'enfance, l'insensibilité interpersonnelle (*interpersonal callousness*), prédit indépendamment la présence ultérieure d'un TPA dans l'étude de Burke, Waldman et Lahey (2010). Un certain profil de personnalité se dégage des études ayant porté sur la psychopathie et le TPA, ceux-ci étant négativement corrélés à la conscienciosité, à l'agréabilité et à la bienveillance et positivement corrélés à la recherche d'excitation, à l'impulsivité et à la présence de colère et d'hostilité (Decuyper et al., 2009). Une part de l'association pourrait être de nature génétique et neurobiologique, des anomalies structurelles et fonctionnelles ayant été rapportées dans l'activité corticale chez des enfants qui présentent un TC et chez

des adultes qui ont un TPA (Fairchild et al., 2013; Langbehn et Cadoret, 2001; Meier et al., 2011; Pemment, 2013; Tang et al., 2013). Une étude dépeint un portrait clinique plus sombre lorsque le TC se présente durant l'enfance en comparaison à l'adolescence, ces participants endossant globalement un plus grand nombre de critères diagnostiques, dont ceux qui impliquent une forme d'agression envers d'autres personnes, animaux ou biens matériels (Goldstein et al., 2006). La présence précoce d'un TC est associée globalement à un profil davantage polysymptomatique et caractérisé par la présence de comportements violents, en plus de présenter une vulnérabilité à vie plus élevée à développer d'autres troubles mentaux et de la personnalité (Goldstein et al., 2006; Moffitt et al., 2002).

À la lumière des résultats de recherche ayant porté sur le sujet, il semble que dès la fin de l'enfance, les personnes susceptibles de développer un TPA présentent déjà une vision du monde particulière, une tendance à rechercher des sensations, une propension à l'agressivité et aux comportements violents, ainsi qu'un profil de personnalité relativement bien isolé. En ce qui concerne le TPL, aucun précurseur développemental de cette importance n'a été identifié à ce jour (Zelkowitz et al., 2007). Plusieurs facteurs de risque augmentant la probabilité de développer ce trouble ont été identifiés dans les dernières décennies, mais aucun d'entre eux n'est spécifique au développement du TPL ni préalable à celui-ci, tel qu'il sera élaboré dans les prochaines sections.

Multifinalité et Équifinalité

La présence de plusieurs facteurs de risque, tels qu'un tempérament difficile, le vécu d'expériences traumatiques à l'enfance ou un attachement désorganisé, augmente considérablement la probabilité de développer un TPL, mais aucun de ces facteurs n'est spécifiquement associé au développement de ce trouble. En accord avec le concept de multifinalité, représentant le fait qu'un même facteur de risque peut mener au développement de diverses pathologies, la présence de plusieurs des facteurs de risque connus du TPL peut mener au développement de ce trouble, mais également au développement d'une autre pathologie (Beauchaine et al., 2009; Cicchetti et Rogosch, 1996; Kim et al., 2009). En ce sens, le diagnostic de type catégoriel du TPL proposé par le DSM-IV (APA, 2003) et le DSM-

5 (APA, 2013) stipule que la présence de cinq critères sur neuf est nécessaire afin de pouvoir poser le diagnostic, ce qui génère plusieurs combinaisons de profils de personnalité. Plusieurs portraits hétérogènes du TPL sont donc possibles en fonction des manifestations observées, celles-ci étant possiblement liées à la présence de différents précurseurs développementaux spécifiques (Geiger et Crick, 2001). D'un autre côté, le concept d'équifinalité est également important dans l'étude des précurseurs associés au TPL, représentant le fait que différentes trajectoires développementales peuvent mener au développement d'une même pathologie (Cicchetti et Rogosch, 1996). Par exemple, le vécu d'un abus sexuel, qui représente un facteur de risque majeur dans l'étiologie du TPL, n'est pas présent dans l'ensemble des tableaux cliniques. En ce sens, certains présentent un diagnostic de TPL sans avoir vécu ce genre d'expérience abusive. Il demeure néanmoins que la présence de nombreux facteurs de risque connus du TPL dans la trajectoire développementale augmente considérablement le risque de développer cette pathologie de la personnalité (Baird et al., 2005; Chanen et Kaess, 2012; Cicchetti et Crick, 2009; Shiner, 2005). L'un des facteurs de risque fréquemment rapporté dans l'étiologie de ce trouble concerne la présence antérieure ou concomitante de psychopathologies ou globalement, d'un profil polysymptomatique durant l'enfance et l'adolescence (Belsky et al., 2012; Haltigan et Vaillancourt, 2016; Vaillancourt et al., 2014; van den Akker, Prinzie et al., 2013).

Symptômes Internalisés, Externalisés et Trouble de la Personnalité Limite

En accord avec les théories et résultats de recherche qui soulignent que l'impulsivité et la dysrégulation affective seraient au cœur de la pathologie du TPL (Crowell et al., 2009; Koenigsberg et al., 2001; Skodol et al., 2002), des chercheurs ont posé l'hypothèse que la présence de symptômes ou troubles internalisés et/ou externalisés durant l'enfance pourrait être associée au développement ultérieur du TPL à l'adolescence ou à l'âge adulte (De Bolle et al., 2012; Fischer et al., 2002; Hill, 2003; Lewinsohn et al., 1997; van den Akker, Prinzie et al., 2013; Westen et al., 2014). Le TPL et certaines psychopathologies, comme le TDA/H et le TOP, présentent certaines caractéristiques latentes communes, comme l'impulsivité, la dysrégulation affective et les difficultés relationnelles (Speranza et al., 2011; Stepp, 2012).

Des résultats d'études récentes semblent appuyer cette hypothèse. En effet, plusieurs études longitudinales ont rapporté une association entre des troubles comportementaux et émotionnels durant l'enfance et l'adolescence et l'émergence de troubles de la personnalité durant l'adolescence et au début de l'âge adulte (Belsky et al., 2012; Burke et Stepp, 2012; Conway et al., 2015; Crawford et al., 2001; Fischer et al., 2002; Helgeland et al., 2005; Hill, 2003; Kasen et al., 1999; Lewinsohn et al., 1997; Stepp, Burke et al., 2012). L'étude longitudinale de Stepp et collègues (2012) menée auprès d'un échantillon de 1233 préadolescentes a permis d'observer que la présence de nombreux symptômes du TDA/H et du TOP mesurés à 8 ans prédisent spécifiquement les symptômes du TPL à 14 ans. De plus, une augmentation significative des symptômes du TDA/H entre 10 et 13 ans et des symptômes du TOP entre 8 et 10 ans est associée spécifiquement à un plus grand nombre de symptômes du TPL à 14 ans (Stepp, Burke et al., 2012). Belsky et ses collègues (2012), dans leur étude prospective menée auprès de 1116 jumeaux monozygotes suivis de la naissance jusqu'à 12 ans, rapportent que l'impulsivité, les déficits sur le plan de l'autorégulation émotionnelle et les comportements externalisés mesurés à cinq ans sont des prédicteurs significatifs des caractéristiques reliées au TPL à 12 ans. Une autre étude rapporte que la présence de troubles internalisés à l'adolescence est associée à un risque plus élevé de développer un TPL cinq ans plus tard (Arens et al., 2011). Enfin, une récente étude longitudinale de Haltigan et Vaillancourt (2016) a porté sur les précurseurs à l'enfance (mesurés à 8, 10, 11 et 12 ans) des traits de personnalité limite (mesurés à 13, 14, 15 et 16 ans) auprès d'un échantillon de 566 participants recruté dans la communauté. Les résultats montrent trois groupes distincts dans la trajectoire des traits limites, soit une trajectoire croissante/élevée, une trajectoire intermédiaire/stable et une trajectoire faible/stable. Les symptômes reliés à différents troubles mentaux, les problèmes relationnels et les facteurs de risque intra-individuels (tempérament) permettent de discriminer significativement les jeunes ayant une trajectoire de symptômes du TPL croissante/élevée de ceux qui présentent une croissance intermédiaire/stable. De plus, la présence d'un TDA/H et de symptômes somatiques, mesurés de façon autorapportée, prédisent spécifiquement l'appartenance au groupe ayant une trajectoire croissante/élevée alors que l'anxiété rapportée par les parents et les symptômes du TDA/H rapportés par les participants prédisent l'appartenance au groupe ayant une trajectoire intermédiaire/stable (Haltigan et Vaillancourt, 2016).

La présence de sérieuses difficultés au plan de l'autorégulation émotionnelle, sous-tendant la présence de facteurs tempéramentaux tels qu'une importante émotivité, réactivité et sensibilité, dans un contexte où les processus d'autocontrôle sont déficitaires représente un contexte de vulnérabilité accrue au TPL, mais également à la psychopathologie de façon plus générale. Ceci appelle à une ouverture des horizons quant à la variété des manifestations relevées pendant l'enfance et l'adolescence pouvant représenter des précurseurs du TPL (Chanen et al., 2008; Chanen et Kaess, 2012). La nature même des traits limites pendant la jeune adolescence demeure nébuleuse, d'autant plus que la validité des critères du DSM (APA, 2003, 2013) dans l'évaluation du trouble à l'adolescence est remise en question (Bondurant et al., 2004; Fonagy et al., 2015; Westen et al., 2003). La faible fidélité au plan de la stabilité du diagnostic lorsque les critères catégoriels du DSM (APA, 2003, 2013) sont utilisés observée dans les échantillons adolescents reflète les résultats observés pour une population adulte, 44% des adolescents continuant de rencontrer les critères diagnostiques après deux ans, ce taux chutant à 15% après 10 ans (Barnicot et Ramchandani, 2015; Grilo et al., 2004; Gunderson et al., 2011). En fait, une grande proportion des enfants et des adolescents aux prises avec des problèmes émotionnels et comportementaux présente une variété de symptômes qui ne rencontrent pas les critères diagnostiques d'un trouble mental défini selon le DSM (APA, 2003, 2013; Blatt et Luyten, 2009; Hudziak et al., 2007). Une présentation primaire et « pure » du TPL à l'adolescence est donc très rare, la majorité des adolescents ayant cette pathologie de la personnalité présentant d'autres problématiques associées, la comorbidité avec d'autres troubles de la personnalité ou psychopathologies étant encore plus fréquente qu'à l'âge adulte. En comparaison aux adolescents suivis en psychiatrie sans TPL, les adolescents qui présentent ce trouble de la personnalité sont significativement plus susceptibles de répondre aux critères d'un trouble externalisé (p.ex. TDA/H, TOP, TC, etc.) et/ou internalisé (trouble anxieux, trouble de l'humeur, etc.) (Chanen, Jovev et Jackson, 2007; Ha et al., 2014; Kaess, von Ceumern-Lindenstjerna et al., 2013). De plus, comme mentionné précédemment, jusqu'à 60% des adolescents qui présentent un TPL répondent également aux critères d'une comorbidité complexe (Chanen, Jovev et Jackson, 2007; Eaton et al., 2011; Fonagy et al., 2015). Ces résultats de recherche ont amené des chercheurs à poser l'hypothèse que la présence de nombreux symptômes internalisés et problèmes externalisés

pourrait représenter un indicateur suggérant la présence possible d'un TPL à l'adolescence, nécessitant une évaluation diagnostique plus approfondie (Kaess et al., 2014). En fait, la comorbidité étant davantage la norme que l'exception dans le cas du TPL, une remise en question quant à la classification catégorielle ainsi que la pertinence de distinguer les troubles traditionnellement classés sur l'axe I et II a fait en sorte que le diagnostic multiaxial a été retiré de la plus récente version du DSM (APA, 2013).

Les problèmes émotionnels et comportementaux, associés à la psychopathologie en général et souvent présents au long cours en raison de la contribution de facteurs génétiques et tempéramentaux, ainsi qu'un profil polysymptomatique du TPL suggèrent que le spectre de l'internalisation et de l'externalisation gagnerait à être considéré comme mesure potentielle des manifestations du point de vue phénotypique des traits limites à l'adolescence. Cette hypothèse est en accord avec les recherches et théories conceptualisant la comorbidité entre les troubles mentaux et les troubles de personnalité dans la connexion entre les variables latentes de l'internalisation et de l'externalisation (Eaton et al., 2011; Krueger et al., 2001; Krueger et Tackett, 2003). L'étude de Eaton et collègues (2011) a montré que les données de la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* s'ajustaient bien lorsque soumises au modèle de l'internalisation-externalisation, le TPL étant le mieux représenté par une combinaison de symptômes internalisés (facteur de la détresse et non de la peur) et externalisés, résultats qui corroborent ceux de James et Taylor (2008). Des analyses séparées par genre ont révélé des résultats convergents entre les sexes. Cette hypothèse est également en accord avec un concept d'importance de la psychopathologie développementale lorsqu'on s'intéresse à la nature d'une psychopathologie dans une période du développement en particulier, soit la continuité hétérotypique. Rappelons que la continuité hétérotypique représente le fait que les manifestations d'une même problématique peuvent varier en fonction de l'étape développementale durant laquelle elle se développe (Cicchetti et Rogosch, 2002; Rutter et Sroufe, 2000). Il est donc possible que des manifestations sur le spectre des comportements externalisés et internalisés représentent un indicateur valide et adapté au stade développemental en cours de la présence de traits pathologiques à l'adolescence.

Parmi les instruments de mesure les plus utilisés afin d'évaluer la présence de symptômes externalisés et internalisés chez les enfants et les adolescents et ce, tant dans les milieux cliniques qu'en contexte de recherche, il y a les questionnaires de l'*Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA). Les questionnaires de l'ASEBA forment un système d'évaluation des problèmes comportementaux, des difficultés émotionnelles et de la psychopathologie, couvrant l'ensemble des stades développementaux (de 1 an 6 mois à plus de 90 ans). Pour les enfants et les adolescents (module scolaire), trois inventaires ont été développés. Les questions concernent la manière habituelle selon laquelle l'enfant ou l'adolescent se comporte sur une échelle ordinale à trois niveaux (0 = Ne s'applique pas, 1 = Plus ou moins ou parfois, 2 = Toujours ou souvent) Le *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach et Rescorla, 2001) permet une évaluation par les parents de plus de 20 compétences chez l'enfant âgé entre 6 et 18 ans (p.ex. activités, loisirs, relations sociales, performance académique, etc.), en plus de couvrir une variété de problèmes émotionnels et comportementaux. Le *Teacher Report Form* (TRF) (Achenbach et Rescorla, 2001) est complété par l'enseignant ou un intervenant du milieu scolaire connaissant bien l'enfant âgé entre 6 et 18 ans et le *Youth Self-Report* (YSR) (Achenbach et Rescorla, 2001) est un questionnaire autorapporté pouvant être complété par des adolescents âgés entre 11 et 18 ans, ces questionnaires évaluant également une vaste symptomatologie. Ces trois inventaires sont composés de 112 items chacun qui se regroupent en huit échelles de syndrome (anxiété/dépression, retrait, somatisation, problèmes sociaux, problèmes de la pensée, problèmes attentionnels, comportements perturbateurs et comportements agressifs). Les cinq premières échelles se regroupent pour former l'échelle des problèmes internalisés et les trois dernières forment l'échelle des problèmes externalisés. Les items se regroupent également selon une échelle basée sur la classification du DSM. Ces instruments sont parmi les plus utilisés dans le monde afin d'évaluer les problèmes comportementaux et affectifs, ainsi que la psychopathologie, la bibliographie des études scientifiques utilisant l'ASEBA regroupant plus de 8000 publications sur 500 sujets, par 15000 auteurs dans plus de 80 groupes culturels différents. Facile et rapide à compléter, les questionnaires de l'ASEBA ont été traduits dans plus de 75 langues, dont le français et adaptés culturellement, trois groupes de normes étant disponibles en fonction de l'origine ethnique de l'enfant.

À l'heure actuelle, le développement et la validation de modèles théoriques davantage intégratifs et généraux de la psychopathologie et des troubles de la personnalité, plus adaptés aux stades développementaux et contextes associés, assurant ainsi une plus grande stabilité et confiance au plan diagnostique tout en permettant de contourner le problème de la comorbidité associé aux diagnostics catégoriels, est encouragé, voire nécessaire. Le spectre de l'internalisation-externalisation représente l'un de ces modèles intégratifs, constituant un système organisationnel parcimonieux, davantage en accord avec les profils cliniques variés et constituant une façon de contourner le problème de la comorbidité excessive chez les troubles de la personnalité (Krueger et South, 2009; Tackett, 2010). Dans les prochaines sections, la validité des questionnaires de l'ASEBA, développés pour évaluer une variété de problèmes émotionnels et comportementaux en tant qu'instrument de mesure de traits de personnalité pathologique à l'adolescence sera abordée, ainsi que les travaux préliminaires ayant porté sur le sujet.

Validité des Instruments de l'ASEBA en tant que Mesure de Traits Pathologiques

Paulina Kernberg et ses collègues (2000) ont proposé une approche clinique à deux volets de l'évaluation des troubles de la personnalité à l'adolescence, soit une évaluation des schémas comportementaux observables et spécifiques aux différents troubles de la personnalité, complétée par une évaluation des caractéristiques structurelles sous-jacentes aux organisations de base de la personnalité. Ceux-ci ont été parmi les premiers à proposer que certains symptômes internalisés et externalisés, mesurés par les instruments de l'ASEBA, pourraient représenter des indicateurs valides et adaptés au développement de l'enfant de manifestations comportementales associées à un trouble de la personnalité. Elles rapportent que jusqu'à 57% des items du CBCL (Achenbach, 1991) pourraient être reliés à des traits de personnalité considérés par le DSM-IV (APA, 2003) comme étant des critères diagnostiques de troubles de la personnalité. Kernberg et ses collègues (2000) ont regroupé les items du CBCL en fonction de leur similitude avec les critères diagnostiques des troubles de la personnalité selon le DSM-IV (APA, 2003) et douze items ont été sélectionnés pour le TPL (Annexe A). Dans un contexte où peu d'instruments de dépistage et d'évaluation validés des traits pathologiques à l'enfance et à l'adolescence existent, l'hypothèse posée par

Kernberg et ses collègues (2000) se révèle très attrayante. En effet, les instruments de l'ASEBA sont très utilisés tant dans les milieux cliniques qu'en contexte de recherche et la validité de ces instruments en tant que mesure des symptômes externalisés et internalisés est bien documentée (Achenbach et Rescorla, 2001).

Plusieurs raisons justifient la pertinence d'évaluer l'hypothèse que les instruments de l'ASEBA, en mesurant des symptômes sur le spectre de l'internalisation-externalisation, captent des manifestations propres aux troubles de personnalité lors de leur présentation à l'adolescence :

1. Il existe un consensus dans la littérature scientifique quant à la nature développementale et quant à la présence au long cours des traits de personnalité, les particularités tempéramentales et liées au style comportemental (inhibition versus exploration) mesurées à l'âge de trois ans étant reliées à des profils de personnalité spécifiques en début d'âge adulte (Caspi et al., 1989; Caspi et Silva, 1995; Rothbart, 1989; Thomas et al., 1970).
2. La présence de certains traits tempéramentaux, comme le neuroticisme et les déficits sur le plan du trait tempéramental du contrôle de l'attention, constitue un facteur qui augmente la vulnérabilité à développer une psychopathologie (Calkins et Fox, 2002; Lonigan et Phillips, 2001). C'est également un facteur qui augmente le risque de développer une pathologie de la personnalité (Muris et Ollendick, 2005; Posner et Rothbart, 2000). Ces caractéristiques sont présentes au long cours par définition, il est donc possible que les instruments de l'ASEBA puissent capter la présence de ces problèmes au plan de l'autorégulation affective (symptômes internalisés) et comportementale (problèmes externalisés) et ce, à un niveau phénotypique.
3. Les recherches dans le domaine de la psychopathologie développementale suggèrent que la personnalité et donc, les troubles de la personnalité, sont composés à la fois de facteurs latents stables à travers le développement et de symptômes/manifestations dont l'expression phénotypique varie en fonction du stade développemental en cours et des contextes

développementaux rencontrés. À l'adolescence, la prédominance de symptômes aigus et comportementaux caractérise le tableau clinique, l'impulsivité et la recherche de sensations présentant un sommet à cette étape développementale (Cohen et al., 2005; Steinberg et al., 2008). La proposition de plusieurs chercheurs de revoir l'organisation de la psychopathologie de façon générale sous le format du spectre de l'internalisation-externalisation est d'autant plus pertinente pour les troubles de la personnalité à l'adolescence compte tenu du tableau clinique dominé par la présence de symptômes aigus et comportementaux (p.ex. automutilation, crises de colère intenses, comportements de prise de risque et impulsifs, etc.) alors qu'à l'âge adulte, c'est davantage les manifestations au long cours qui prédominent (p.ex. diffusion identitaire, instabilité relationnelle, etc.) (Cohen et al., 2005; Kaess et al., 2014; Stevenson et al., 2003). Ainsi, le modèle de l'internalisation-externalisation est peut-être particulièrement bien adapté à la nature des symptômes du TPL à l'adolescence au plan phénotypique, en accord avec le principe de continuité hétérotypique.

4. Le spectre de l'internalisation-externalisation pourrait bien représenter une solution viable au problème de la comorbidité excessive du TPL, particulièrement dans sa présentation à l'adolescence, les symptômes internalisés et externalisés permettant possiblement de capturer la covariance partagée entre les troubles traditionnellement diagnostiqués sur l'axe I et II. En ce sens, la psychopathologie et les troubles de la personnalité représentent tous les deux des cas de difficultés importantes au plan de la régulation comportementale et émotionnelle.

5. Quelques études ont montré l'adéquation entre le modèle internalisé-externalisé et la structure du TPL, à la fois auprès d'échantillons adultes et adolescents (Hopwood et Grilo, 2010; James et Taylor, 2008; Krueger et al., 1998; Krueger et al., 2001). Cette structure à deux facteurs présente une certaine stabilité temporelle (Krueger et al., 1998; Vollebergh et al., 2001) et héritabilité (Hicks et al., 2004; Kendler et al., 2003), éléments qui appuient l'utilité de ce modèle.

6. Enfin, les différentes associations longitudinales relevées entre la présence de symptômes/troubles internalisés/externalisés et le TPL (Arens et al., 2011; Belsky et al.,

2012; Burke et Stepp, 2012; Conway et al., 2015; Crawford et al., 2001; Fischer et al., 2002; Haltigan et Vaillancourt, 2016; Helgeland et al., 2005; Kasen et al., 1999; Stepp, Burke et al., 2012), ainsi que les antécédents de difficultés d'autorégulation émotionnelle et comportementale durant l'enfance (Belsky et al., 2012; Fossati et al., 2015; Gratz et al., 2009; Hallquist et al., 2015; Mosquera et al., 2014; Putnam et Silk, 2005; Sharp et al., 2011) suggèrent la présence de liens développementaux.

Il est donc possible de croire qu'en fin d'enfance ou en début d'adolescence, l'identification de la présence de traits de personnalité pathologique sur la base de comportements et symptômes observables, facilement identifiables (par l'adolescent et ses proches) puisse représenter une mesure valide et fidèle, adaptée à cette étape développementale. La validité des questionnaires de l'ASEBA en tant qu'instruments d'évaluation des traits de personnalité pathologique a été investiguée par quelques études seulement jusqu'à présent et la méthodologie appliquée et les résultats obtenus sont variables (Carlson et al., 2009; Salvatore et al., 2008; Vrouva, 2012).

Salvatore et ses collègues (2008) ont sélectionné 15 items du TRF (Achenbach, 1991) susceptibles de représenter des marqueurs comportementaux associés au développement du TPL (Annexe B) et ce, dans le but d'évaluer le modèle de Geiger et Crick (2001). Geiger et Crick (2001, 2010) ont élaboré un modèle théorique des précurseurs et trajectoires développementales associés au développement des troubles de la personnalité. Ces dernières exposent comment certains marqueurs développementaux (difficultés ou échecs rencontrés à certaines étapes développementales) pourraient mener ultimement à des manifestations propres aux différents troubles de la personnalité (dysrégulation émotionnelle, vision du monde hostile et paranoïde, problèmes relationnels (présence de relations exclusives, agressivité relationnelle), impulsivité et diffusion identitaire). L'échantillon est composé de 159 participants recrutés dans le cadre de la *Minnesota Longitudinal Study of Parents and Children* (MLSPC), représentant un échantillon à risque suivi de la naissance jusqu'à l'âge de 28 ans. Des items du TRF ont été sélectionnés en fonction de leur similarité au plan conceptuel avec les manifestations identifiées dans le modèle de Geiger et Crick (2001, 2010) et ces items ont été administrés à deux reprises, soit à 11 et à 16 ans. La procédure ou les

critères ayant justifié l'inclusion et l'exclusion des items du TRF ne sont pas précisés, les auteurs mentionnant que les items sélectionnés « correspondent » aux manifestations identifiées par Geiger et Crick (2001, 2010). Les 15 items sélectionnés du TRF en tant que marqueurs comportementaux du TPL mesurés à 16 ans (et non à 11 ans) prédisent significativement les symptômes du TPL mesurés à 28 ans et ce, après avoir contrôlé pour l'effet de d'autres problèmes comportementaux. Ces items prédisent également la présence de symptômes anxieux et dépressifs à 26 ans, ce qui remet en question la spécificité de ces marqueurs comportementaux. De plus, ces marqueurs ne permettent pas de prédire l'appartenance au groupe ayant un TPL à 28 ans, tel que mesuré par le *Structured Clinical Interview for the DSM-IV* (First et Gibbon, 2004). Les auteurs concluent qu'il existe des antécédents comportementaux uniques, mais non spécifiques en milieu d'adolescence de la présence de manifestations liées au TPL à l'âge adulte. Ces résultats doivent être considérés à la lumière de certaines limites méthodologiques, comme le petit échantillon sondé, ainsi que le manque de précisions quant à la procédure de sélection des items du TRF.

L'étude prospective de Carlson et de ses collègues (2009) a porté sur l'identification des précurseurs et de la trajectoire développementale du TPL auprès des participants de la MLSPC, les participants de l'étude de Salvatore et ses collaborateurs (2008) faisant également partie de cette vaste étude longitudinale s'inscrivant dans le cadre de travail de la psychopathologie développementale. Comme Salvatore et ses collègues (2008) l'ont fait, des items du TRF (Achenbach, 1991) évaluant la présence de difficultés sur le plan émotionnel, comportemental, attentionnel et relationnel ont été sélectionnés. Sept items ont été choisis par échelle et ce, en fonction de leur similarité au plan conceptuel avec les dimensions du modèle de Geiger et Crick (2001) et les items identifiés par Salvatore et son équipe (2008) (Annexe C). Un critère statistique a été utilisé dans la présente étude, les items sélectionnés du TRF présentant des corrélations modérées à fortes entre l'item et le score total. L'ensemble des corrélations entre les items du TRF mesurés à 12 ans et les traits limites à 28 ans sont significatives : problèmes attentionnels ($r = .34, p < .001$), instabilité émotionnelle ($r = .28, p < .001$), impulsivité ($r = .30, p < .001$) et problèmes relationnels ($r = .23, p < .01$). L'utilisation d'un critère de sélection statistique des items constitue une force au plan méthodologique, bien qu'il aurait été préférable de sélectionner les items qui corrélaient avec

une mesure des traits limites plutôt qu'avec le score total du TRF. De plus, l'échantillon de Carlson et ses collaborateurs (2009) et celui de Salvatore et ses collègues (2008) sont tous deux composés de participants issus de la MLSPC, limitant la généralisation des résultats qui peut en être faite à cette population avec ses caractéristiques sociodémographiques propres.

Plus récemment, Vrouva (2012) a évalué la validité de certains instruments de l'ASEBA en tant qu'instruments de mesure de traits de personnalité pathologique auprès d'un large échantillon clinique de 1694 adolescents et jeunes adultes âgés entre 12 et 25 ans ($M = 18.5$, $ET = 2.95$). Plus précisément, le YSR (Achenbach, 1991) et le TRF (Achenbach, 1991) ont été utilisés auprès des adolescents âgés entre 12 et 18 ans et les jeunes adultes (19 à 25 ans) ont été évalués à l'aide du *Young Adult Self-Report* (Achenbach, 1997) et du *Young Adult Behavior Checklist* (Achenbach, 1997). L'évaluation des traits et troubles de la personnalité a été réalisée à partir d'une version modifiée de la *Classification Internationale des Maladies* (CIM) où, pour chaque participant, la présence et la sévérité des différents troubles de la personnalité a été évaluée sur une échelle de 0 (absent) à 3 (sévère). La cotation a été réalisée suite à deux entrevues cliniques, dont la nature et le contenu n'ont pas été précisés. Deux groupes ont été créés sur la base de ces critères, soit le groupe ayant des traits pathologiques (cotation de 1, 2 ou 3) et le groupe n'en présentant pas (cotation de 0). La validité et la fidélité de la cotation ont été remises en question en cours d'étude, comme elle était basée principalement sur le jugement clinique des évaluateurs et sur les critères diagnostiques du DSM (APA, 2003) et de la CIM qui ont changé entre-temps. Une cotation alternative, basée sur les recommandations de trois experts internationaux dans l'évaluation des troubles de la personnalité et du directeur de la clinique, a ensuite été appliquée. Ceux-ci ont identifié quatre manifestations clés de la présence d'un trouble de la personnalité sur une liste de 25 symptômes évalués depuis le début de l'étude, soit la présence de comportements autoagressifs, de comportements antisociaux, d'un vécu d'abus physique ou sexuel et des problèmes de consommation (alcool, drogue). La présence de ces quatre indicateurs est associée à un trouble de la personnalité probable, alors que la présence de trois manifestations ou moins est considérée comme une absence de trouble de la personnalité, formant ainsi deux groupes distincts. La corrélation entre les deux méthodes d'évaluation des troubles de la personnalité est significative, mais faible ($r = .19$, $p < .001$). Une première critique peut donc

être formulée quant à la mesure employée des traits de personnalité, créée dans le cadre de l'étude et davantage basée sur le jugement et le consensus d'experts que sur un instrument de mesure ayant une validité et fidélité reconnues empiriquement. De plus, celle-ci a été révisée en cours d'étude et la corrélation entre les deux méthodes d'évaluation utilisées s'avère plutôt modeste.

Le modèle de l'étude de Carlson et ses collègues (2009) a été testé par Vrouva (2012) et les indices de consistance interne varient de questionnaires ($.7 > \alpha \geq .6$) à bons ($.9 > \alpha \geq .8$) en fonction des critères de George et Mallery (2010). De plus, les participants ayant des traits pathologiques (selon les deux méthodes d'évaluation utilisées) présentent un score significativement plus élevé sur les quatre échelles (TRF et CBCL) que les participants du groupe n'ayant pas ou peu de traits pathologiques. Le TRF complété par le thérapeute permet de discriminer correctement 73,6% des cas évalués selon les critères de la CIM, les échelles contribuant le plus à la discrimination des groupes étant l'échelle comportementale ($r = .98$), relationnelle ($r = .71$) et émotionnelle ($r = .62$). Le CBCL complété par un proche permet de discriminer correctement 69,6% des cas, l'ensemble des échelles contribuant significativement à la prédiction (émotionnelle ($r = .85$), attentionnelle ($r = .80$), comportementale ($r = .75$) et relationnelle ($r = .67$)). En utilisant l'évaluation par les experts, le TRF permet de discriminer correctement 94,9% des cas, les échelles contribuant le plus à la séparation des groupes étant l'échelle relationnelle ($r = .92$) et comportementale ($r = .86$). Pour ce qui est du CBCL, celui-ci permet de classifier correctement 97,3% des cas, les échelles contribuant le plus à la discrimination des groupes étant l'échelle comportementale ($r = .95$), attentionnelle ($r = .77$) et relationnelle ($r = .51$). Par la suite, des analyses factorielles confirmatoires ont été menées afin de tester la structure à quatre facteurs du modèle de Carlson et ses collègues (2009). À la fois le modèle factoriel du TRF et du CBCL présentent des indices statistiques problématiques faisant en sorte que la structure factorielle n'a pu être répliquée.

Par la suite, Vrouva (2012) s'est intéressée au profil de dysrégulation de l'ASEBA, représentant un score T de 70 et plus aux échelles des problèmes attentionnels, de l'agressivité et de l'anxiété/dépression. Le profil de dysrégulation a été initialement créé dans

le but de dépister la présence de manifestations reliées au trouble bipolaire auprès de la population juvénile (Biederman et al., 1995). À la lumière des résultats d'études ayant porté sur le sujet, ce profil représenterait davantage un indicateur global de la sévérité de la psychopathologie, plutôt qu'un facteur permettant de prédire la présence d'un trouble spécifique. Ainsi, les enfants qui endossent ce profil présentent des difficultés sévères d'autorégulation comportementale et affective, qui se traduisent par des élévations significatives au plan des symptômes internalisés et externalisés. Les travaux de Vrouva (2012) montrent que lorsque les critères de la CIM sont utilisés pour évaluer les traits pathologiques, seul le groupe présentant le profil de dysrégulation au YSR est significatif, alors qu'à la fois le YSR, le TRF et le CBCL sont significatifs lorsque les critères basés sur l'opinion des experts sont utilisés. Lorsque le critère seuil du profil de dysrégulation est abaissé à un score T de 60 plutôt que 70 (comme dans l'étude de Meyer et al., 2009), celui-ci est associé à significativement plus de traits limites et ce, pour le YSR, le TRF et le CBCL. Faraone, Althoff, Hudziak, Monuteaux et Biederman (2005) ont utilisé des critères alternatifs du profil de dysrégulation, soit que la somme du score T des trois échelles doit être égale ou supérieure à 180. Lorsque ces critères sont employés, ce profil au YSR et au CBCL est associé à davantage de traits pathologiques (évaluation par la CIM et par les experts). Des analyses de courbes ROC (*receiver operating characteristic*) ont par la suite été menées afin d'identifier la capacité du profil de dysrégulation à discriminer correctement les cas qui présentent des traits pathologiques. Les indices de sensibilité et de spécificité sont améliorés lorsque la classification basée sur l'opinion d'experts est utilisée, mais ceux-ci demeurent bas et suggèrent que le profil de dysrégulation ne permet pas de distinguer efficacement les adolescents qui présentent des traits pathologiques des adolescents qui présentent une autre problématique de santé mentale.

Vrouva (2012) a par la suite évalué la validité du modèle de Kernberg, Weiner et Bardenstein (2000), modèle qui n'avait encore jamais été testé empiriquement. Comme six items du CBCL ne se retrouvent pas dans le YSR, le modèle initial n'a pu être entièrement testé. Une analyse factorielle confirmatoire avec les items du modèle de Kernberg et ses collègues (2000) a été appliquée (sans les six items du CBCL qui ne se retrouvent pas dans le YSR et sans le facteur histrionique, qui était composé d'un seul item) afin de vérifier la

présence de neuf facteurs indépendants (huit facteurs représentant les différents troubles de la personnalité et un facteur représentant des traits pathologiques généraux). La structure factorielle n'a pas été répliquée et seuls les facteurs du TPL ($\alpha = .67$) et du TPA ($\alpha = .74$) ont présenté une cohérence interne acceptable. Par la suite, les items composant ces deux facteurs, ainsi que ceux associés aux traits pathologiques généraux et l'item 34 (J'ai l'impression que les autres « veulent ma peau ») ont été soumis à une analyse par composantes principales. La structure factorielle finale est composée de deux facteurs (TPL (10 items) et TPA (13 items)) expliquant respectivement 20% et 13,7% de la variance totale (Annexe D). Les saturations du facteur TPL sont égales ou supérieures à .48 et elles sont de .45 et plus pour le facteur TPA. Un meilleur ajustement des données a été obtenu après une rotation orthogonale des axes, suggérant que les deux facteurs représentent des construits indépendants. La plupart des items qui ont été retenus concordent avec les critères diagnostiques de ces deux troubles selon le DSM (APA, 2003) et les dimensions du modèle de Geiger et Crick (2001, 2010), soit la présence d'impulsivité, d'émotions intenses, instables et inappropriées, d'une représentation négative de soi et d'une vision du monde hostile.

Vrouva (2012) conclut en précisant que les enfants et les adolescents qui présentent des profils extrêmes aux syndromes de l'ASEBA sont à risque de présenter des difficultés cliniques et psychosociales majeures, représentant un indicateur d'une vulnérabilité à développer un trouble de la personnalité. En ce sens, les participants qui présentent le profil de dysrégulation (score T de 70 et plus à l'échelle des comportements agressifs, des problèmes attentionnels et de l'anxiété/dépression) étaient davantage susceptibles de présenter des traits pathologiques que les participants qui ne présentaient pas ce profil. Le profil de dysrégulation du CBCL a été abondamment documenté et la validité de ce profil a été démontrée dans plusieurs études ayant des échantillons, méthodologies et provenant de pays variés (Althoff, Ayer et al., 2010; Boomsma et al., 2006; Hudziak et al., 2005). Bien que quelques études longitudinales aient rapporté la présence d'une association entre le profil de dysrégulation au CBCL durant l'enfance et la présence de traits/troubles de la personnalité selon le DSM-IV et le DSM-5 (APA, 2003, 2013), cette association n'est pas exclusive (Althoff et al., 2012; De Caluwé et al., 2013; Halperin et al., 2011; Meyer et al., 2009). En ce sens, l'ensemble des études souligne que les enfants et adolescents qui présentent ce profil

sont à risque de développer ultérieurement une symptomatologie psychiatrique sévère. L'hétérogénéité liée aux trajectoires développementales suggère que ce profil ne représenterait pas une manifestation précoce d'un processus pathogène unique, mais plutôt un marqueur développemental précoce de déficits persistants sur le plan de l'autorégulation émotionnelle et comportementale (Althoff, Verhulst et al., 2010; Holtmann et al., 2011). Malgré quelques lacunes au plan méthodologique (variabilité dans la mesure des traits pathologiques et correspondance limitée entre les deux méthodes d'évaluation, insertion d'un item supplémentaire dans le modèle factoriel de Kernberg et collaborateurs (2000) sans en préciser le rationnel), les résultats de Vrouva (2012) font état d'une structure à deux facteurs sous-tendant des problèmes d'autorégulation émotionnelle et comportementale importants.

Au final, l'hypothèse de l'utilisation des instruments de l'ASEBA en tant que mesure de manifestations liées aux troubles de la personnalité a peu été investiguée, c'est-à-dire auprès de seulement deux échantillons distincts, soit celui de la MLSPC, qui était relativement petit ($n = 159$) (Carlson et al., 2009; Salvatore et al., 2008), ainsi que l'échantillon de Vrouva (2012). La sélection des items de l'ASEBA a été réalisée en fonction de la similarité au plan conceptuel et non en fonction d'un critère statistique. Les précédentes études ont utilisé des instruments de mesure basés sur les critères diagnostiques du DSM (APA, 2003, 2013) et de la CIM, alors que l'utilisation de critères catégoriels est remise en question dans l'évaluation des troubles de la personnalité, d'autant plus pendant la période de l'adolescence. L'autre méthode d'évaluation des traits pathologiques découle d'un consensus d'experts dans le domaine de l'évaluation des troubles de la personnalité. Bref, aucune des précédentes études n'a utilisé un instrument de mesure dimensionnel des traits pathologiques validés auprès d'une population d'adolescents présentant de bonnes qualités psychométriques. De plus, la moyenne d'âge des échantillons sondés se situe généralement en milieu ou en fin d'adolescence, voire au début de l'âge adulte, soulevant la question de l'adéquation de cette hypothèse auprès des jeunes adolescents.

Objectifs et Hypothèses

La présente thèse s'inscrit dans un courant de recherche en plein essor, soit le champ de la psychopathologie développementale et plus précisément, du développement d'une pathologie de la personnalité à l'adolescence. La validité du diagnostic de trouble de la personnalité à l'adolescence étant maintenant reconnue, il importe de dépister rapidement les jeunes qui présentent ce profil afin de mettre en place une intervention permettant de rétablir le fonctionnement, diminuer la détresse et l'intensité des symptômes, et surtout, réorienter la trajectoire développementale en cours afin d'éviter que la pathologie de la personnalité ne se cristallise. La plupart des études ayant investigué la validité de construit du TPL à l'adolescence à ce jour ont été menées auprès d'échantillons dont la moyenne d'âge se situe entre le milieu et la fin de l'adolescence. Peu d'études ont documenté la présence de traits de personnalité pathologique auprès de participants plus jeunes, en début d'adolescence. L'un des objectifs de la présente thèse sera donc de documenter la présence de manifestations reliées au TPL en début d'adolescence. Tel que mentionné précédemment, plusieurs jeunes font face aux défis associés à l'entrée dans la période de l'adolescence en ayant des ressources et vulnérabilités variables afin d'affronter cette étape développementale d'importance. Notamment, les capacités d'autorégulation, déficitaires chez les gens qui présentent un TPL, se développent au courant de l'enfance, au sein des premières relations d'attachement (Fonagy et Bateman, 2007; Kim et al., 2014; Mikulincer et al., 2003; Mosquera et al., 2014; Roque et al., 2013; Vondra et al., 2001). Il est possible de croire que pour une certaine proportion de jeunes adolescents, les défis développementaux associés à la période de l'adolescence outrepasseront leurs ressources, notamment sur le plan de l'autorégulation, les mettant à haut risque de développer une ou des problématiques, dont possiblement un trouble de la personnalité. Par ailleurs, un important champ de recherche s'intéresse actuellement aux manifestations reliées au TPL et ce, en fonction du stade développemental durant lequel celles-ci surviennent. Une hypothèse en accord avec le principe de continuité hétérotypique est que des manifestations sur le spectre des symptômes externalisés et internalisés pourraient représenter un indicateur valide de la présence de traits limites et adapté au stade développemental de la jeune adolescence. En ce sens, les premières manifestations liées aux troubles de la personnalité sont susceptibles de prendre la forme de symptômes internalisés et externalisés. Avant que les déficits d'autorégulation persistants se transposent et se

crystallisent dans un patron de personnalité bien défini, l'évaluation de ces symptômes sur le continuum de l'internalisation-externalisation pourrait bien représenter une mesure adaptée à l'adolescence de la présence de manifestations liées aux troubles de la personnalité. Considérant qu'il existe peu d'instruments d'évaluation et de dépistage validés à ce jour des traits et troubles de la personnalité dans leur présentation à l'adolescence, l'hypothèse initialement formulée par Kernberg et ses collègues (2000) à l'effet que certains items des instruments de l'ASEBA pourraient capter des comportements associés aux troubles de la personnalité s'avère très intéressante. En effet, la validité des instruments de l'ASEBA est bien documentée, ces outils étant très utilisés en contexte clinique et de recherche et ce, depuis de nombreuses années. Dans l'optique où l'hypothèse initialement posée par Kernberg et ses collègues (2000) se révélerait juste, le dépistage précoce des manifestations associées au TPL serait grandement facilité de par l'usage des instruments de l'ASEBA, questionnaires évaluant la présence de problèmes émotionnels et comportementaux sur la base de critères facilement observables et quantifiables. De plus, comme cette hypothèse a été testée uniquement dans trois études dont deux auprès du même échantillon et vu les limitations relevées précédemment quant aux méthodologies employées, il apparaît pertinent de la vérifier auprès d'un échantillon de jeunes adolescents en raison notamment du principe de continuité hétérotypique.

Dans ce contexte, la présente thèse poursuit plusieurs objectifs de recherche. Le premier vise à évaluer les différences de profils au plan de la symptomatologie internalisée-externalisée, évaluée via le YSR (Achenbach et Rescorla, 2001) et des traits limites, évalués avec le *Borderline Personality Features Scale for Children* (BPFS-C: Crick et al., 2005) en fonction du genre et du groupe d'âge. Le deuxième objectif visera à documenter l'association entre la symptomatologie internalisée-externalisée et les traits limites en fonction du genre et du groupe d'âge. Par la suite, la relation entre les traits limites et le profil de dysrégulation au YSR (selon les divers critères plus ou moins conservateurs utilisés dans les précédentes études) sera explorée afin de vérifier si le groupe qui présente un grand nombre de traits limites endosse davantage le profil de dysrégulation au YSR que les participants qui ont peu de traits limites. Le quatrième et dernier objectif vise à évaluer la validité de certains items du YSR (Achenbach et Rescorla, 2001) identifiés suivant des analyses corrélationnelles et

des analyses factorielles exploratoires, en tant que mesure de traits limites adaptée à la période de l'adolescence, tout en explorant la présence de différences en fonction du genre ou du groupe d'âge dans l'endossement de ces items.

Chapitre 2 : Méthodologie

La présente thèse de doctorat est issue de la première étude d'un programme de recherche clinique de plus grande envergure visant à élaborer et valider un protocole de dépistage, d'évaluation et d'intervention auprès d'adolescents et de jeunes adultes présentant un trouble de la personnalité. La première étude du programme de recherche a pour objectif la traduction et la validation de différents questionnaires auto-rapportés complétés par un vaste échantillon de jeunes adolescents, d'adolescents et de jeunes adultes recruté dans la communauté. L'approbation de la première étude du programme de recherche par le Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université Laval (CÉRUL) a été reçue le 14 mars 2014.

Participants

Les participants ont été recrutés dans différentes écoles secondaires, établissements post-secondaire et camps de jour de la région de la Capitale-Nationale de Québec et des environs (Chaudière-Appalaches et Bas-Saint-Laurent) afin d'obtenir un échantillon d'adolescents représentatif de la population générale. Les critères d'inclusion du programme de recherche sont d'être âgé entre 11 et 21 ans et d'avoir une bonne compréhension du français oral et écrit. Lorsque signalés par les répondants dans les divers milieux, les adolescents présentant une déficience intellectuelle ou toute autre limitation cognitive compromettant la complétion des questionnaires en ligne ont été exclus de la recherche. Dans le cadre du présent projet de thèse, seuls les préadolescents et adolescents âgés de 11 à 18 ans ($M = 14.32$, $ET = 1.56$) seront considérés dans les analyses, pour un total de 573 participants (329 filles, 218 garçons et 26 non spécifié). Un total de 528 participants fréquente une école secondaire, 35 participants ont été recrutés dans un camp de jour et 10 participants fréquentent un établissement post-secondaire.

Procédure

Suite à l'approbation éthique du CÉRUL reçue en mars 2014, les étudiants au baccalauréat et au doctorat en psychologie, membres de l'Unité de recherche et d'intervention auprès des enfants et des adolescents de l'Université Laval, ont contacté par courriel plusieurs directions d'écoles secondaires, d'établissements post-secondaire et de camps de jour de la Capitale-Nationale et des régions environnantes (Chaudière-Appalaches et Bas-Saint-Laurent) afin de présenter la recherche et lancer une invitation à collaborer dans ce projet. Des caractéristiques propres au milieu et les préférences exprimées par les répondants (directeurs d'école, responsables des camps de jour, enseignants, psychologues, etc.) ont influencé la procédure de participation à l'étude. En ce sens, l'équipe de recherche était soit autorisée à réaliser une présentation de la recherche auprès des adolescents suivie d'une invitation à compléter celle-ci sur le site internet de l'étude (www.rechercheado.psy.ulaval.ca), soit autorisée à réaliser des périodes de passation planifiées en classe avec récolte du consentement au préalable.

Le consentement des adolescents de 14 ans était obtenu soit électroniquement sur le site web sécurisé PIANO (serveur informatique sécurisé dont la base est située à la Direction des Technologies de l'Informatique de l'Université Laval) ou via la signature d'un formulaire de consentement. Pour les participants âgés de 13 ans et moins, le consentement parental était requis. La meilleure façon d'obtenir et paier le consentement parental avec la participation de l'enfant a été obtenue en planifiant des périodes de passation en classe où les formulaires de consentement ont été envoyés aux parents préalablement à la période de passation prévue en comparaison à la participation en ligne où souvent, le consentement parental (qui impliquait l'envoi d'un courriel à l'équipe de recherche avec un code unique représentant les initiales du père de l'enfant (ou de la mère si le père n'est pas connu) suivi des quatre derniers chiffres du numéro du téléphone) ne pouvait être apparié à la participation de l'enfant (le même code lui était demandé). Malgré toutes ces démarches, les données de 37 participants de 13 ans et moins ont dû être retirées des analyses en raison de l'absence de retour du formulaire de consentement parental.

Afin de remercier les adolescents pour leur participation, ceux-ci couraient la chance (estimée à une sur 15) de gagner un certificat-cadeau d'une valeur de 50\$ valide dans trois centres commerciaux de la région de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches. Un milieu scolaire ayant collaboré pendant deux années consécutives en organisant plusieurs périodes de passation auprès de niveaux variés a exprimé l'intérêt, dans une visée éducative, à ce que des membres de l'équipe de recherche viennent faire une présentation sur leur champ d'étude. En collaboration avec une autre étudiante au doctorat et une autre étudiante au baccalauréat en psychologie, membres de l'équipe de recherche, une présentation sur la santé mentale et le développement de la personnalité a été créée et présentée auprès des adolescents ayant participé à la recherche dans ce milieu.

Instruments de Mesure

Traits de personnalité limite.

Le *Borderline Personality Features Scale for Children* (BPFS-C; Crick et al., 2005) est un questionnaire auto-rapporté de 24 items évaluant les traits de personnalité limite chez les enfants et les adolescents âgés de neuf ans et plus. Cette mesure dimensionnelle des traits limites est une version modifiée de l'échelle de la personnalité limite au *Personality Assessment Inventory – Borderline Features Scale* (PAI-BOR; Morey, 1991). Le PAI-BOR présente de bonnes qualités psychométriques et est utilisé afin d'évaluer les traits de personnalité limite auprès d'une population adulte (De Moor et al., 2009). Le PAI-BOR et le BPFS-C sont tous deux composés de quatre sous-échelles, soit l'instabilité affective, les problèmes identitaires, les comportements autodestructeurs et les relations négatives. Un total de six énoncés compose chaque sous-échelle, ceux-ci se répondant sur une échelle de type Likert en cinq points, allant de 1 (pas vrai du tout) à 5 (toujours vrai). Ces quatre échelles se regroupent pour former un score total des traits limites. Les études de validation rapportent une cohérence interne adéquate ($\alpha = 0,76$) ou excellente ($\alpha = .89$; $\alpha = .91$) du score total au BPFS-C (Crick et al., 2005; Ensink et al., 2020; Sharp et al., 2011). Récemment, la validité de construit et la validité convergente de la traduction française du BPFS-C ont été évaluées auprès d'un échantillon d'adolescents recruté dans la population générale de la ville de

Québec et des environs (n = 394) (Ensink et al., 2020). La traduction française a été réalisée via une méthode de traduction inversée (*back translation* en anglais) où celle-ci a été comparée à la version anglaise originale. Les items qui divergeaient ont été discutés au sein d'un groupe d'experts afin d'identifier la nature de cette différence et de la corriger via une nouvelle traduction jusqu'à ce qu'il n'y ait aucune différence entre les traductions. Les résultats suggèrent que les quatre sous-échelles du BPFS-C seraient des construits étroitement liés plutôt que des facteurs distincts, le score total au BPFS-C représentant un indicateur fidèle et valide de la présence de traits limites à l'adolescence (Ensink et al., 2020). Une seule étude à notre connaissance a évalué la validité de critère du BPFS-C auprès d'un échantillon d'adolescents hospitalisés âgés entre 12 et 18 ans (n = 51) et le point de coupure optimal lorsqu'utilisé en tant que mesure catégorielle du TPL est un score total de 66 (Chang et al., 2011).

Symptômes internalisés et externalisés.

Le *Youth Self-Report* (YSR; Achenbach et Rescorla, 2001), l'un des instruments de l'ASEBA, est un questionnaire auto-rapporté couramment utilisé auprès des adolescents (11 à 18 ans) évaluant une variété de problèmes émotionnels et comportementaux (Annexe E). Le YSR est composé de 112 items répartis en huit sous-échelles : anxiété/dépression, retrait, plaintes somatiques, problèmes sociaux, problèmes de la pensée, problèmes attentionnels, comportements perturbateurs/délinquants et comportements agressifs. Les cinq premières sous-échelles mesurent les problèmes internalisés ($\alpha = .90$) et les trois dernières évaluent les comportements externalisés ($\alpha = .89$). L'échelle internalisée se regroupe avec l'échelle externalisée pour former le score total des problèmes ($\alpha = .95$) (Achenbach, 1991). Les participants répondent aux énoncés sur une échelle en trois points de type Likert (0 = Ne s'applique pas, 1 = Plus ou moins ou parfois, 2 = Toujours ou souvent). Le questionnaire porte sur les comportements présents dans les six derniers mois. La validation de la version française du YSR montre des coefficients de consistance interne adéquats (problèmes internalisés ($\alpha = .85$), comportements externalisés ($\alpha = .83$) et score total des problèmes ($\alpha = .92$)) (Wyss et al., 2003).

Plan d'Analyses Statistiques

L'ensemble des analyses statistiques a été mené avec le logiciel IBM SPSS avec un niveau alpha fixé à 5%. Une analyse descriptive des variables sera d'abord effectuée afin d'identifier la présence de données manquantes, aberrantes ou extrêmes, ainsi que de vérifier la normalité de la distribution des données avant d'entreprendre la poursuite des quatre objectifs de la présente thèse.

1. Des analyses de variance à deux facteurs seront menées afin d'identifier la présence de différence(s) significative(s) quant au score (total et score T) internalisé, externalisé et quant au score total obtenu au BPFS-C en fonction du genre et du groupe d'âge des participants (groupe âgé entre 11 et 14 ans et groupe âgé entre 15 et 18 ans). Dans un contexte où des différences significatives seraient relevées quant au score total obtenu au BPFS-C, une régression linéaire sera menée dans le but d'identifier s'il y a une sous-échelle en particulier au BPFS-C qui permet de prédire les traits limites et ce, en fonction du genre et/ou du groupe d'âge.

Quatre groupes seront ensuite créés parmi les participants et ce, en fonction de la distribution du score Z obtenu au BPFS-C (-1 écart-type et moins de la moyenne; entre -1 écart-type de la moyenne et 0; entre 0 et +1 écart-type de la moyenne; +1 écart-type et plus de la moyenne) dans l'optique d'identifier un sous-groupe d'adolescents qui présentent un grand nombre de traits limites (score total obtenu au BPFS-C à 1 écart-type et plus au-dessus de la moyenne).

2. Des analyses corrélationnelles permettront d'explorer l'association entre les comportements externalisés, les symptômes internalisés et les traits limites. Les coefficients de corrélation seront produits en fonction du groupe d'âge (groupe âgé entre 11 et 14 ans et groupe âgé entre 15 et 18 ans) et en fonction du genre.
3. Les adolescents qui présentent le profil de dysrégulation au YSR (en fonction des divers critères plus ou moins conservateurs utilisés dans les précédentes études) seront comparés aux adolescents qui n'ont pas ce profil quant à la présence de traits

limites. Un test T à échantillons indépendants sera réalisé afin de détecter la présence d'une différence significative entre les deux groupes (présence ou non du profil de dysrégulation au YSR en fonction des différents critères) quant à la variable dépendante (score total BPFS-C).

4. La proposition théorique initialement posée par Paulina Kernberg et ses collègues (2000) à l'effet que certains items des instruments de l'ASEBA pourraient mesurer des manifestations liées à une pathologie de la personnalité sera par la suite formellement testée. Comme les précédentes études ayant exploré cette hypothèse présentent des méthodologies et analyses statistiques très variées et que les résultats sont partagés, des analyses corrélationnelles entre l'ensemble des items du YSR et le score total au BPFS-C seront menées afin d'identifier les items les plus fortement associés aux traits limites et ce, sur le plan statistique (r^3 .30).

Des analyses factorielles exploratoires seront réalisées afin d'évaluer la structure des items sélectionnés du YSR (corrélations avec les traits limites de r^3 .30 et plus) en tant que construit uni ou plurifactoriel. La consistance interne des solutions factorielles sera par la suite évaluée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach afin de vérifier si ce ou ces facteurs semblent capter un seul et même construit.

La validité du ou des modèles factoriels retenus sera ensuite formellement testée : les valeurs associées aux items sélectionnés seront additionnées pour chaque facteur dans le but de vérifier si un haut score obtenu à ce facteur permet de prédire l'appartenance au groupe qui présente un grand nombre de traits limites (+1 écart-type et plus au-dessus de la moyenne du BPFS-C) et ce, via une analyse de régression logistique binaire.

Enfin, une analyse de la variance (ANOVA) sera réalisée afin d'identifier la présence de différence(s) significative(s) liée(s) au groupe d'âge ou au genre au plan de l'endossement des items composant la solution factorielle finale.

Chapitre 3 : Résultats

Statistiques Descriptives

Les statistiques descriptives ont permis de confirmer l'absence de données aberrantes, mais la présence de données manquantes. Un certain patron de réponses est observé pour le YSR, soit que le nombre de données manquantes augmente au fur et à mesure que l'on progresse dans le questionnaire. En ce sens, le nombre moyen de données manquantes par item aux 55 premiers items est de 2,53 alors que cette moyenne est de 6,93 pour les items 57 à 112. Les items qui portent sur certains problèmes de santé sans cause organique reconnue (items 56a à 56h) sont ceux qui présentent le plus grand nombre de données manquantes en comparaison aux autres items, le nombre moyen de données manquantes pour ces huit items étant de 17,63. Bien que le nombre de données manquantes croît avec l'avancement dans le YSR et que les items portant sur certains problèmes de santé comportent un nombre plus élevé de données manquantes, le pourcentage de données manquantes au YSR demeure somme toute bas avec un taux de 1,02%. Pour le BPFS-C, aucun patron particulier de données manquantes est observé et le pourcentage de données manquantes est également très bas (0,44%). Puisque la proportion de données manquantes s'avère inférieure à 5%, le patron de données manquantes peut être considéré comme étant *Missing Completely at Random* par défaut et il est donc justifié de ne pas se préoccuper des données manquantes vu leur faible proportion (Feng et Forget-Dubois, 2016; Graham, 2009; Tabachnik et Fidell, 2013). Seules les données disponibles des sujets au YSR et au BPFS-C seront donc considérées dans les analyses subséquentes, sans crainte que cela n'affecte significativement la puissance statistique et les résultats obtenus.

Par la suite, les indices d'asymétrie et de voussure ont été consultés afin de vérifier la présence d'une distribution normale des données. Un indice excédant +2 ou -2 signale la présence d'une distribution des données qui s'éloigne de la courbe de Gauss ou de la loi normale centrée réduite (Field, 2009; George et Mallery, 2010). Comme l'échantillon recruté provient de la communauté et représente donc une population normale, il est attendu que les

variables du YSR et du BPFSC ne se distribuent pas normalement et qu'il y ait présence d'indices d'asymétrie et de voussure positifs. De plus, les variables du YSR étant de type Likert en trois points et représentant donc des variables ordinales, la présence d'indices d'asymétrie et de voussure problématiques était à prévoir. En ce sens, un total de 33 items au YSR et un item au BPFSC présentent des indices d'asymétrie et/ou de voussure positifs excédant le seuil de +2. Puisque l'un des postulats de base de la majorité des analyses multivariées implique la présence d'une distribution normale des données, cette problématique doit être adressée. Il est possible d'appliquer diverses transformations afin que les distributions problématiques présentent davantage les caractéristiques d'une distribution normale. Cette méthode est toutefois critiquée, les conclusions portant sur des données transformées et non les données originales (Tabachnik et Fidell, 2013). L'autre option possible et qui sera employée consiste à opter pour des tests et indices statistiques davantage robustes face à une distribution qui s'éloigne de la courbe normale.

Une analyse de régression linéaire multiple exploratoire est ensuite appliquée afin d'identifier la présence de multicollinéarité et de données extrêmes multivariées. La méthode d'entrée des prédicteurs utilisée est la méthode standard. Les résultats de la régression linéaire multiple ont permis de confirmer l'absence de multicollinéarité. En ce sens, les valeurs au *Variance Inflation Factor* (VIF) sont inférieures à 10 et se rapprochent de 1 et les valeurs de l'indice de tolérance sont supérieures à .10 et se rapprochent de 1 (Field, 2009). Ces deux indices de colinéarité permettent de vérifier la présence d'une relation linéaire importante entre les prédicteurs, soit les items du YSR. Par la suite, les indices de la distance de Mahalanobis ont été consultés, ce qui a permis de détecter la présence de 45 données extrêmes multivariées, dont la valeur se situe au-delà du seuil critique, $\chi^2(\text{ddl} = 119, \alpha = .001) = 172.4177$ (Soper, 2019). Ces observations ont donc été retirées des analyses subséquentes.

Distribution des Scores au BPFSC et au YSR en fonction du Sexe et de l'Âge

Dans un deuxième temps, les statistiques descriptives ont également été consultées afin d'examiner la distribution des scores obtenus au BPFSC et au YSR (Tableau 1).

Tableau 1

Distribution des scores au BPFS-C et au YSR (score T) en fonction du genre et de l'âge

	11 - 14 ans			15 - 18 ans		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
	<i>M ; ET</i>					
YSR score T Internalisation ¹	52.08 ; 10.36	51.26 ; 10.36	51.69 ; 10.35	55.63 ; 10.55	52.85 ; 11.60	54.73 ; 10.94
YSR score T Externalisation ¹	48.49 ; 9.18	50.35 ; 9.40	49.37 ; 9.32	50.95 ; 7.70	50.72 ; 8.05	50.88 ; 7.79
YSR score T Total ¹	50.87 ; 9.83	51.82 ; 9.92	51.32 ; 9.87	54.68 ; 8.75	52.95 ; 9.07	54.12 ; 8.86
BPFS-C Total ²	53.04 ; 13.89	50.61 ; 11.86	51.72 ; 12.84	55.83 ; 12.17	49.10 ; 12.73	53.54 ; 12.84

¹ n = 480 (154 filles 11-14 ans et 126 filles 15-18 ans)
(140 garçons 11-14 ans et 60 garçons 15-18 ans)

² n = 498 (160 filles 11-14 ans et 133 filles 15-18 ans)
(142 garçons 11-14 ans et 63 garçons 15-18 ans)

Abréviations: YSR = Youth Self-Report, BPFS-C = Borderline Personality Features Scale for Children

Afin d'explorer la présence de différence(s) significative(s) quant au score T internalisé, au score T externalisé et au score total au BPFS-C en fonction du genre et du groupe d'âge, un total de trois ANOVA à deux facteurs ont été réalisées. Les analyses de variance ont été menées séparément puisqu'il est probable qu'une forte corrélation existe entre les variables dépendantes (score T internalisé, score T externalisé et score total BPFS-C). Dans un tel contexte, inclure ces trois variables dépendantes dans une même analyse de variance résulterait en une perte de degrés de liberté plus importante, mais également en une perte d'information considérable quant à l'effet des facteurs sur chacune des variables dépendantes prise isolément, celles-ci ayant une variance partagée importante entre elles.

Le premier modèle inclus le score T internalisé en tant que variable dépendante et l'effet simple et d'interaction du genre et du groupe d'âge sont calculés. Le test de Levene se révèle non significatif, $F(3,454) = 1.006$, $p = .390$, ce qui confirme le respect du postulat de l'homogénéité des variances. Les résultats montrent la présence d'une différence significative de moyenne entre les groupes d'âge quant au score T internalisé, le groupe âgé entre 15 et 18 ans en présentant davantage, $F(1,454) = 5.641$, $p = .018$, η^2 partiel = .003. Aucune différence significative n'est observée entre les garçons et les filles quant au score T internalisé, $F(1,454) = 1.394$, $p = .238$, et le test d'interaction du genre et du groupe d'âge sur le score T internalisé n'est pas significatif.

Le deuxième modèle inclus le score T externalisé en tant que variable dépendante et l'effet simple et d'interaction du genre et du groupe d'âge sont calculés. Le test de Levene se révèle non significatif, $F(3,454) = 2.310$, $p = .076$, confirmant le respect du postulat de l'homogénéité des variances. Les résultats montrent une absence d'effets simples et d'interaction du genre et du groupe d'âge quant au score T externalisé, aucune différence significative n'étant observée.

La même série d'analyse a été réalisée en utilisant cette fois-ci le score total à l'échelle internalisée et externalisée plutôt que le score T comme cet indice présente certains ajustements en fonction du genre et de l'âge. Le Tableau 2 illustre la distribution des scores obtenus au BPFS-C et aux scores totaux du YSR en fonction du sexe et de l'âge.

Tableau 2

Distribution des scores au BPFS-C et au YSR (score total) en fonction du genre et de l'âge

	11 - 14 ans			15 - 18 ans		
	Filles	Garçons	Total	Filles	Garçons	Total
	<i>M; ET</i>					
YSR Internalisation ¹	13.31 ; 8.73	9.24 ; 7.12	11.43 ; 8.21	16.42 ; 9.63	10.6 ; 8.36	14.40 ; 9.55
YSR Externalisation ¹	8.64 ; 6.33	9.97 ; 7.03	9.34 ; 6.73	9.98 ; 5.53	9.92 ; 5.83	9.92 ; 5.62
YSR Total ¹	39.75 ; 22.66	36.92 ; 20.43	38.45 ; 21.49	47.77 ; 21.47	38.67 ; 19.64	44.46 ; 21.21
BPFS-C Total ²	53.04 ; 13.89	50.61 ; 11.86	51.72 ; 12.84	55.83 ; 12.17	49.10 ; 12.73	53.54 ; 12.84

¹ n = 480 (154 filles 11-14 ans et 126 filles 15-18 ans)

(140 garçons 11-14 ans et 60 garçons 15-18 ans)

² n = 498 (160 filles 11-14 ans et 133 filles 15-18 ans)

(142 garçons 11-14 ans et 63 garçons 15-18 ans)

Abréviations : YSR = Youth Self-Report, BPFS-C = Borderline Personality Features Scale for Children

L'utilisation des scores totaux (et non des scores T) est associée à un écart-type beaucoup plus élevé, représentant une variation plus grande dans les écarts entre chacun des scores obtenus par les participants et la moyenne. Dans le modèle où le score total à l'échelle internalisée est utilisé en tant que variable dépendante, les résultats répliquent ceux rapportés précédemment de la présence d'une différence significative de moyenne entre les groupes d'âge, les adolescents âgés entre 15 et 18 ans en présentant davantage que les adolescents plus jeunes, $F(1,476) = 7.236$, $p = .007$, η^2 partiel = .015. L'utilisation des scores totaux et

non des scores T révèle une différence significative entre les genres quant au score internalisé, les filles présentant davantage de symptômes internalisés que les garçons, $F(1,476) = 35.417, p < .001, \eta^2$ partiel = .069. Le test d'interaction du genre et du groupe d'âge sur le score internalisé s'avère non significatif.

Ensuite, le score total à l'échelle externalisée a été utilisé en tant que variable dépendante et l'effet simple et d'interaction du genre et du groupe d'âge ont été calculés. Tout comme pour le score T externalisé, les résultats montrent l'absence d'effets simples et d'interaction du genre et du groupe d'âge sur le score total externalisé.

Le dernier modèle d'ANOVA à deux facteurs inclus le score total au BPFSC en tant que variable dépendante, ainsi que les variables du genre et du groupe d'âge en tant que facteurs. L'effet simple du genre et du groupe d'âge, ainsi qu'un possible effet d'interaction de ces deux facteurs sur le score total obtenu au BPFSC sont calculés. Le test de Levene se révèle encore une fois non significatif, $F(3,470) = 1.802, p = .146$, confirmant le respect du postulat de l'homogénéité des variances. Les résultats, présentés dans le Tableau 3, révèlent un effet d'interaction significatif, $F(1,470) = 5.250, p = .022, \eta^2$ partiel = .011.

Tableau 3

Sommaire de l'analyse de variance à deux facteurs (genre et âge) des traits limites

	<i>Somme des carrés de type III</i>	<i>dl</i>	<i>Moyenne des carrés</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Modèle corrigé	1722.55	3	574.18	4.29**	.005
Ordonnée à l'origine	1080012.18	1	1080012.18	8064.96***	.000001
Sexe	1296.88	1	1296.88	9.68**	.002
Groupe d'âge	.28	1	.28	.002	.964
Sexe*Groupe d'âge	703.04	1	703.04	5.25*	.022
Erreur	62939.65	470	133.91		
Total	1318432.00	474			
Total corrigé	64662.20	473			

* $p < .05$

** $p < .01$

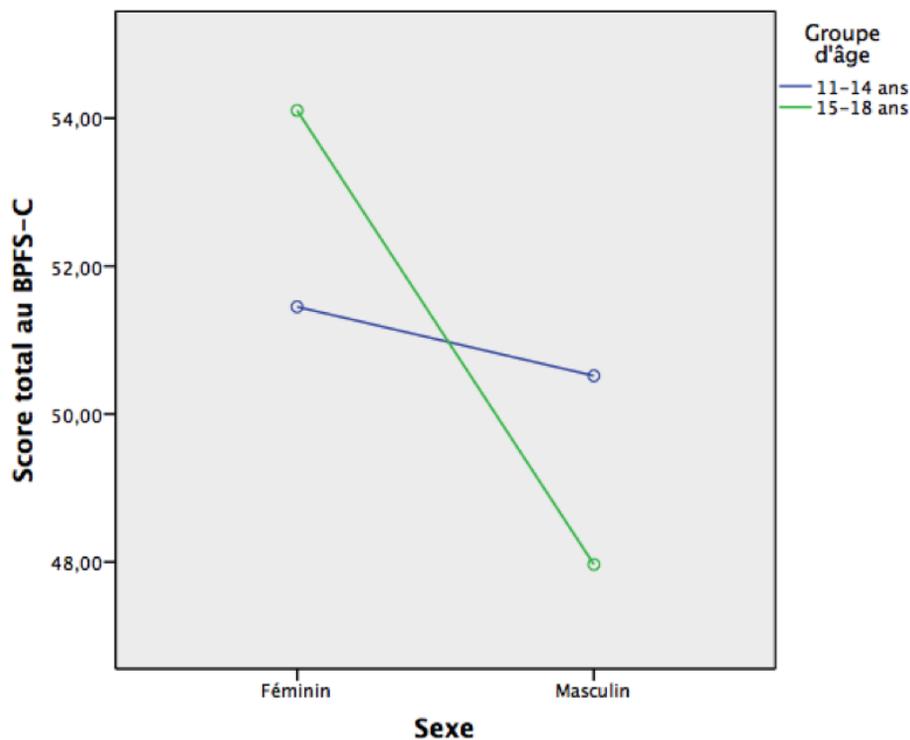
*** $p < .001$

Comme l'effet du genre ne semble pas être le même quant à la présence de traits limites en fonction du groupe d'âge, il convient d'analyser et d'interpréter les effets

principaux simples afin d'identifier où se situent ces différences, plutôt que seul l'effet simple du genre sur les traits limites. L'analyse des effets principaux simples révèle que l'effet du genre n'est pas le même parmi le groupe plus âgé, c'est-à-dire que le score total au BPFS-C tend à augmenter avec l'âge chez les filles et à diminuer chez les garçons ($F(1,470) = 11.376$, $p = .001$, η^2 partiel = .024), tel qu'illustré dans la Figure 1. Parmi le groupe âgé entre 11 et 14 ans, aucune différence significative n'est observée entre les garçons et les filles quant au score total obtenu au BPFS-C, $F(1,470) = .470$, $p = .493$. D'un autre côté, l'analyse des effets principaux simples a révélé que l'effet de l'âge entre les genres quant à la présence de traits limites n'est pas significatif ($F(1,470) = 3.583$, $p = .059$ pour les filles et $F(1,470) = 2.037$, $p = .154$ pour les garçons).

Figure 1

Interaction entre le genre et le groupe d'âge quant au score total obtenu au BPFS-C



Le Tableau 4 expose le score total obtenu par les participants au BPFS-C converti en score Z afin d'apprécier l'écart, en déviation standard, par rapport à la moyenne. En ce sens, en accord avec le théorème de la limite centrale, 68,26% des participants se situent entre -1

écart-type et +1 écart-type de la moyenne. Cette proportion grimpe à 95,44% lorsque l'ensemble des scores se situant entre -2 écarts-types et +2 écarts-types de la moyenne sont considérés. La distribution des scores Z a permis la création de quatre groupes, soit des adolescents qui ont très peu de traits limites (-1 écart-type et moins de la moyenne), des adolescents qui en ont peu (entre 0 et -1 écart-type de la moyenne), un groupe qui en présente modérément (entre 0 et 1 écart-type de la moyenne) et finalement, un quatrième groupe d'adolescents qui présente un grand nombre de traits limites (+1 écart-type et plus de la moyenne).

Tableau 4

Distribution de l'échantillon en score Z selon le score total obtenu au BPFS-C

	-1 ET et moins	Entre -1 ET et 0	Entre 0 et +1 ET	+1 ET et plus
Score BPFS-C	39 et moins	40 à 52	53 à 65	66 et plus
11-18 ans ¹	93 (17,75%)	192 (36,64%)	144 (27,48%)	95 (18,13%)
Filles	40 (13,65%)	104 (35,49%)	83 (28,33%)	66 (22,53%)
Garçons	47 (22,93%)	76 (37,07%)	56 (27,32%)	26 (12,68%)
11-14 ans ²	63 (19,5%)	118 (36,53%)	88 (27,24%)	54 (16,72%)
Filles	30 (18,75%)	54 (33,75%)	41 (25,63%)	35 (21,88%)
Garçons	29 (20,42%)	54 (38,03%)	42 (29,58%)	17 (11,97%)
15-18 ans ³	30 (14,93%)	74 (36,82%)	56 (27,86%)	41 (20,4%)
Filles	10 (7,52%)	50 (37,59%)	42 (31,58%)	31 (23,31%)
Garçons	18 (28,57%)	22 (34,92%)	14 (22,22%)	9 (14,29%)

¹ n = 524 (293 filles; 205 garçons)

² n = 323 (160 filles; 142 garçons)

³ n = 201 (133 filles; 63 garçons)

Abréviation: BPFS-C = Borderline Personality Features Scale for Children

La Figure 2 présente la distribution des scores Z en fonction du groupe d'âge et la Figure 3 illustre la distribution des scores Z en fonction du sexe.

Figure 2

Répartition des scores Z obtenus au BPFS-C en fonction du groupe d'âge (en pourcentage)

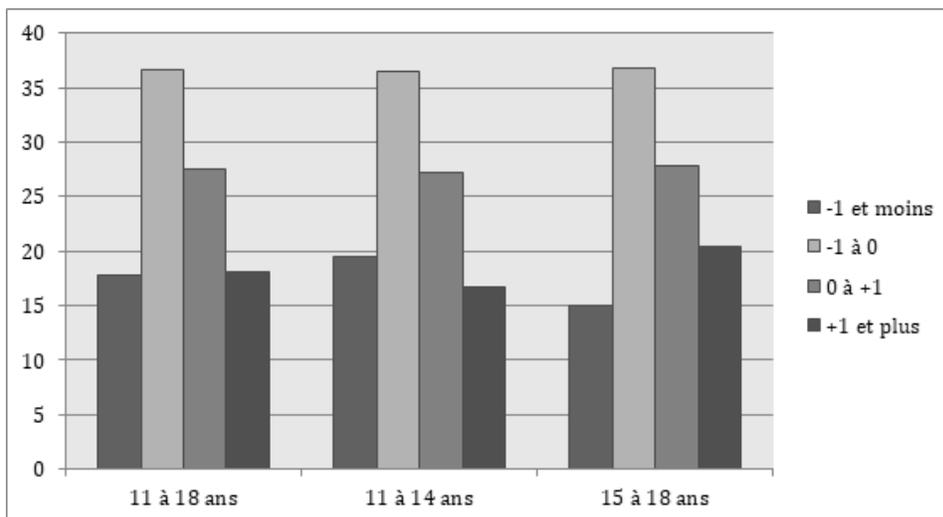
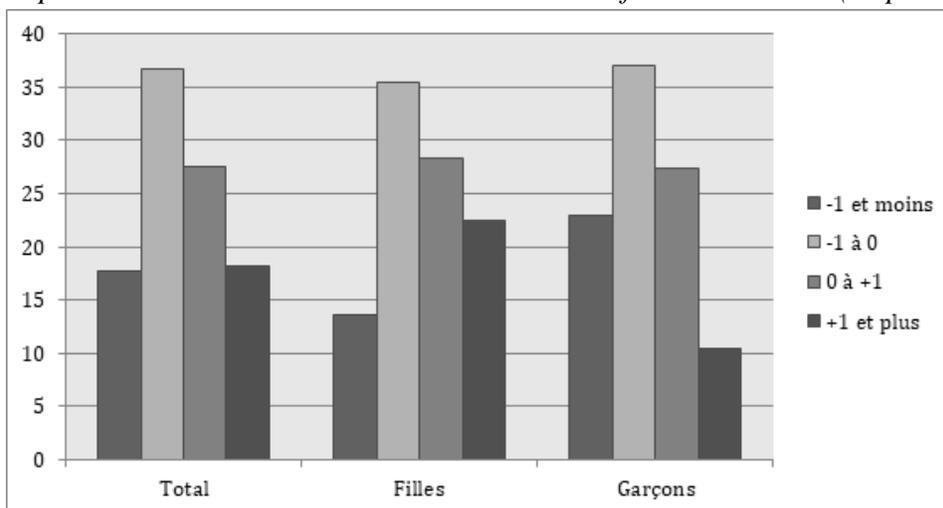


Figure 3

Répartition des scores Z obtenus au BPFS-C en fonction du sexe (en pourcentage)



Tel que mentionné précédemment, il n'y a aucune différence significative entre les groupes d'âge quant à la présence de traits limites. Toutefois, les filles présentent significativement plus de traits limites que les garçons, cette différence étant significative dans le groupe d'adolescents plus âgés (15 à 18 ans). Afin de vérifier si la contribution spécifique des sous-échelles du BPFS-C (instabilité affective, problèmes identitaires,

relations négatives et les comportements autodestructeurs) dans le score total diffère en fonction du genre, une analyse de régression linéaire multiple de type descendante a été menée. Cette méthode d'entrée des prédicteurs inclus dans le modèle initial l'ensemble des variables, comme dans le cas de la méthode standard, mais retire la variable ayant la plus faible contribution au modèle si la variation du R^2 n'est pas significative en la retirant. La procédure est répétée jusqu'à ce que tous les prédicteurs conservés contribuent significativement à l'amélioration du modèle. La taille de l'échantillon respecte le ratio participants/nombre de prédicteurs suggéré ($524 > 50 + 8 \times 4 = 82$) (Tabachnik et Fidell, 2013). Comme le score total au BPFS-C représente la somme des quatre sous-échelles, la variance expliquée par le modèle est de 100% et les quatre prédicteurs sont inclus dans le modèle final. Afin de vérifier quelle sous-échelle du BPFS-C prédit le mieux le score total en fonction du genre, les coefficients de corrélation semi-partiels seront consultés, permettant d'apprécier la contribution unique de chaque variable indépendante à la variance de la variable dépendante. Pour les filles, la variable qui apporte la plus grande contribution unique à la prédiction des traits limites est l'échelle des problèmes identitaires ($sr_i = .234$), suivie des comportements autodestructeurs ($sr_i = .209$), de l'instabilité affective ($sr_i = .207$) et finalement, des relations négatives ($sr_i = .200$). Pour les garçons, l'échelle qui apporte la plus grande contribution unique à la prédiction des traits limites est celle des comportements autodestructeurs ($sr_i = .264$), suivie de l'instabilité affective ($sr_i = .255$), des problèmes identitaires ($sr_i = .221$) et finalement les relations négatives ($sr_i = .208$).

Corrélations entre les symptômes internalisés, externalisés et les traits limites.

Par la suite, des corrélations de Pearson ont permis d'explorer la direction et la force de la relation entre les problèmes internalisés et externalisés d'une part, et les traits limites d'autre part. Le Tableau 5 expose les résultats détaillés de l'analyse corrélationnelle et ce, selon le groupe d'âge et le sexe des répondants.

Tableau 5

Corrélations entre le score T internalisé, le score T externalisé et le score total au BPFS-C en fonction du genre et du groupe d'âge

	YSR score T internalisation	YSR score T externalisation
11-18 ans	.630**	.622**
Filles	.599**	.669**
Garçons	.670**	.601**
11-14 ans	.632**	.649**
Filles	.610**	.694**
Garçons	.665**	.632**
15-18 ans	.629**	.565**
Filles	.575**	.613**
Garçons	.720**	.540**

** $p < .01$ (bilatéral)

Abréviations: YSR = Youth Self-Report, BPFS-C = Borderline Personality Features Scale for Children

Les coefficients de corrélation sont de $r = .540$ ou plus, ce qui représente une corrélation forte entre les traits limites d'une part, et les symptômes internalisés et externalisés d'autre part, l'ensemble des corrélations étant significatives ($p < .01$) (Cohen, 1988). Pour les garçons, l'association entre les symptômes internalisés et les traits limites tend à être plus forte que l'association entre les comportements externalisés et les traits limites et ce, particulièrement pour la tranche d'âge de 15 à 18 ans. L'inverse est observé pour les filles : l'association entre les comportements externalisés et les traits limites apparaît constamment plus élevée que la corrélation entre les symptômes internalisés et les traits limites. Pour ce qui est du groupe d'âge, l'association entre les comportements externalisés et les traits limites est plus forte parmi le groupe âgé entre 11 et 14 ans en comparaison au groupe plus âgé. Les coefficients de corrélation sont très similaires entre les deux groupes d'âge pour ce qui est de l'association entre les symptômes internalisés et les traits limites. Des patrons différents sont observés en fonction du genre, la relation entre l'internalisation et les traits limites tend à être plus forte entre 15 et 18 ans en comparaison au groupe plus jeune pour ce qui est des garçons, l'inverse étant observé pour les filles (association entre le score T internalisé et les traits limites plus forte dans le groupe âgé entre 11 et 14 ans). L'association entre les échelles du YSR et les traits limites est de façon consistante toujours plus élevée pour le groupe des jeunes adolescents (11 à 14 ans), sauf pour l'association entre

les problèmes internalisés et les traits limites chez les garçons, qui est plus forte entre 15 et 18 ans ($r = .720$) qu'entre 11 et 14 ans ($r = .665$). Parallèlement, les coefficients de corrélation entre les symptômes internalisés/externalisés et les traits limites diminuent avec l'avancement en âge pour les filles. Ce même constat est vrai pour l'association entre les comportements externalisés et les traits limites chez les garçons, alors que la corrélation entre les symptômes internalisés et les traits limites est plus forte dans le groupe âgé entre 15 et 18 ans que dans le groupe âgé entre 11 et 14 ans.

Lorsque le score total est utilisé, les associations entre, d'une part, les symptômes internalisés et externalisés et, d'autre part, les traits limites en fonction du genre et du groupe d'âge se montrent similaires aux coefficients de corrélation obtenus en utilisant le score T (Tableau 6). La seule différence notable concerne l'écart qui se creuse dans l'association entre les traits limites et les symptômes internalisés en fonction du groupe d'âge, le groupe plus âgé présentant un coefficient plus élevé ($r = .645$) que le groupe d'adolescents plus jeunes ($r = .631$) alors que cette différence est plus négligeable lorsque le score T est préconisé. Ce résultat est en accord avec la différence significative relevée entre les groupes d'âge quant aux symptômes internalisés lors des analyses de variance.

Tableau 6

Corrélations entre le score total internalisé, le score total externalisé et le score total au BPFS-C en fonction du genre et du groupe d'âge

	YSR score total internalisé	YSR score total externalisé
11-18 ans	.633**	.595**
Filles	.611**	.673**
Garçons	.668**	.577**
11-14 ans	.631**	.616**
Filles	.633**	.701**
Garçons	.664**	.594**
15-18 ans	.645**	.554**
Filles	.578**	.614**
Garçons	.727**	.544**

** $p < .01$ (bilatéral)

Abréviations : YSR = Youth Self-Report, BPFS-C = Borderline Personality Features Scale for Children

Globalement, cette série d'analyses corrélationnelles expose des relations fortes entre les traits limites et la symptomatologie internalisée et externalisée, certaines particularités étant relevées en fonction du genre ou de l'âge sans qu'elles ne puissent être attribuables à ce stade-ci à des différences réelles entre ces variables comme d'autres, non mesurées, peuvent être en jeu.

Profil de dysrégulation au YSR et traits limites.

Lorsque les critères initiaux, plus conservateurs, du profil de dysrégulation au YSR sont utilisés, soit un score T de 70 et plus aux échelles des comportements agressifs, des problèmes attentionnels et de l'anxiété/dépression, une seule participante répond à ces critères. Cette participante présente également un score total très élevé au BPFS-C (score de 79). Trente-sept participants (7,7%) obtiennent un score T égal ou supérieur à 70 à l'échelle de l'anxiété/dépression, ce nombre est de 30 (6,3%) pour l'échelle des problèmes attentionnels et de quatre (0,8%) seulement pour l'échelle des comportements agressifs. Neuf (1,9%) participants obtiennent un score T de 70 et plus aux échelles des problèmes attentionnels et de l'anxiété/dépression et un participant obtient un tel score aux échelles de l'anxiété/dépression et de l'agressivité. Aucun participant n'obtient à la fois un score T de 70 et plus à l'échelle des problèmes attentionnels et des comportements agressifs, sauf la participante qui obtient un score T supérieur à 70 aux trois échelles du profil de dysrégulation.

Par la suite, les critères précédemment utilisés dans l'étude de Meyer et ses collègues (2009) ont été appliqués, soit un score T de 60 et plus aux échelles des comportements agressifs, des problèmes attentionnels et de l'anxiété/dépression, représentant un critère plus libéral du profil de dysrégulation au YSR et permettant d'explorer sa validité de construit. Un total de 37 (7,7%) participants rencontre ces critères. Les participants qui présentent le profil de dysrégulation au YSR ont été comparés aux participants qui ne présentent pas ce profil quant à la présence de traits limites via un test T à échantillons indépendants. Le test d'homogénéité des variances de Levene s'avère significatif ($F(1,474) = 6.834, p = .009$), faisant en sorte que l'hypothèse nulle de l'égalité des variances doit être rejetée et le calcul de la valeur T doit être corrigé en utilisant les variances individuelles des deux groupes plutôt

que la variance combinée. Les résultats montrent que le profil de dysrégulation est associé à un score significativement plus élevé au BPFS-C ($M = 71,86$; $ET = 8,84$) en comparaison aux participants qui ne présentent pas le profil de dysrégulation ($M = 50,72$; $ET = 11,71$), $t(45,683) = 13,416$, $p < .001$. L'eta-carré permet de quantifier la magnitude de cette différence entre les groupes, sa valeur indiquant un effet de grande taille ($\eta^2 = .275$).

Faraone et ses collaborateurs (2005) ont utilisé un critère différent du profil de dysrégulation, soit une somme des scores T obtenus aux trois échelles (anxiété/dépression, problèmes attentionnels, comportements agressifs) égale ou supérieure à 180. Lorsque ces critères sont utilisés, un total de 99 (20,6%) participants compose le groupe présentant le profil de dysrégulation au YSR. Ces participants ont été comparés à ceux qui ne présentent pas ce profil quant à la présence de traits limites via un test T à échantillons indépendants. Le test d'homogénéité des variances de Levene est non significatif ($F(1,474) = 5.198$, $p = .023$), ce qui signifie que l'hypothèse nulle de l'égalité des variances ne peut être rejetée. Une différence significative est observée entre les groupes, les participants endossant le profil de dysrégulation au YSR ($M = 67,33$; $ET = 9,28$) présentant davantage de traits limites que ceux qui ne présentent pas ce profil ($M = 48,48$; $ET = 10,55$), $t(474) = 16,081$, $p < .001$. L'eta-carré indique un effet de très grande taille ($\eta^2 = .353$).

Corrélations entre les items du YSR et le score total au BPFS-C.

Une dernière série d'analyses corrélationnelles est ensuite réalisée dans le but d'identifier les items du YSR les plus fortement associés aux traits limites et ce, sur le plan statistique. Comme plusieurs items du YSR ne se distribuent pas normalement (total de 33 items), les coefficients de corrélation de Pearson ainsi que les coefficients de corrélation de Spearman seront calculés. En ce sens, les conditions d'utilisation du coefficient de corrélation r de Pearson sont la présence d'une distribution normale des données, la présence de relations linéaires entre les variables et l'absence d'hétéroscédasticité. Le critère de sélection des items du YSR qui se distribuent normalement sera la présence d'un coefficient de corrélation r de Pearson (paramétrique) égal ou supérieur à .30 avec les traits limites. Pour ce qui est des items du YSR qui ne respectent pas le postulat de linéarité des relations entre les variables,

le critère de sélection des items sera un coefficient de corrélation ρ de Spearman (non-paramétrique) égal ou supérieur à .30 avec les traits limites. Le coefficient de corrélation ρ de Spearman est souvent utilisé afin d'évaluer la force et la direction des relations entre des variables ordinales. Son calcul est basé sur les écarts entre les rangs, ce qui permet d'évaluer la présence de relation non-linéaire entre deux variables continues ou ordinales. Le ρ de Spearman n'assume aucun postulat quant à la distribution des données et quant à la linéarité des relations (Chen et Popovich, 2002). Les items qui se distribuent normalement et qui présentent un coefficient r de Pearson égal ou supérieur à .30 avec les traits limites sont présentés dans le Tableau 7 (Annexe F), alors que les items qui ne se distribuent pas normalement et qui ont un coefficient ρ de Spearman égal ou supérieur à .30 avec les traits limites sont présentés dans le Tableau 8 (Annexe G). Ces 42 items seront soumis à une première analyse factorielle exploratoire.

Analyses Factorielles Exploratoires

Plusieurs analyses factorielles exploratoires ont été effectuées dans le but d'identifier la solution factorielle maximisant la reproduction de la matrice de corrélation originale et minimisant les résidus. L'ensemble de ces analyses a été effectué avec la méthode des moindres carrés généralisés et une rotation orthogonale des axes a par la suite été appliquée en utilisant la méthode Varimax afin d'augmenter les saturations factorielles fortes et diminuer les plus faibles, ce qui facilite l'interprétation de la solution factorielle. La méthode des moindres carrés généralisés a été choisie comme les variables indépendantes sont de nature ordinale (items du YSR se distribuent en trois points). Cette méthode d'extraction des facteurs minimise la somme des carrés des différences entre les matrices de corrélation observées et reconstituées. Les corrélations sont pondérées par l'inverse de leur unicité, faisant en sorte que les variables qui présentent une forte unicité recevront une pondération inférieure à celles qui présentent une faible unicité. Cette méthode est recommandée dans le contexte de données catégorielles ou ordinales multivariées qui ne se distribuent pas normalement et ce, sur la base d'études de simulation (Muthén et al., 1997). Bien qu'il soit recommandé que les variables insérées dans l'analyse factorielle soient de nature continue, il est fréquent que les variables ordinales (avec échelles de type Likert) soient traitées comme

des variables quantitatives dans l'école anglo-saxonne et soient donc soumises à l'analyse factorielle (Durand, 2003, 2014; Tabachnick et Fidell, 2013).

Une analyse de régression linéaire multiple exploratoire est d'abord appliquée afin d'identifier la présence de multicollinéarité et de données extrêmes multivariées. La méthode d'entrée des prédicteurs utilisée est la méthode « Entrée ». Les résultats de la régression linéaire multiple ont permis de confirmer l'absence de multicollinéarité (les valeurs au VIF sont inférieures à 10 et les valeurs de l'indice de tolérance se rapprochent de 1). Quelques données extrêmes multivariées ont été identifiées par les indices de la distance de Mahalanobis, un total de 23 participants présentant des valeurs au-delà du seuil critique, $\chi^2(\text{ddl} = 42, \alpha = .001) = 73.402$. Les données de ces 23 participants ont été retirées des analyses subséquentes.

Une première analyse factorielle exploratoire a été effectuée sur les quarante-deux items qui présentent un coefficient de corrélation r de Pearson (items paramétriques) et ρ de Spearman (items non-paramétriques) de .30 et plus avec les traits limites. La taille de l'échantillon respecte le ratio sujet/variable ($n > 5$ sujets/variable) et le ratio sujet/facteur suggéré ($n > 20$ sujets/facteur), tout en incluant plus de 100 participants (Arrindell et van der Ende, 1985; Hair et al., 1998). L'indice du *Measure of Sampling Adequacy* (MSA), représentant la proportion de variance parmi les variables qui pourrait représenter la variance commune, a permis de confirmer la factoriabilité de la matrice de corrélation et ce, pour chaque analyse factorielle qui a été menée, l'indice du MSA étant de .859 ou plus. Par ailleurs, aucune des variables entrées dans les analyses factorielles avec la méthode des moindres carrés généralisés n'était redondante, puisque tous les indices de communalité initiaux sont inférieurs à .576. Les indices de communalité montrent que, dans l'ensemble des analyses factorielles exploratoires menées, les variables sont représentées de façon variable par les solutions factorielles, les indices variant entre .216 et .999.

Une solution à dix facteurs expliquant 44,45% de variance a été extraite de la première analyse factorielle. L'analyse visuelle des résidus a permis d'identifier un total de 40 (4%) résidus non redondants avec des valeurs absolues supérieures à .05. Cinq variables (items 3,

9, 20, 24 et 52) présentent des saturations de .30 ou plus à plus d'un facteur, ce qui en fait des variables complexes, celles-ci ne présentant pas de saturation propre à un seul facteur. De plus, trois variables (items 51, 89 et 100) présentent des saturations factorielles faibles, soit inférieures à .30.

Une analyse de consistance interne (alpha de Cronbach) a été par la suite appliquée afin d'évaluer à quel point l'ensemble d'items ou de variables sélectionnés mesurent un même construit latent. Le calcul du coefficient de consistance interne est basé sur le patron de corrélations entre les items et entre les items et le score total. Plus l'indice d'homogénéité est élevé (près de 1), plus l'échelle ou le regroupement de variables est fidèle sur le plan de la cohérence interne et plus ceux-ci semblent capter un seul et même construit. Les neuf premiers facteurs de la solution à dix facteurs ont été soumis à l'analyse de cohérence interne, le dixième facteur n'étant composé que d'un seul item. L'alpha de Cronbach est de .835 pour le premier facteur, ce qui représente une excellente cohérence interne, le seuil minimal généralement utilisé étant de .70 (George et Mallery, 2010; Nunnally, 1978). Toutefois, l'item 27 ne semble pas contribuer à améliorer la consistance interne de ce facteur comme son retrait résulterait en un indice inchangé ($\alpha = .835$). Le deuxième facteur présente une cohérence interne acceptable ($\alpha = .746$) et le retrait de l'item 100 améliorerait légèrement la consistance interne ($\alpha = .748$). Le regroupement d'items du facteur 3 démontre une bonne cohérence interne ($\alpha = .785$) et le retrait de l'un ou l'autre des items résulterait en une diminution de la consistance interne. Le quatrième facteur présente une cohérence interne en deçà du seuil minimal ($\alpha = .693$). Bien que le retrait de l'item 56a améliorerait légèrement l'alpha de Cronbach, l'indice demeurerait tout de même inférieur au seuil minimal avec une valeur de .698. Le cinquième facteur, composé des items 8 et 78, affiche une cohérence interne adéquate ($\alpha = .785$), tout comme le facteur 7, composé des items 84 et 85 ($\alpha = .744$). Toutefois, les facteurs 6 ($\alpha = .580$), 8 ($\alpha = .476$) et 9 ($\alpha = .488$) présentent une faible cohérence interne, bien inférieure au seuil minimal recommandé de .70 (George et Mallery, 2010; Nunnally, 1978).

Une deuxième analyse factorielle exploratoire a été effectuée, cette fois-ci en retirant les variables complexes, les items qui présentent une faible qualité de représentation initiale,

ainsi que les items composant les facteurs 6 à 10, comme le total de la somme des carrés des facteurs retenus pour ces facteurs est inférieure à 1, que l'indice de cohérence interne des facteurs 6, 8 et 9 est faible et que seul un item compose le facteur 10. Les items suivants ont donc été retirés de la prochaine analyse factorielle : 3, 9, 20, 24, 31, 32, 38, 48, 52, 65, 66, 84, 85, 87, 89 et 95.

Une solution à cinq facteurs permettant d'expliquer 42,82% de variance est extraite de cette analyse menée auprès des 26 items restants. L'analyse visuelle des résidus a permis d'identifier un total de 21 (6%) résidus non redondants avec des valeurs absolues supérieures à .05. Une variable (item 100) présente des saturations de .30 ou plus à plus d'un facteur (variable complexe) et une variable (item 51) présente des saturations factorielles faibles (inférieures à .30). Les facteurs 1, 3, 4 et 5 sont composés des mêmes items que ces mêmes facteurs lors de l'analyse factorielle à 42 items. L'analyse de consistance interne pour ce deuxième modèle factoriel a donc été effectuée uniquement pour le facteur 2 où en comparaison au premier modèle à 42 items, l'item 100 est maintenant une variable complexe et ne fait donc plus partie du deuxième facteur. Le deuxième facteur présente une bonne cohérence interne ($\alpha = .752$), le retrait de la variable 100 ayant contribué à l'améliorer.

Une troisième analyse factorielle exploratoire est menée en retirant cette fois-ci l'item 100 comme cet item représente une variable complexe et que son retrait du deuxième facteur contribue à améliorer la consistance interne. La solution générée par la combinaison de ces 25 items est constituée de cinq facteurs permettant d'expliquer 43,78% de variance. Le premier facteur contribue à expliquer 25,92% de variance, alors que la variance expliquée par les autres facteurs est de 7,93% pour le deuxième facteur (items 16, 22, 28, 41, 43, 68 et 90), 4,18% pour le troisième (items 45, 46, 50, 71 et 112), 3,31% pour le quatrième (items 51, 54, 56a et 102) et 2,45% pour le cinquième facteur (items 8 et 78). L'analyse visuelle des résidus a permis d'identifier un total de 15 (5%) résidus non redondants avec des valeurs absolues supérieures à .05. Il n'y a aucune variable complexe dans ce modèle factoriel et aucune variable présente des saturations factorielles trop faibles (moins de .30). L'analyse de cohérence interne des cinq facteurs issus de l'analyse factorielle à 25 items n'a pas été réalisée comme ces facteurs sont composés des mêmes items que l'analyse factorielle à 26

items. Étant donné que l'item 27 ne semble pas contribuer à améliorer la consistance interne du premier facteur, son retrait résultant en un alpha de Cronbach inchangé ($\alpha = .835$), une analyse factorielle a été réalisée suivant le retrait de l'item 27.

Les résultats de cette quatrième analyse factorielle exploratoire, composée des 24 items restants (8, 12, 13, 14, 16, 22, 28, 33, 35, 41, 43, 45, 46, 50, 51, 54, 56a, 68, 71, 78, 90, 102, 103 et 112), montrent une solution à cinq facteurs permettant d'expliquer 44,50% de variance. Le premier facteur (items 12, 13, 14, 33, 35 et 103) permet d'expliquer 26,25% de variance, alors que la variance expliquée par les autres facteurs est de 8,24% pour le deuxième facteur (items 45, 46, 50, 71 et 112), 4,09% pour le troisième (items 16, 22, 28, 41, 43, 68 et 90), 3,46% pour le quatrième (items 51, 54, 56a et 102) et 2,46% pour le cinquième facteur (items 8 et 78). L'analyse visuelle des résidus a permis d'identifier un total de 12 (4%) résidus non redondants avec des valeurs absolues supérieures à .05. Il n'y a aucune variable complexe dans ce modèle factoriel et aucune variable présente des saturations factorielles trop faibles (moins de .30). L'analyse de cohérence interne des cinq facteurs issus de l'analyse factorielle à 24 items n'a pas été réalisée comme ces facteurs sont composés des mêmes items que l'analyse factorielle à 25 items, sauf l'item 27, dont la présence ou l'absence résultait en un indice de cohérence interne inchangé. Toutefois, le retrait de cet item entraîne l'inversion de la contribution des facteurs 2 et 3 dans le modèle factoriel. Dans la présente analyse, le facteur 2 est composé des items 45, 46, 50, 71 et 112 et explique maintenant 8,24% de variance, alors que dans les précédentes analyses, ces items composaient le troisième facteur et expliquaient 4,18% de variance. Les items 16, 22, 28, 41, 43, 68 et 90 composaient, dans les précédents modèles à cinq facteurs, le deuxième facteur (8,08% de variance expliquée dans le modèle à 26 items et 7,93% dans le modèle à 25 items), alors que dans l'analyse à 24 items, ils constituent le troisième facteur en importance dans le modèle, expliquant 4,18% de variance. Les indices de cohérence interne (alpha de Cronbach) de ces facteurs ont été présentés précédemment, ceux-ci variant entre faible (facteur 4 ; $\alpha = .693$), acceptable (facteur 2 ; $\alpha = .748$), bon (facteur 3 et 5 ; $\alpha = .785$) et excellent (facteur 1 ; $\alpha = .835$).

Comme dans les précédents modèles à cinq facteurs, les trois premiers facteurs sont constamment composés des mêmes items et contribuent à expliquer la plus grande proportion de variance du modèle, seuls les items composant ces facteurs ont été insérés dans l'analyse suivante. Les résultats de cette analyse factorielle, composée des 18 items restants (12, 13, 14, 16, 22, 28, 33, 35, 41, 43, 45, 46, 50, 68, 71, 90, 103 et 112), montrent une solution à trois facteurs, pour un total de 41,58% de variance expliquée. Le facteur 1 est composé des items 12, 13, 33, 35 et 103 et apporte une contribution de 26,59% de variance expliquée alors que le facteur 2 (items 45, 46, 50, 71 et 112) permet d'expliquer 10,38% de variance et le facteur 3 (items 16, 22, 28, 41, 43, 68 et 90) explique 4,61% de variance dans le modèle factoriel. Il y a peu de résidus au terme de l'analyse, soit un total de 8 (5%) résidus non redondants avec des valeurs absolues supérieures à .05. L'item 14 représente une variable complexe dans ce dernier modèle.

De façon consistante, le premier facteur des analyses précédentes est composé des mêmes items et explique à lui seul une proportion considérable de variance. Les deux autres facteurs en importance apportent une contribution beaucoup plus limitée à la variance expliquée du modèle et celle-ci est davantage instable, les items composant ces facteurs semblant capter des manifestations davantage générales, voire différentes de la nature du construit des traits limites. La prochaine et dernière analyse factorielle est donc composée des six items (12, 13, 14, 33, 35 et 103) composant le premier facteur dans la grande majorité des précédentes analyses. L'item 14 a été conservé malgré le fait qu'il était une variable complexe dans le modèle à 18 items comme le retrait de cet item entraînerait un indice de cohérence interne à la baisse. Cette solution unifactorielle permet d'expliquer un total de 47,15% de variance. Il y a un total de 4 (26%) résidus non redondants avec des valeurs absolues supérieures à .05. L'indice de cohérence interne est excellent ($\alpha = .835$) et le retrait de l'une ou l'autre des variables résulterait en une détérioration de celui-ci.

Validité des Modèles Factoriels en tant qu'Outils de Dépistage des Traits Limites

Une série de régressions logistiques binaires a été réalisée afin d'identifier la solution factorielle qui offre la meilleure prédiction de l'appartenance au groupe ayant un grand nombre de traits limites (score de 66 et plus au BPFS-C, ce qui représente un score de 1 écart-

type et plus au-dessus de la moyenne). Ce type de régression s'adapte à plusieurs types de variables (continues, nominales, ordinales et dichotomiques) et permet de prédire la probabilité qu'un phénomène survienne ou non (variable dépendante dichotomique). Dans le cas présent, la probabilité d'appartenir au groupe ayant un grand nombre de traits limites (variable dépendante) en fonction de l'endossement des items du YSR (variables indépendantes ordinales) sera explorée. Ce type d'analyse a été privilégié comme le postulat de linéarité des relations n'a pas à être respecté, la variable dépendante étant dichotomique.

Comme le modèle à 10 facteurs de la première analyse factorielle (42 items) présentait plusieurs lacunes (facteurs 6 à 10 ayant une somme des carrés des facteurs retenus totale inférieure à 1; facteurs 6, 8 et 9 présentant une faible cohérence interne; plusieurs variables complexes et plusieurs items ayant une faible qualité de représentation initiale) et que le modèle à cinq facteurs (25 items) s'avère supérieur à celui incluant 26 items (le retrait de l'item 100 (variable complexe) résultant en une augmentation de la consistance interne, une plus grande variance expliquée du modèle factoriel et ce, sans variable complexe, ainsi qu'une diminution du nombre de résidus), les modèles à 42 et 26 items ne seront pas testés via un modèle de régression.

Une première régression logistique binaire a été menée afin d'explorer la validité du modèle à cinq facteurs (25 items) en tant que prédicteur de l'appartenance au groupe ayant un grand nombre de traits limites. Dans un premier temps, la somme des réponses (0, 1 ou 2) aux items de chaque facteur a été calculée afin de vérifier s'il y a suffisamment d'observations pour chaque combinaison de niveaux entre la variable dépendante et les valeurs de chaque prédicteur, soit un minimum de cinq observations. Lorsque la somme des items composant chaque facteur est maintenue en tant que variable continue, le postulat n'est pas respecté (les fréquences attendues pour certaines combinaisons de niveaux entre la variable dépendante et les valeurs de chaque prédicteur étant inférieures à cinq), sauf pour le cinquième facteur. Ainsi, à l'exception du cinquième facteur, la somme des items composant chaque facteur a été recodée en catégories (variables indépendantes ordinales) afin d'obtenir suffisamment d'observations par combinaison de niveaux entre la variable dépendante et les

prédicteurs (voir Tableau 9). Ce sont donc ces variables ordinales catégorielles qui seront utilisées pour l'ensemble des analyses de régression logistique binaire.

Tableau 9

Conversion de la somme des items de chaque facteur du modèle à 5 facteurs en catégories

	Variable continue	Variable ordinale
Facteur 1 - Dysrégulation		
12. Je me sens seul(e)	valeurs 0 à 14	5 catégories :
13. Je me sens confus(e) ou comme perdu(e) dans la brume		0 – 1 = 1
14. Je pleure beaucoup		2 – 3 = 2
27. J'éprouve de la jalousie envers les autres		4 – 5 = 3
33. J'ai l'impression que personne ne m'aime		6 – 7 = 4
35. Je me sens inférieur(e) ou dévalorisé(e)		8 et + = 5
103. Je suis une personne malheureuse, triste ou déprimée		
Facteur 2 - Comportements impulsifs et perturbateurs		
16. Je suis méchant(e) envers les autres	valeurs 0 à 13	5 catégories :
22. Je désobéis à mes parents		0 – 1 = 1
28. Je ne respecte pas les règles établies, que ce soit à la maison, à l'école ou ailleurs		2 – 3 = 2
41. J'agis sans réfléchir		4 – 5 = 3
43. Je mens ou je triche		6 – 7 = 4
68. Je crie beaucoup		8 et + = 5
90. Je sacre ou je dis des obscénités		
Facteur 3 - Anxiété		
45. Je suis une personne nerveuse ou tendue	valeurs 0 à 10	4 catégories :
46. J'ai des contractions dans certaines parties du corps ou des réactions nerveuses (préciser)		0 – 2 = 1
50. J'éprouve trop de peur ou d'anxiété		3 – 5 = 2
71. Je suis facilement gêné(e) ou embarrassé(e)		6 – 8 = 3
112. Je me fais beaucoup de souci		9 et + = 4
Facteur 4 - Somatique		
51. J'ai des étourdissements	valeurs 0 à 7	4 catégories :
54. Je souffre d'épuisement sans raison valable		0 – 1 = 1
56a. J'ai des problèmes de santé sans cause organique reconnue : Douleurs ou maux (à l'exclusion des maux de tête)		2 – 3 = 2
102. Je manque d'énergie		4 – 5 = 3
Facteur 5 - Attentionnel		
8. J'ai de la difficulté à me concentrer ou à porter attention de façon soutenue	valeurs 0 à 4	valeurs 0 à 4
78. Je suis inattentif ou facilement distrait		

Une régression linéaire multiple exploratoire a par la suite été effectuée afin de détecter la présence de multicollinéarité entre les prédicteurs. La méthode d'entrée des prédicteurs utilisée est la méthode « Entrée ». Les résultats de la régression linéaire multiple

ont permis de confirmer l'absence de multicolinéarité. Afin de vérifier si le postulat de la linéarité du logit est respecté, une nouvelle variable qui est obtenue par l'interaction entre chaque prédicteur et son logarithme naturel a été créée. Une régression logistique binaire a ensuite été appliquée dans laquelle chaque prédicteur, ainsi que l'interaction entre celui-ci et son logarithme naturel ont été entrés en tant que covariables. Le test d'interaction s'avère non significatif pour l'ensemble des prédicteurs ($p > .05$), confirmant ainsi le respect du postulat de la linéarité du logit (les prédicteurs sont linéairement reliés avec leur logit respectif). Une fois ce postulat respecté, une analyse de régression logistique a été réalisée où la validité des cinq prédicteurs ordinaux à prédire l'appartenance au groupe ayant un grand nombre de traits limites a été évaluée.

Dans le modèle de régression de base où aucun prédicteur n'est entré, 82,7% des participants sont classés comme étant non limites et 17,3% sont classés dans le groupe présentant un grand nombre de traits limites. Par la suite, les prédicteurs (les cinq facteurs du modèle à 25 items) sont introduits dans le modèle de régression en utilisant la méthode ascendante pas-à-pas basée sur le rapport de vraisemblance. Dans la méthode ascendante, la première variable introduite dans le modèle est celle qui apporte la plus grande contribution au modèle de régression, suivie de la deuxième et ainsi de suite, jusqu'à ce que les variables n'apportent plus de contribution significative à l'amélioration du modèle de régression (changement statistiquement significatif du rapport de vraisemblance). L'introduction des trois premiers facteurs (dysrégulation, comportements impulsifs et perturbateurs, anxiété) dans le modèle de régression permet d'améliorer significativement la prédiction des traits limites ($\chi^2 = (3, N = 456) = 164.396, p < .001$), la contribution des quatrième (somatique) et cinquième (attentionnel) facteurs n'étant pas significative. La plus grande proportion de variance est expliquée par le facteur dysrégulation, son introduction dans le modèle de régression améliorant significativement la prédiction des traits limites, $\chi^2 = (1, N = 456) = 120.961, p < .001$, tout comme le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs, $\chi^2 = (1, N = 456) = 30.434, p < .001$ et le facteur anxiété, $\chi^2 = (1, N = 456) = 13.002, p < .001$. Ce modèle à trois prédicteurs permet d'expliquer 50,3% de la variance de la variable dépendante, soit la présence d'un grand nombre de traits limites. Par la suite, le test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow s'avère non significatif ($\chi^2 = (8, N = 456) = 7.713, p = .462$), ce qui

signifie qu'il existe un bon ajustement entre la prédiction et la réalité. Le tableau de classification montre que le modèle avec prédicteurs permet de classer correctement 90,1% des sujets, en comparaison à 82,7% dans le modèle sans prédicteur. Les résultats de la régression logistique sont présentés dans le Tableau 10.

Tableau 10

Présence de traits limites en fonction du modèle factoriel à 25 items (5 facteurs)

	β	<i>SE</i> β	Wald	Rapport de cote	I.C. de 95% pour le rapport de cotes	
					Inférieur	Supérieur
Facteur dysrégulation	.856	.134	40.799***	2.353	1.810	3.060
Facteur des comportements impulsifs et perturbateurs	.711	.136	27.374***	2.037	1.560	2.658
Facteur anxiété	.685	.193	12.597***	1.983	1.359	2.895
Constante	-7.133	.693	105.948***	.001		

*** $p < .001$

Le test de Wald est significatif suite à l'introduction des trois premiers facteurs dans le modèle de régression, signifiant que ces prédicteurs améliorent significativement la prédiction des traits limites. En ce sens, pour chaque changement de catégorie supérieure au sein du facteur dysrégulation, il y a 2,35 fois plus de risque que le participant fasse partie du groupe qui présente un grand nombre de traits limites, le rapport de cote étant significatif, $IC = [1.810 - 3.060]$. Pour chaque changement de catégorie supérieure dans le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs, il y a 2,04 fois plus de risque que le participant fasse partie du groupe ayant un grand nombre de traits limites, le rapport de cote étant également significatif, $IC = [1.560 - 2.658]$. Pour le facteur anxiété, chaque changement de catégorie supérieure est associé à 1,98 fois plus de risque que le participant fasse partie du groupe ayant un grand nombre de traits limites, le rapport de cote étant encore une fois significatif, $IC = [1.359 - 2.895]$.

La sensibilité du modèle, qui représente la capacité à bien classer les cas positifs (sujets qui présentent un grand nombre de traits limites à partir de l'endossement des items composant les trois premiers facteurs) et la spécificité, représentant la capacité du test à bien

classifier les cas négatifs (participants qui présentent peu de traits limites et qui endossent peu les items des trois premiers facteurs) sont présentées dans le Tableau 11.

Tableau 11

Prédiction de l'appartenance au groupe ayant un grand nombre de traits limites en fonction du modèle à 25 items (5 facteurs)

	Observée	Prédite		Pourcentage global
		Non (total BPFS-C < 66)	Oui (total BPFS-C ≥ 66)	
Facteur dysrégulation	Non (total BPFS-C < 66)	365	12	96,8
	Oui (total BPFS-C ≥ 66)	53	26	32,9
	Pourcentage global			85,7
Facteur des comportements impulsifs et perturbateurs	Non (total BPFS-C < 66)	365	12	96,8
	Oui (total BPFS-C ≥ 66)	34	45	57,0
	Pourcentage global			89,9
Facteur anxiété	Non (total BPFS-C < 66)	366	11	97,1
	Oui (total BPFS-C ≥ 66)	34	45	57,0
	Pourcentage global			90,1

Abréviation: BPFS-C = Borderline Personality Features Scale for Children

La première variable à avoir été insérée dans le modèle de régression logistique est le facteur dysrégulation. L'ajout de ce prédicteur dans le modèle permet d'améliorer la prédiction des traits limites, comme dans le modèle de régression de base où aucun prédicteur n'est entré, 82,7% des participants sont classés correctement alors que l'introduction du premier facteur permet d'augmenter la prédiction à 85,7%. Toutefois, les résultats montrent une faible sensibilité, 32,9% des participants présentant un grand nombre de traits limites étant correctement classifiés sur la base de l'endossement des items du facteur dysrégulation. D'un autre côté, le modèle fait état d'une excellente spécificité, 96,8% des sujets qui présentent peu de traits limites ont été classifiés correctement en fonction du faible endossement des items du facteur dysrégulation. Le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs a par la suite été introduit dans le modèle, ce qui a permis d'améliorer la prédiction des traits limites avec un pourcentage global de 89,9%. Aucun changement n'est observé quant à la spécificité du modèle suite à l'introduction du facteur 2 dans le modèle de

régression, mais une importante amélioration de la sensibilité est observée, 57% des participants présentant un grand nombre de traits limites étant correctement classifiés sur la base de l'endossement des items du premier et deuxième facteur. L'introduction du facteur anxiété dans le modèle amène une très faible augmentation de la spécificité (97,1%) et de la prédiction globale (90,1%). La sensibilité du modèle suivant l'introduction du troisième facteur demeure inchangée (57%).

Une deuxième analyse de régression logistique binaire a été réalisée en retirant cette fois-ci l'item 27 qui faisait partie du premier facteur, comme le retrait de cette variable a résulté en une amélioration du modèle factoriel lors de l'analyse factorielle exploratoire (plus grande proportion de variance expliquée, plus faible proportion de résidus et alpha de Cronbach inchangé suite au retrait de cette variable). Comme le postulat de linéarité du logit a été confirmé précédemment pour les facteurs 2, 3, 4 et 5 qui demeurent inchangés dans la présente analyse de régression, seul le facteur dysrégulation, maintenant sans l'item 27, a été testé en ce sens. Une régression logistique binaire a été appliquée dans laquelle ce prédicteur, ainsi que l'interaction entre celui-ci et son logarithme naturel ont été entrés en tant que covariables. Le test d'interaction s'avère non significatif ($p > .05$), confirmant ainsi le respect du postulat de la linéarité du logit. Une fois ce postulat respecté, l'analyse de régression logistique a été réalisée où la validité des cinq prédicteurs ordinaux à prédire l'appartenance au groupe ayant un grand nombre de traits limites a été évaluée (modèle à 24 items regroupés sous cinq facteurs). Les résultats sont présentés dans le Tableau 12.

Tableau 12

Présence de traits limites en fonction du modèle factoriel à 24 items (5 facteurs)

	β	<i>SE</i> β	Wald	Rapport de cote	I.C. de 95% pour le rapport de cotes	
					Inférieur	Supérieur
Facteur dysrégulation	.925	.140	43.604***	2.522	1.917	3.320
Facteur des comportements impulsifs et perturbateurs	.715	.137	27.254***	2.045	1.563	2.675
Facteur anxiété	.686	.194	12.510***	1.985	1.358	2.902
Constante	-7.075	.681	107.832***	.001		

*** $p < .001$

Le test de Wald est significatif suite à l'introduction des trois premiers facteurs dans le modèle de régression, signifiant que ces prédicteurs améliorent significativement la prédiction des traits limites. En ce sens, pour chaque changement de catégorie supérieure au sein du facteur dysrégulation, il y a 2,52 fois plus de risque que le participant fasse partie du groupe qui présente un grand nombre de traits limites, le rapport de cote étant significatif, $IC = [1.917 - 3.320]$. Pour chaque changement de catégorie supérieure dans le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs, il y a 2,05 fois plus de risque que le participant fasse partie du groupe présentant un grand nombre de traits limites, le rapport de cote étant significatif, $IC = [1.563 - 2.675]$. Pour le facteur anxiété, chaque changement de catégorie supérieure est associé à 1,99 fois plus de risque que le participant fasse partie du groupe ayant un grand nombre de traits limites, le rapport de cote étant également significatif, $IC = [1.358 - 2.902]$. La sensibilité et la spécificité du modèle sont présentées dans le Tableau 13.

Tableau 13

Prédiction de l'appartenance au groupe ayant un grand nombre de traits limites en fonction du modèle à 24 items (5 facteurs)

	Observée	Prédite		Pourcentage global
		Non (total BPFS-C < 66)	Oui (total BPFS-C ≥ 66)	
Facteur dysrégulation	Non (total BPFS-C < 66)	361	16	95,8
	Oui (total BPFS-C ≥ 66)	38	41	51,9
	Pourcentage global			88,2
Facteur des comportements impulsifs et perturbateurs	Non (total BPFS-C < 66)	362	15	96,0
	Oui (total BPFS-C ≥ 66)	32	47	59,5
	Pourcentage global			89,7
Facteur anxiété	Non (total BPFS-C < 66)	364	13	96,6
	Oui (total BPFS-C ≥ 66)	35	44	55,7
	Pourcentage global			89,5

Abréviation: BPFS-C = Borderline Personality Features Scale for Children

L'ajout du premier facteur dans le modèle permet d'améliorer la prédiction des traits limites, comme dans le modèle de régression de base où aucun prédicteur n'est entré, 82,7% des participants sont classés correctement alors que l'introduction du facteur dysrégulation permet d'augmenter la prédiction à 88,2%. En comparaison, lorsque l'item 27 était inclus dans ce facteur, 85,7% des participants étaient classés correctement. De plus, le retrait de l'item 27 améliore considérablement la sensibilité du modèle de prédiction, 51,9% des participants qui présentent un grand nombre de traits limites étant correctement classifiés sur la base de l'endossement des items du facteur dysrégulation. Le modèle présente également une excellente spécificité, 95,8% des sujets qui présentent peu de traits limites ont été classifiés correctement en fonction de l'endossement des items du premier facteur. Le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs a par la suite été introduit dans le modèle, ce qui a permis d'améliorer la prédiction des traits limites avec un pourcentage global de 89,7%. Une légère amélioration de la spécificité du modèle est observée suite à l'introduction du facteur des comportements impulsifs et perturbateurs dans le modèle de régression (96%) et

une amélioration plus notable est relevée quant à la sensibilité, 59,5% des participants présentant un grand nombre de traits limites étant correctement classifiés sur la base de l'endossement des items du premier et deuxième facteur. L'introduction du facteur anxiété dans le modèle amène une faible augmentation de la spécificité (96,6%) et de la prédiction globale (89,5%). Toutefois, il y a détérioration de la sensibilité du modèle suivant l'introduction du troisième facteur dans la régression logistique (55,7%). Étant donné que ces facteurs sont composés des mêmes 18 items composant la solution à trois facteurs et que le facteur anxiété entraîne une détérioration de la sensibilité du modèle de prédiction, le modèle à 18 facteurs ne sera pas testé via un modèle de régression logistique binaire.

Les deux précédentes analyses de régression logistique ont montré que lorsque le modèle à cinq facteurs est utilisé afin de prédire l'appartenance au groupe ayant un grand nombre de traits limites, seuls les deux premiers facteurs contribuent à augmenter significativement la sensibilité, la spécificité du modèle ainsi que la variance expliquée, la contribution du troisième facteur apparaissant négligeable. De plus, comme le retrait de l'item 27 du facteur dysrégulation contribue à améliorer le modèle, ce sera sans cet item que le premier facteur sera inséré dans la prochaine analyse. Afin de vérifier la validité des deux prédicteurs ordinaux (facteur dysrégulation composé des items 12, 13, 14, 33, 35, 103 et facteur des comportements impulsifs et perturbateurs composé des items 16, 22, 28, 41, 43, 68 et 90) à prédire l'appartenance au groupe ayant un grand nombre de traits limites, une régression logistique binaire a été réalisée.

Dans le modèle de régression de base, où aucun prédicteur n'est entré, 82,3% des participants sont classés comme étant non limites et 17,7% sont classés dans le groupe présentant un grand nombre de traits limites. L'introduction des deux prédicteurs dans le modèle de régression permet d'améliorer significativement la prédiction des traits limites, $\chi^2 = (2, N = 481) = 148.735, p < .001$. La plus grande proportion de variance est expliquée par le facteur dysrégulation, son introduction dans le modèle améliorant significativement la prédiction, $\chi^2 = (1, N = 481) = 116.977, p < .001$, tout comme le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs, $\chi^2 = (1, N = 481) = 31.758, p < .001$. Ce modèle à deux prédicteurs permet d'expliquer 43,9% de la variance de la variable dépendante, soit la présence d'un

grand nombre de traits limites. Par la suite, le test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow s'est avéré non significatif ($\chi^2 = (6, N = 481) = 5.632, p = .466$), ce qui signifie qu'il existe un bon ajustement entre la prédiction et la réalité. Le tableau de classification montre que le modèle avec prédicteur permet de classer correctement 89% des sujets, en comparaison à 82,3% dans le modèle sans prédicteur. Les résultats de la régression logistique sont présentés dans le Tableau 14.

Tableau 14

Présence de traits limites en fonction des facteurs dysrégulation (6 items) et des comportements impulsifs et perturbateurs (7 items)

	β	SE β	Wald	Rapport de cote	I.C. de 95% pour le rapport de cotes	
					Inférieur	Supérieur
Facteur dysrégulation	1.021	.121	71.162***	2.777	2.190	3.520
Facteur des comportements impulsifs et perturbateurs	.692	.127	29.435***	1.997	1.555	2.564
Constante	-5.741	.520	121.878***	.003		

*** $p < .001$

Le test de Wald est significatif suite à l'introduction des deux premiers facteurs dans le modèle de régression, signifiant que ces prédicteurs améliorent significativement la prédiction des traits limites. En ce sens, pour chaque changement de catégorie supérieure au sein du facteur dysrégulation, il y a 2,78 fois plus de risque que le participant fasse partie du groupe qui présente un grand nombre de traits limites, le rapport de cote étant significatif, $IC = [2.190 - 3.520]$. Pour chaque changement de catégorie supérieure dans le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs, il y a 2 fois plus de risque que le participant fasse partie du groupe présentant un grand nombre de traits limites, le rapport de cote étant également significatif, $IC = [1.555 - 2.564]$. La sensibilité et la spécificité du modèle sont présentées dans le Tableau 15.

Tableau 15

Prédiction de l'appartenance au groupe ayant un grand nombre de traits limites en fonction des facteurs dysrégulation (6 items) et des comportements impulsifs et perturbateurs (7 items)

	Observée	Prédite		Pourcentage global
		Non (total BPFS-C < 66)	Oui (total BPFS-C ≥ 66)	
Facteur dysrégulation	Non (total BPFS-C < 66)	378	18	95,5
	Oui (total BPFS-C ≥ 66)	43	42	49,4
	Pourcentage global			87,3
Facteur des comportements impulsifs et perturbateurs	Non (total BPFS-C < 66)	380	16	96,0
	Oui (total BPFS-C ≥ 66)	37	4	56,5
	Pourcentage global			89,0

Abréviation: BPFS-C = Borderline Personality Features Scale for Children

L'ajout du facteur dysrégulation dans le modèle permet d'améliorer la prédiction des traits limites, comme dans le modèle de régression de base où aucun prédicteur n'est entré, 82,3% des participants sont classés correctement alors que l'introduction du premier facteur permet d'augmenter la prédiction à 87,3%. Le modèle présente une excellente spécificité, 95,8% des sujets qui présentent peu de traits limites ont été classifiés correctement en fonction de l'endossement des items du facteur dysrégulation. Toutefois, la sensibilité du modèle est plutôt faible, 49,4% des participants qui présentent un grand nombre de traits limites étant correctement classifiés sur la base de l'endossement des items de ce facteur. Le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs a par la suite été introduit dans le modèle, ce qui a permis d'améliorer la prédiction des traits limites avec un pourcentage global de 89%. Une légère amélioration de la spécificité du modèle est observée suite à l'introduction du deuxième facteur dans le modèle de régression (96%) et une amélioration est également relevée quant à la sensibilité, 56,5% des participants qui présentent un grand nombre de traits limites étant correctement classifiés sur la base de l'endossement des items du facteur dysrégulation et du facteur des comportements impulsifs et perturbateurs.

Afin d'évaluer la présence de différence au plan de l'endossement du premier ou deuxième facteur en fonction du genre ou du groupe d'âge, des analyses de variance ont été réalisées. Les statistiques descriptives de la somme des items composant le facteur dysrégulation et le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs sont présentées dans le Tableau 16.

Tableau 16

Statistiques descriptives de la somme des items composant le facteur dysrégulation et le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs

	Min	Max	<i>M</i>	<i>E.S.</i>	Asymétrie	Kurtose
Facteur dysrégulation ¹	0	12	2,33	.12	1.26	1.10
Facteur des comportements impulsifs et perturbateurs ²	0	13	2,94	.11	.830	.33

¹ n = 489 (272 filles ; 193 garçons)

² n = 493 (273 filles ; 195 garçons)

Les indices de dispersion montrent qu'il y a peu de données manquantes et aucune donnée aberrante. Les indices d'asymétrie et de voussure ont permis de confirmer la normalité de la distribution des données. Une première ANOVA a été effectuée avec le genre en tant que variable indépendante. L'homogénéité des variances (homoscédasticité) a été évaluée via le test de Levene, comme le respect de ce postulat est nécessaire afin de pouvoir interpréter les résultats de l'ANOVA. Le test de Levene s'avère significatif pour le facteur dysrégulation ($p < .05$), signifiant que l'hypothèse nulle de l'homogénéité des variances doit être rejetée, les variances entre les groupes étant hétérogènes. Pour le deuxième facteur, le test de Levene se révèle non significatif ($p = .585$), ce qui signifie que l'hypothèse nulle de l'homogénéité des variances ne peut être rejetée, confirmant le respect du postulat d'homoscédasticité. Ainsi, seuls les résultats pour le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs pourront être considérés étant donné le non-respect du postulat d'homogénéité des variances pour le facteur dysrégulation. Les résultats de l'ANOVA pour le deuxième facteur montrent la présence d'une différence significative entre les genres, les garçons endossant davantage les items du facteur des comportements impulsifs et perturbateurs que les filles ($F(1, 466) = 5.294, p = .022, d = .22$).

Une deuxième ANOVA a été effectuée avec le groupe d'âge en tant que variable indépendante. Le test de Levene s'avère significatif pour le facteur dysrégulation ($p < .05$), signifiant que l'hypothèse nulle de l'homogénéité des variances doit être rejetée, les variances entre les groupes étant hétérogènes. Pour le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs, le test de Levene s'avère non significatif ($p = .078$), ce qui signifie que l'hypothèse nulle de l'homogénéité des variances ne peut être rejetée, confirmant le respect du postulat d'homoscédasticité. Encore une fois, seuls les résultats pour le deuxième facteur pourront être considérés étant donné le non-respect du postulat d'homogénéité des variances pour le premier facteur. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes d'âge quant à l'endossement des items du facteur des comportements impulsifs et perturbateurs ($F(1, 491) = .431, p = .512$).

Une dernière régression logistique binaire a été réalisée en entrant seulement le facteur dysrégulation (6 items) dans le modèle, comme dans les précédentes analyses, la majorité de la variance expliquée et de la prédiction de l'appartenance au groupe ayant un grand nombre de traits limites est attribuable à ce facteur. Dans le modèle de régression de base où aucun prédicteur n'est entré, 82,3% des participants sont classés comme étant non limites et 17,7% sont classés dans le groupe présentant un grand nombre de traits limites. Par la suite, l'introduction du facteur dysrégulation dans le modèle de régression améliore significativement la prédiction des traits limites, $\chi^2 = (1, N = 486) = 118.594, p < .001$. Ce modèle à un seul prédicteur permet d'expliquer 35,7% de la variance de la variable dépendante, soit la présence d'un grand nombre de traits limites. Par la suite, le test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow s'avère non significatif ($\chi^2 = (2, N = 486) = 2.068, p = .356$), ce qui signifie qu'il existe un bon ajustement entre la prédiction et la réalité. Le tableau de classification montre que le modèle avec prédicteur permet de classer correctement 87,2% des sujets, en comparaison à 82,3% dans le modèle sans prédicteur. Les résultats de la régression logistique sont présentés dans le Tableau 17.

Tableau 17

Présence de traits limites en fonction du facteur dysrégulation (6 items)

	β	<i>SE</i> β	Wald	Rapport de cote	I.C. de 95% pour le rapport de cotes	
					Inférieur	Supérieur
Facteur dysrégulation	1.095	.116	89.179*	2.989	2.381	3.752
Constante	-4.129	.340	147.620*	.016		

* $p < .001$

Le test de Wald est significatif suivant l'introduction du facteur dysrégulation dans le modèle de régression, ce qui signifie que ce prédicteur améliore significativement la prédiction des traits limites. Pour chaque changement de catégorie supérieure au sein du facteur dysrégulation, il y a 2,99 fois plus de risque que le participant fasse partie du groupe ayant un grand nombre de traits limites, le rapport de cote étant significatif, $IC = [2.381 - 3.752]$. La sensibilité et la spécificité du modèle sont présentées dans le Tableau 18.

Tableau 18

Prédiction de l'appartenance au groupe ayant un grand nombre de traits limites en fonction du facteur dysrégulation (6 items)

	Observée	Prédite		Pourcentage global
		Non (total BPFS-C < 66)	Oui (total BPFS-C \geq 66)	
Facteur dysrégulation	Non (total BPFS-C < 66)	382	18	95,5
	Oui (total BPFS-C \geq 66)	44	42	48,8
	Pourcentage global			87,2

Abréviation : BPFS-C = Borderline Personality Features Scale for Children

L'insertion du facteur dysrégulation dans le modèle de régression améliore la prédiction des traits limites, comme dans le modèle de base où aucun prédicteur n'est entré, 82,3% des participants sont classés correctement alors la prédiction augmente à 87,2% suivant son introduction dans l'analyse. Le modèle présente une excellente spécificité, 95,5% des sujets qui présentent peu de traits limites ont été correctement classifiés en fonction de l'endossement des items du facteur dysrégulation. Toutefois, la capacité des items de ce facteur à discriminer les adolescents qui présentent un grand nombre de traits limites de ceux

qui en présentent moins (score de 65 et moins au BPFS-C) demeure limitée, la sensibilité du modèle étant de 48,8%.

Chapitre 4 : Discussion

La présente thèse de doctorat a porté sur une problématique particulière dont les premières manifestations sont observées à l'adolescence, soit le TPL, tout en empruntant le cadre de travail de la psychopathologie développementale. En accord avec le principe de continuité hétérotypique, l'objectif général était de documenter les particularités dans la présentation des traits limites pendant la période de l'adolescence tout en considérant l'âge et le genre dans ces particularités. La validité des symptômes se situant sur le spectre de l'internalisation – externalisation en tant que manifestations appropriées au développement de la présence de traits limites à l'adolescence a été investiguée. En ce sens, un nombre considérable de travaux de recherche rapporte des associations rétrospectives, mais également prospectives entre la présence de symptômes et troubles internalisés et externalisés durant l'enfance et le développement ultérieur du TPL (Belsky et al., 2012; Burke et Stepp, 2012; Conway et al., 2015; Crawford et al., 2001; Fischer et al., 2002; Haltigan et Vaillancourt, 2016; Helgeland et al., 2005; Hill, 2003; Kasen et al., 1999; Krischer et al., 2007; Stepp, Burke et al., 2012; Tackett et al., 2009). C'est donc dans une optique de dépistage précoce des traits limites, afin d'identifier rapidement et efficacement cette problématique, que la présente thèse de doctorat a été réalisée. Des études préliminaires montrent des résultats encourageants quant à une intervention précoce sur cette problématique, permettant de réduire l'intensité de la symptomatologie et de certaines manifestations (Biskin, 2013; Chanen et al., 2008; Katz et al., 2004; Larrivée, 2013). C'est donc dans une visée exploratoire que les divers objectifs de la présente thèse ont été poursuivis, comme peu de recherches ont porté sur le sujet jusqu'à maintenant.

Symptômes Internalisés, Externalisés et Traits Limites à l'Adolescence

Dans un premier temps, la présence de traits limites, de symptômes internalisés et externalisés a été explorée parmi l'échantillon recruté et certaines particularités ont été relevées en fonction du groupe d'âge et du sexe des participants. Sur le plan des symptômes internalisés, des différences émergent entre les genres et entre les groupes d'âge sans que

l'effet d'interaction de ces variables ne s'avère significatif. Ces résultats suggèrent que parmi l'échantillon de la présente thèse, les adolescents plus âgés ainsi que le genre féminin sont associés à davantage de problèmes internalisés. Des résultats encore plus intéressants émergent lorsque la présence d'effets simples et d'interaction du genre et du groupe d'âge sur les traits limites est explorée. Le test d'interaction s'est avéré significatif, suggérant que l'effet du genre ne semble pas être le même quant à la présence de traits limites en fonction du groupe d'âge. L'analyse des effets principaux simples a permis d'observer que l'effet du genre n'est pas le même parmi le groupe âgé entre 15 et 18 ans, le score total au BPFS-C augmentant avec l'âge chez les filles et diminuant avec l'âge chez les garçons, la différence entre les genres atteignant un niveau de significativité parmi le groupe d'adolescents plus âgés.

Ce résultat suggère que les traits limites, parmi l'échantillon sondé et tels que mesurés par le BPFS-C, sont davantage prévalents parmi les adolescentes, en comparaison à leur homologues masculins, cette différence augmentant avec l'avancement en âge. Cette observation est en accord avec certaines études préliminaires montrant un profil des traits limites avec des nuances et particularités en fonction du genre et ce, dès la période de l'adolescence (Bradley et al., 2005; Zanarini et al., 2011; Kaess et al., 2014), ces différences ayant été rapportées parmi davantage d'études réalisées auprès d'une population adulte (Grant et al., 2008; Johnson et al., 2003; McCormick et al., 2007; Sansone et Sansone, 2011; Silberschmidt et al., 2015; Tadic et al., 2009; Zanarini et al., 1998; Zlotnick et al., 2002). La littérature existante à ce sujet dépeint un profil plus « internalisé » du TPL chez les femmes, avec des comorbidités plus fréquentes avec des problématiques affectives (Grant et al., 2008; Tadic et al., 2009), des troubles anxieux (McCormick et al., 2007; Tadic et al., 2009) dont le trouble de stress post-traumatique (Grant et al., 2008; Johnson et al., 2003; Zanarini et al., 1998), un trouble des conduites alimentaires (Johnson et al., 2003; Tadic et al., 2009; Zanarini et al., 1998) ou une présentation plus histrionique (McCormick et al., 2007). Le profil masculin tend à être plus « externalisé », avec des problématiques au plan de la consommation (Grant et al., 2008; Johnson et al., 2003; Tadic et al., 2009; Zanarini et al., 1998), de l'impulsivité et comorbide à d'autres troubles de la personnalité comme le TPA et le trouble de personnalité narcissique (Banzhaf et al., 2012; Grant et al., 2008; Johnson et al.,

2003; Zanarini et al., 1998). Dans leurs conclusions, ces études se rejoignent sur le constat qu'il existe beaucoup plus de similarités que de différences entre les profils féminins et masculins du TPL et que ces différences reflètent des particularités qui sont souvent présentes dans la population générale des hommes et des femmes. La différence entre les genres observée quant à la présence de symptômes internalisés dans les résultats de la présente thèse s'inscrit dans cette lignée, les filles présentant significativement plus de symptômes internalisés que les garçons, particulièrement parmi le groupe plus âgé. Elles présentent également plus de traits limites que ceux-ci, la différence devenant significative parmi le groupe d'adolescents âgé entre 15 et 18 ans, suggérant un profil caractérisé par une combinaison de traits limites et de symptômes internalisés, de problèmes affectifs. Le genre masculin n'est toutefois pas associé à un profil plus externalisé comme il aurait été possible de s'y attendre, la différence entre les genres n'apparaissant pas statistiquement significative. En fait, les symptômes externalisés rapportés par les garçons entre les deux groupes d'âge sont en proportion très similaires, alors que pour les filles, ce taux augmente parmi le groupe plus âgé en comparaison au groupe plus jeune, sans atteindre le seuil de significativité. Les différences au plan du genre semblent également se refléter dans les variables apportant la plus grande contribution unique à la prédiction des traits limites, celle-ci étant les problèmes identitaires pour les filles et les comportements autodestructeurs pour les garçons dans la présente thèse. Ces derniers endossent également davantage le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs que les filles, ce qui est encore une fois en accord avec les particularités relatives au profil du TPL en fonction du genre. Les résultats de la présente thèse suggèrent donc, comme d'autres avant, que le portrait et la nature de ce trouble de la personnalité se doit d'être considéré en regard à la période développementale pendant laquelle il se développe tout en considérant les variables propres au genre, comme elles sont susceptibles de générer certaines nuances ou subtilités dans la présentation.

Il est important de préciser que l'instrument employé dans la présente thèse consiste en une mesure dimensionnelle des traits limites, visant à capter un éventail de manifestations variant en sévérité et adapté à la période particulière de la préadolescence et de l'adolescence. Ainsi, bien qu'une différence notable ait été relevée entre les filles et les garçons, particulièrement dans le groupe âgé entre 15 et 18 ans, il n'est pas possible de déterminer si celle-ci atteint un seuil clinique, cette éventualité n'ayant pas été évaluée dans le cadre de la

présente thèse. La distribution Z du score total obtenu au BPFS-C a permis d'identifier un groupe d'adolescents qui présente un grand nombre de traits limites, soit un score d'un écart-type et plus au-dessus de la moyenne. La moyenne obtenue au BPFS-C dans l'échantillon de la présente thèse est de 66, soit la même valeur que le seuil identifié par Chang et son équipe (2011) par l'analyse de courbes ROC auprès d'un échantillon clinique d'adolescents. La proportion d'adolescents qui présente un score de 66 et plus dans le présent échantillon est relativement élevée, soit 18,13% des cas. Le BPFS-C étant un instrument de mesure dimensionnel évaluant la sévérité des traits limites et non un instrument diagnostique du TPL, il est fort probable que cet outil capte une grande variété de symptômes, dont des manifestations potentiellement sous-cliniques. L'évaluation d'une grande variété de symptômes et de manifestations liée au TPL est adaptée à la période particulière de la jeune adolescence puisqu'elle permet non seulement de capter les individus qui présentent déjà un niveau de sévérité important à cet âge, mais également ceux qui peuvent être considérés à risque. En lien avec cette idée, un résultat qui sera discuté un peu plus loin est celui de l'association entre les traits limites et les manifestations sur le spectre de l'internalisation-externalisation, celle-ci étant généralement plus forte parmi le groupe de jeunes adolescents que parmi le groupe d'adolescents plus âgés. En ce sens, la personnalité étant encore en développement à cet âge, il est important de s'attarder à l'ensemble des trajectoires pouvant possiblement mener au développement d'un TPL. Avec les processus maturationnels en œuvre, combinés aux influences proximales et distales de l'environnement, les symptômes émotionnels, cognitifs et comportementaux d'une psychopathologie en particulier, dans le cas présent le TPL, peuvent fluctuer dans le temps. En outre, des symptômes sous-cliniques d'une psychopathologie et même, des manifestations en apparence non pathologiques à un moment particulier du développement peuvent laisser présager un niveau clinique de psychopathologie ultérieurement (Crick et al., 2005). Les résultats abordés jusqu'à présent suggèrent que des traits limites peuvent être présents dès la jeune adolescence, la présence et l'intensité étant comparable à celle observée dans le groupe d'adolescents plus âgé, et que les différences observées en fonction du genre s'avèrent significatives à compter du milieu de l'adolescence, reflétant possiblement un processus de consolidation de la personnalité et des troubles de la personnalité en cours.

Une importante association entre les comportements se situant sur le spectre de l'internalisation-externalisation et les traits limites est observée dans la présente thèse, l'ensemble des corrélations étant jugées modérées à fortes ($r = .540$ et plus). Cette relation est particulièrement importante chez les jeunes adolescents, ceux-ci présentant des coefficients de corrélation plus élevés entre les échelles du YSR et le BPFSC-C que parmi le groupe d'adolescents plus âgés. Ce résultat suggère un profil plus symptomatique, avec des manifestations comportementales et affectives plus aiguës des traits limites à la jeune adolescence en comparaison à un âge plus avancé où le profil prend une teinte plus internalisée. Une seule association est plus importante parmi le groupe âgé entre 15 et 18 ans, soit celle entre les problèmes internalisés et les traits limites chez les garçons, ce qui est en accord avec le résultat de la première ANOVA à deux facteurs qui a révélé la présence d'une différence significative entre les groupes d'âge quant au score T internalisé, le groupe d'adolescents âgés entre 15 et 18 ans en présentant en plus grand nombre que le groupe d'adolescents âgés entre 11 et 14 ans. Ce résultat est plutôt surprenant et à l'encontre de l'hypothèse stipulant que le groupe de jeunes adolescents présenterait davantage de problèmes internalisés et externalisés que le groupe plus âgé. Par ailleurs, les analyses corrélationnelles montrent que pour les garçons, l'association entre les problèmes internalisés et les traits limites est toujours plus forte que la corrélation entre les comportements externalisés et les traits limites et ce, particulièrement pour la tranche d'âge de 15 à 18 ans. Pour les filles, c'est l'inverse qui est observé, soit l'association entre les comportements externalisés et les traits limites qui est toujours plus élevée que la corrélation entre les symptômes internalisés et les traits limites, cet écart se rétrécissant toutefois pour les adolescentes âgées entre 15 et 18 ans. En même temps, les analyses de variance réalisées en utilisant le score total internalisé (plutôt que le score T) montrent une différence statistiquement significative entre les genres sur ce plan, les filles présentant davantage de symptômes internalisés que les garçons. À la base, la moyenne aux comportements externalisés est toujours inférieure à la moyenne des problèmes internalisés, suggérant que ces derniers sont plus fréquemment endossés et rapportés par les participants. Les adolescentes qui présentent un grand nombre de comportements externalisés représentent peut-être un sous-groupe particulièrement à risque de présenter des traits limites, en raison possiblement de difficultés d'autorégulation préalables.

Validité du YSR en tant que Mesure des Traits Limites à l'Adolescence

Le YSR (Achenbach et Rescorla, 2001) est un questionnaire auto-rapporté évaluant les problèmes émotionnels et comportementaux à la préadolescence et à l'adolescence (11 à 18 ans). Couramment utilisé en contexte de recherche et d'évaluation clinique, ce questionnaire accessible et simple à compléter présente des qualités psychométriques bien établies (Fonseca-Pedrero et al., 2011; Ivanova et al., 2007). Dans un contexte où la validité du TPL à l'adolescence est depuis peu reconnue et que peu d'instruments d'évaluation et de dépistage de ce trouble lorsqu'il se manifeste à l'adolescence existent, l'hypothèse à l'effet que certaines sous-échelles ou certains items du YSR pourraient captent des manifestations liées au TPL à l'adolescence s'est avérée pertinente à tester.

Dans un premier temps, la validité du profil de dysrégulation au YSR à identifier les adolescents qui présentent un grand nombre de traits limites a été évaluée. Le profil de dysrégulation au YSR, lorsque les critères initiaux, plus conservateurs, sont utilisés, s'est avéré très peu endossé parmi les adolescents de la population générale composant l'échantillon de la présente thèse, soit chez une seule participante, qui présentait également un grand nombre de traits limites. Quand les critères plus libéraux sont privilégiés, comme la présence d'un score T de 60 et plus (plutôt que 70) aux échelles des comportements agressifs, des problèmes attentionnels et de l'anxiété/dépression (Meyer et al., 2009) ou une somme des scores T à ces trois échelles de 180 et plus (Faraone et al., 2005), des différences émergent entre les adolescents ayant peu de traits limites et ceux qui en présentent beaucoup, ces derniers endossant davantage le profil de dysrégulation au YSR. La magnitude de la différence est de grande taille avec les critères de Meyer et ses collègues (2009) et elle l'est encore plus avec les critères de Faraone et son équipe (2005).

Ces résultats sont en accord avec ceux de Vrouva (2012) où, lorsque les critères conservateurs sont utilisés (score T de 70 et plus aux trois échelles), les participants ayant le profil de dysrégulation au TRF et au CBCL, mais pas au YSR, présentent significativement plus de traits pathologiques que les participants qui ne présentent pas le profil de dysrégulation. Toutefois, lorsque les critères davantage libéraux sont appliqués (score T de 60 et plus aux trois échelles ou somme des trois échelles égale à 180 ou plus), le profil de

dysrégulation au TRF, au CBCL et au YSR est associé à davantage de traits pathologiques, cette différence étant significative en comparaison aux groupes ne présentant pas le profil de dysrégulation. Il est possible que la nature de l'échantillon composant la présente thèse, recruté dans la population générale, influence la proportion d'adolescents répondant aux critères du profil de dysrégulation, la proportion qui aurait été observée parmi un échantillon clinique aurait probablement été plus grande. En comparaison, l'échantillon de Vrouva (2012) est composé de participants fréquentant un centre communautaire dispensant notamment des services de psychothérapie, ce qui représente une population distincte de celle recrutée parmi la population générale. La validité discriminante du profil de dysrégulation (somme des trois échelles égale ou supérieure à 180) a été explorée dans l'étude de Vrouva (2012) via une analyse de courbes ROC afin d'identifier le seuil maximisant la sensibilité et la spécificité, tout en minimisant le risque d'erreur. Elle obtient un score de 190 en tant que critère seuil, générant une sensibilité de 59% et une spécificité de 55%, ce qui représente des indices somme toute bas.

Les conclusions pouvant être tirées quant à la validité du profil de dysrégulation en tant que mesure de traits de personnalité pathologique demeurent limitées comme bien peu d'études ont porté sur le sujet à ce jour. Celles-ci tendent à conceptualiser le profil de dysrégulation à l'ASEBA comme étant un indicateur cliniquement significatif de la présence relativement stable de difficultés au plan de la régulation affective, comportementale et cognitive (Carlson et al., 2009; Salvatore et al., 2008; Vrouva, 2012). La présence de ce profil permet ainsi d'identifier un sous-groupe à risque de développer une problématique chronique au plan de l'autorégulation, dont possiblement un trouble de la personnalité, mais n'est pas spécifique au développement de cette pathologie, ce qui est en accord avec les principes d'équifinalité et de multifinalité (Althoff et al., 2006; Halperin et al., 2011; Hudziak et al., 2005; Vrouva, 2012). Cela est également en accord avec les études s'intéressant à l'étiologie du TPL, la nature multifactorielle de cette problématique étant bien documentée à ce jour (p.ex. tempérament, expériences d'abus et de maltraitance, attachement insécure de type désorganisé, etc.) (Crowell et al., 2009; Leichsenring et al., 2011; MacIntosh et al., 2015; Skodol et al., 2002; Torgersen, 2009).

Par la suite, la validité de construit des symptômes se situant sur le spectre de l'internalisation-externalisation en tant que manifestations appropriées au développement de la présence de traits limites a été explorée. Plus précisément, la validité de certains items du YSR (l'un des nombreux instruments de l'ASEBA développés afin d'évaluer une variété de problèmes émotionnels et comportementaux) à mesurer la présence de traits limites lorsque ceux-ci se manifestent à l'adolescence a été examinée. Cet objectif est en lien avec les résultats de recherche qui font état d'une présentation du TPL davantage éclatée et hétérogène à l'adolescence, une présentation primaire et « pure », en fonction des critères diagnostiques du DSM (APA, 2003, 2013), étant rarement rencontrée. En ce sens, jusqu'à 60% des adolescents qui présentent un TPL répondent également aux critères d'une comorbidité complexe, représentant la coexistence de troubles internalisés et externalisés (Chanen, Jovev et Jackson, 2007; Eaton et al., 2011; Fonagy et al., 2015). À ce jour, quelques études se sont intéressées à cette question, mais les devis de recherche différaient au plan des instruments de l'ASEBA sélectionnés et des critères de sélection des items, de la méthode d'évaluation des traits limites et de la nature de l'échantillon composant ces études. Dans ce contexte, l'objectif principal de cette thèse était d'évaluer la validité de construit du YSR en tant qu'instrument de dépistage des traits limites à l'adolescence. Un processus de sélection statistique des items a été effectué, c'est-à-dire que seuls les items qui se distribuent normalement et qui présentent un coefficient de corrélation paramétrique (r de Pearson) et les items qui ne se distribuent pas normalement et qui présentent un coefficient de corrélation non paramétrique (ρ de Spearman) égal ou supérieur à .30 ont été retenus. Ces items, au nombre initial de 42 et couvrant une variété de manifestations comportementales, affectives et cognitives, ont été soumis à une série d'analyses factorielles. En ce sens, plusieurs analyses ont dû être réalisées afin d'identifier la solution finale permettant de maximiser la reproduction de la matrice de corrélation initiale, tout en présentant un minimum de résidus.

Les analyses factorielles ont montré, de façon consistante, que le premier facteur est constamment composé des mêmes items et explique à lui seul la majorité de la proportion de la variance des modèles. Les deux autres facteurs en importance apportent une contribution beaucoup plus limitée à la variance expliquée du modèle et celle-ci est davantage instable. Le deuxième et troisième facteur semblent, en effet, capter des manifestations davantage générales, voire différentes de la nature du construit des traits limites. En ce sens, la plus

grande proportion de variance expliquée de l'ensemble des analyses factorielles réalisées a été obtenue lorsque seuls les items du premier facteur ont été entrés dans l'analyse.

Par la suite, afin d'identifier la solution factorielle qui offre la meilleure prédiction de l'appartenance au groupe ayant un grand nombre de traits limites (score de 66 et plus au BPFS-C), une série de régressions logistiques binaires a été réalisée. Les modèles de régression ont montré que seuls les deux premiers facteurs apportaient de façon consistante une contribution substantielle à la prédiction des traits limites. Le deuxième facteur, qui semble capter des comportements impulsifs et perturbateurs est significativement plus endossés par les garçons que par les filles. Le premier facteur, qui regroupe diverses manifestations de dysrégulation, est toutefois celui qui semble se rapprocher le plus du construit de traits limites tel que mesuré par le BPFS-C et ce facteur offre la meilleure prédiction des traits limites tout en demeurant un modèle parcimonieux au final.

Le fait d'avoir réalisé plusieurs analyses factorielles exploratoires a permis de dégager un sens suivant la contribution persistante de certains groupes de variables. Le retrait progressif des items qui présentaient des saturations factorielles moins claires ou problématiques a permis d'isoler et d'identifier un patron dans la variance expliquée par certaines variables en particulier. Les précédents modèles factoriels montrent, de façon consistante au plan théorique et statistique que le premier facteur contribue à expliquer à lui seul la majorité de la variance du modèle factoriel. Le deuxième facteur, qui semble capter un profil davantage antisocial avec des comportements perturbateurs, apporte une certaine contribution, tout comme le troisième facteur, mais leur contribution apparaît secondaire comparativement à celle du premier facteur. En ce sens, il y a une plus grande variance expliquée par le premier facteur lorsqu'inséré dans l'analyse sous un modèle unifactoriel (47,15%) en comparaison à un modèle trifactoriel (41,58%). Cette solution unifactorielle apparaît davantage parcimonieuse, expliquant un maximum de variance pour un nombre limité d'items (6), tout en étant plus près au plan conceptuel des traits limites que la nature du deuxième (comportements impulsifs et perturbateurs) et troisième (anxiété) facteurs. De plus, les deuxième et troisième facteurs ont une contribution moins stable et spécifique dans les modèles factoriels, ceux-ci s'inversant en termes de variance expliquée entre le modèle à 25 items et celui à 24 items. Le premier facteur, qui semble capter diverses manifestations

liées à la dysrégulation (affective et au plan de l'estime personnelle), explique, dans la majorité des cas, la plus grande proportion de variance et ce, tant dans les modèles factoriels que de régressions logistiques binaires. Dans le premier modèle à 42 items (10 facteurs), il apporte la deuxième contribution plus importante avec 6,54% de variance expliquée, alors qu'il en est de 18,21% pour le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs. Toutefois, à partir du modèle à 26 items (5 facteurs), c'est le facteur dysrégulation qui explique la majorité de la variance, soit 24,72% en comparaison à 8,08% pour le deuxième facteur. La variance expliquée augmente progressivement dans les analyses à 26, 25, 24 et 18 items (entre 24,72% et 26,75%) et elle double presque (47,15%) lorsque seuls les six items du facteur dysrégulation sont insérés dans l'analyse factorielle. Il y a toutefois davantage de résidus au terme de cette dernière analyse en comparaison à celles incluant 18 items et plus. Comme l'analyse factorielle s'intéresse à la covariance entre les variables plutôt qu'à la variance totale, comme dans l'analyse par composantes principales, l'augmentation des résidus était à prévoir étant donné qu'un grand nombre de variables a été retiré de l'analyse, passant de 42 à six. La matrice de corrélation ne reproduira jamais les corrélations originales parfaitement étant donné que seule la variance commune est conservée et les résidus seront d'autant plus élevés si seule une partie des facteurs est conservée (Durand, 2003). Dans la solution factorielle finale, seul le facteur dysrégulation a été conservé, soit un seul facteur sur les trois, cinq ou dix composant les modèles factoriels qui ont précédés, faisant en sorte qu'il y a davantage de résidus.

Comme mentionné précédemment, les items composant ce facteur se rapprochent au plan conceptuel des manifestations liées à la dysrégulation au sein du TPL. Ces items décrivent diverses manifestations de dysrégulation au plan affectif (p.ex. item 12. Je pleure beaucoup) et au plan de l'estime personnelle (p.ex. item 35. Je me sens inférieur(e) ou dévalorisé(e)). Tel qu'abordé précédemment, un consensus émerge quant au rôle central de la dysrégulation affective dans la dynamique du TPL (Carpenter et Trull, 2013; Clifton et Pilkonis, 2007; Crowell et al., 2009; Glenn et Klonsky, 2009). Plusieurs des critères diagnostiques du TPL dans le DSM (APA, 2003, 2013) reflètent des déficits au plan de la régulation émotionnelle, comme la présence de colère intense et inappropriée et un sentiment chronique de vide (Glenn et Klonsky, 2009). Cette manifestation a également une influence sur les autres symptômes du TPL, la présence de dysrégulation émotionnelle pouvant

entraîner, voire générer plusieurs autres manifestations de ce trouble de la personnalité, tels que les comportements impulsifs et à risque (Stepp, Scott et al., 2014). En raison de facteurs étiologiques tempéramentaux et environnementaux, les individus ayant un TPL présentent une plus grande sensibilité aux stimuli d'ordre émotionnels, une intensité plus grande dans les réactions affectives et une difficulté plus importante à revenir à l'état émotionnel de base en raison de déficits au plan de l'autorégulation (Conklin et al., 2006; Shedler et Westen, 2004).

Les modèles théoriques d'influence de la conceptualisation du TPL pointent la contribution majeure de la dysrégulation affective dans la dynamique de ce trouble, comme dans le modèle biosocial de Linehan (1993). Selon ce modèle, les individus ayant un TPL ont généralement vécu dans un environnement invalidant pendant l'enfance en plus de présenter une plus grande sensibilité au plan émotionnel et ce, dès la naissance. Ces prédispositions tempéramentales conjuguées à un environnement invalidant mènent à une propension à ressentir des affects plus intenses plus fréquemment, rendant difficile l'apprentissage de stratégies efficaces de régulation émotionnelle. La difficulté à réguler adéquatement ses émotions risque de générer divers comportements et stratégies mésadaptées (p.ex. automutilation, consommation, etc.), dans le but de réduire la charge des affects intenses et douloureux activés. Ces stratégies mésadaptées génèrent elles-mêmes des conséquences négatives, ce qui renforce la sensibilité émotionnelle chez l'individu, résultant en un pattern récurrent de dysrégulation affective (Crowell et al., 2009; Linehan, 1993; Lynch et al., 2006; Reeves et al., 2010).

La diffusion identitaire et les affects sont également au cœur de la théorie des relations d'objet de Kernberg (1976, 1984). Cette théorie psychanalytique d'importance lie le développement de la personnalité et des troubles de la personnalité aux particularités et caractéristiques des relations objectales précoces intériorisées, celles-ci représentant à la fois des contenus de l'appareil psychique et des éléments organisateurs de la structure de la personnalité. Durant la petite enfance et à l'âge préscolaire, il est normal d'observer une difficulté à intégrer les affects et représentations opposés de soi et des autres (Kernberg, 1976, 1984). De plus, ces représentations « toutes bonnes » ou « toutes mauvaises » à propos de soi et des autres sont liées à des situations externes et varient considérablement en fonction de

celles-ci et des affects activés. Durant cette phase, les représentations idéalisées demeurent dissociées afin de ne pas être contaminées par les représentations chargées d'agressivité (Kernberg, 1976, 1984). Graduellement, avec le développement sociocognitif et le vécu d'expériences moins chargées sur le plan affectif, les représentations de soi et des autres deviennent de plus en plus intégrées et nuancées, composées à la fois d'éléments positifs et négatifs (Clarkin et al., 2007). Elles sont de moins en moins associées à un événement spécifique en particulier, mais de plus en plus liées à des attributions globales (Cicchetti et Toth, 1995; Geiger et Crick, 2010). Cette intégration ne serait pas bien acquise par les gens ayant un TPL, ceux-ci ayant un Moi et une structure de personnalité plus immature : les attributions sont donc susceptibles de varier en fonction des situations rencontrées et surtout, des affects activés. Ces personnes ne seraient pas en mesure de maintenir à la conscience et de considérer les événements antérieurs qui leur permettraient de nuancer leur perception de la situation en cours puisque les représentations opposées sont hors du champ de la conscience en raison des affects activés et du mécanisme de défense du clivage (Kernberg, 1976, 1984).

Bien que la dysrégulation affective soit au cœur de la dynamique du TPL et que les items regroupés sous le premier facteur semblent capter des manifestations qui y sont typiquement reliées, celles-ci demeurent non spécifiques ou exclusives au TPL. La plus faible variance expliquée observée lorsque ces items sont entrés dans l'analyse de régression logistique en comparaison à leur entrée dans l'analyse factorielle sous-tend qu'il y a d'autres variables en jeu dans la prédiction des traits limites. Cette observation peut s'expliquer par un principe majeur en psychopathologie développementale, soit le concept de multifinalité. En ce sens, un même facteur de risque peut être impliqué dans l'étiologie et dans la dynamique de plusieurs psychopathologies, son action n'étant pas spécifiquement reliée à l'émergence d'un seul phénomène. Ce résultat est en accord avec les conclusions de Vrouva (2012) où la sensibilité de son modèle demeure limitée pour le facteur limite avec 60% des adolescents qui présentent un grand nombre de traits limites ayant endossé également les items de ce facteur. En comparaison, dans la présente thèse, 48,8% des adolescents qui présentent un grand nombre de traits limites au BPFS-C endossent également les items du facteur dysrégulation, ce qui est inférieur aux résultats obtenus par Vrouva (2012). Toutefois, la spécificité des items du profil « limite » est grandement supérieure dans la présente thèse,

les adolescents ayant peu de traits pathologiques au BPFS-C n'endossant pas, dans 95,5% des cas, les items du facteur dysrégulation. En comparaison, la spécificité du modèle de Vrouva (2012) au plan du facteur limite est de 55%, résultant en davantage de faux positifs. Les résultats de la présente thèse suggèrent qu'il est très peu probable qu'un participant présente des traits limites dans le contexte où il n'endosserait pas les six items du premier facteur. Toutefois, lorsqu'un participant présente un grand nombre de traits limites, il y a 48,8% de chances qu'il ait également endossé les six items du premier facteur, dépistant ainsi environ un adolescent sur deux qui présente un grand nombre de traits limites. Les manifestations décrites par les six items composant le facteur retenu semblent donc capter certains symptômes observés au sein du TPL, sans qu'elles ne soient exclusives, spécifiques et nécessaires à la présence de traits limites, tels que mesurés par le BPFS-C. D'un autre côté, il y a très peu de chance qu'un adolescent qui présente peu de traits limites au BPFS-C endosse les items du facteur dysrégulation, représentant une excellente spécificité et donc, très peu de faux positifs.

La plus grande sensibilité du facteur limite obtenue par Vrouva (2012) en comparaison aux résultats de la présente thèse pour le facteur dysrégulation peut possiblement s'expliquer en partie par la nature différente des échantillons recrutés. Rappelons que l'étude de Vrouva (2012) porte sur un échantillon composé d'adolescents et de jeunes adultes fréquentant un centre communautaire de Londres en Angleterre dispensant divers services de relation d'aide, représentant une population distincte de celle de l'échantillon de la présente thèse, les adolescents ayant été recrutés dans divers milieux scolaires et camps de jour de la région de la Capitale-Nationale et des environs (Chaudière-Appalaches et Bas-Saint-Laurent). Ainsi, les participants de l'étude de Vrouva (2012) présentent une symptomatologie probablement plus sévère que l'échantillon composant la présente thèse étant donné qu'ils ont été recrutés dans un milieu clinique. Les participants de l'étude de Vrouva (2012) sont donc susceptibles d'avoir davantage endossé les items du facteur limite, ce qui contribue à améliorer la spécificité en comparaison à celle observée au terme de la présente thèse. Toutefois, ces indices demeurent, dans l'ensemble, insuffisants. En ce sens, Vrouva (2012) a également testé la validité du profil de dysrégulation au YSR selon les critères de Faraone et ses collaborateurs (2005) (somme de l'échelle de l'agressivité, de l'anxiété/dépression et des problèmes attentionnels égale ou supérieure à 180) et elle

obtient une sensibilité et une spécificité limitées (respectivement 59% et 55%) via une analyse de courbes ROC. Ces résultats se doivent d'être considérés à la lumière des similitudes, mais également des différences entre les items composant les facteurs de la présente thèse et de ceux de Vrouva (2012).

Les résultats de Vrouva (2012) et ceux de la présente thèse se rejoignent quant aux résultats entourant l'effet du genre sur la présence de certains profils émotionnels et comportementaux au YSR. Davantage de garçons que de filles endossent le facteur antisocial (Vrouva, 2012) ou le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs de la présente thèse de même que davantage de filles que de garçons présentent le profil limite dans l'étude de Vrouva (2012) ou le facteur dysrégulation de la présente thèse. Ces résultats sont en accord avec la vaste littérature qui documente une présentation davantage externalisée, désinhibée, impulsive, colérique, agressive avec des comportements autodestructeurs et des conduites à risque chez les hommes et adolescents qui présentent un TPL ou des traits limites (Bradley et al., 2005; Goodman, Patil, et al., 2013; Zanarini et al., 2011) en comparaison aux adolescentes et aux femmes qui tendent à avoir une présentation davantage teintée par la dysrégulation affective, la diffusion identitaire, un sentiment de vide chronique et des préoccupations quant à l'abandon (Bradley et al., 2005; Grant et al., 2008; Johnson et al., 2003; Zanarini et al., 2011; Zlotnick et al., 2002). Ce résultat s'avère toutefois en contradiction avec les précédentes analyses qui ont révélé une association plus importante chez les garçons entre les traits limites et les symptômes internalisés, plutôt qu'entre les traits limites et les comportements externalisés. Lorsque les sous-échelles du YSR ou de tout autre instrument de l'ASEBA sont considérées telles quelles, elles mesurent une catégorie de symptômes répertoriés traditionnellement sur l'axe I dans le DSM-IV (APA, 2003) et probablement trop à un niveau symptomatique pour mesurer ce qui se rapproche des traits pathologiques. En ce sens, les traits de personnalité pathologique relèvent d'une autre forme de psychopathologie tout à fait différente et qui touche la structure de la personnalité, structure psychique qui se développe au long cours. Dans ce contexte, lorsque l'échelle internalisée et l'échelle externalisée du YSR sont considérées en tant que telles, elles mesurent une dimension du fonctionnement psychologique indépendante de la dimension identitaire et de la personnalité. Cette hypothèse pourrait expliquer les associations moins claires et parfois surprenantes relevées dans les analyses corrélationnelles lorsque comparées

aux analyses de variance. D'un autre côté, lorsque l'analyse est tournée vers les items plutôt que les échelles du YSR et que, de par leur association avec les traits limites, les analyses font ressortir l'organisation naturelle entre ceux-ci, il est probable que la structure se rapproche davantage du construit recherché. Bref, en raison de la nature du facteur des comportements impulsifs et perturbateurs, du fait que les garçons endossent davantage ce profil que les filles dans le présent échantillon et que les filles présentent significativement plus de symptômes internalisés que les garçons dans les analyses de variance quand le score total est utilisé (plutôt que le score T, qui est ajusté pour le sexe et l'âge), la corrélation entre les symptômes internalisés et les traits limites chez les garçons se doit d'être modérée.

Constats Généraux

À la lumière de l'ensemble des résultats présentés jusqu'à maintenant, il est maintenant temps de brosser un portrait général des conclusions et des éléments qui se dégagent de cette thèse. Dans un premier temps, le constat répandu dans la littérature scientifique selon lequel il existe de nombreuses interrelations complexes entre les manifestations se situant sur le spectre de l'internalisation-externalisation et les traits limites a été confirmé dans la présente thèse. Malgré la complexité de ces relations, surtout lorsque les échelles des symptômes internalisés et des comportements externalisés sont considérées en tant que telles, il est possible de relever certaines tendances dans la relation entre ces manifestations et les traits limites. La corrélation entre d'une part, l'échelle internalisée et externalisée et d'autre part, les traits limites, est généralement plus forte pour le groupe des jeunes adolescents (11 à 14 ans) en comparaison au groupe d'adolescents plus âgé. Ce résultat est en accord avec ceux de d'autres études où un profil marqué par la présence de symptômes internalisés et externalisés caractériserait les jeunes adolescents où souvent, la présentation clinique est davantage polysymptomatique et où les critères diagnostiques d'un trouble mental ou d'un trouble de la personnalité bien défini ne sont pas rencontrés (Fonagy et al., 2015; Kaess et al., 2014; Kernberg et al., 2000). Il est possible de croire qu'à la jeune adolescence, la personnalité est toujours en développement et qu'il est très peu probable à cette étape développementale d'observer la présence d'un trouble de la personnalité bien

crystallisé et défini. De plus, les enjeux reliés à la puberté ont été associés à plusieurs reprises à une symptomatologie internalisée et externalisée plus importante, particulièrement lorsque celle-ci survient précocement (Caspi et Moffitt, 1991; Ge et al., 2006; Graber, 2013; Graber et al., 1997, 2004; Kaltiala-Heino et al., 2003; Mackrell et al., 2016). C'est possiblement un facteur qui a pu contribuer à l'association entre la symptomatologie internalisée-externalisée et les traits limites observée entre 11 et 14 ans, la puberté survenant typiquement durant cette période, en particulier pour les filles. D'un autre côté, aucune différence significative quant à la présence de traits limites n'a été relevée entre les deux groupes d'âge, ce qui suggère que dès la période de la jeune adolescence, la présence de traits limites peut être détectée.

Les résultats ont également mis en lumière que la présence de traits limites, tels qu'évalués par le BPFSC-C parmi un échantillon de jeunes adolescents et d'adolescents recruté dans la population générale de la région de Québec et des environs est relativement élevée. En effet, une proportion considérable d'adolescents (18,13%) présente un grand nombre de traits limites lorsque le seuil de 66 identifié par Chang et son équipe (2011) est utilisé, ce qui représente un score d'un écart-type et plus au-dessus de la moyenne dans le présent échantillon. Il importe toutefois de garder en tête que le BPFSC-C est un questionnaire dimensionnel évaluant la sévérité des traits limites et non du TPL. En ce sens, il est fort probable que la proportion d'adolescents qui présente un TPL avéré dans le présent échantillon soit en réalité très faible. Le BPFSC-C capte donc probablement une grande variété de symptômes, dont des manifestations potentiellement sous-cliniques du TPL et ce, dans une visée de dépistage et d'évaluation précoce. L'évaluation d'une grande variété de symptômes et de manifestations liée au TPL est adaptée à la période de la jeune adolescence, permettant non seulement de capter les individus qui présentent déjà un niveau de sévérité important à cet âge, mais également ceux qui sont considérés à risque (Crick et al., 2005).

La comparaison en fonction du genre et du groupe d'âge quant aux traits limites a révélé la présence d'un effet d'interaction, soit que le score total au BPFSC-C tend à augmenter avec l'âge chez les filles et tend à diminuer avec l'âge chez les garçons. Quatre échelles composent le BPFSC-C, soit les problèmes identitaires, les comportements autodestructeurs, l'instabilité affective et les relations négatives. Les manifestations comportementales et cognitives reliées à l'impulsivité semblent peu évaluées au sein de ce questionnaire, ce qui

peut expliquer en partie la faible proportion de garçons qui présente une grande quantité de traits limites. En effet, plusieurs recherches ont documenté une présentation davantage externalisée où l'impulsivité est à l'avant-plan chez les adolescents qui présentent un TPL (Bradley et al., 2005; Krischer et al., 2007; Tackett et al., 2009; Zanarini et al., 2011). Cette assumption trouve également écho dans les résultats de l'analyse factorielle à deux facteurs comme le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs est davantage endossé par les garçons que par les filles. De plus, la sous-échelle du BPFS-C qui apporte la contribution unique la plus importante à la prédiction des traits limites est celle des comportements autodestructeurs pour les garçons, cette sous-échelle captant ce qui se rapproche le plus de l'impulsivité dans ce questionnaire, alors que cette sous-échelle est celle des problèmes identitaires pour les filles. Il est possible que la différence entre les genres aurait été minimisée si une échelle évaluant spécifiquement les comportements impulsifs et les conduites à risque était incluse dans le BPFS-C.

D'un autre côté, la proportion considérable de filles qui présente un grand nombre de traits limites tels que mesurés par le BPFS-C vient répliquer les résultats d'études qui documentent un profil dominé par la présence d'instabilité émotionnelle, de problèmes identitaires et d'instabilité relationnelle chez les adolescentes et les femmes qui présentent un TPL (Bradley et al., 2005; Crawford et al., 2001; Johnson et al., 2003; Skodol et al., 2005; Zanarini et al., 2011). Dans la présente thèse, les filles présentent davantage de traits limites, tels que mesurés par le BPFS-C, en comparaison aux garçons, cette différence étant déjà présente entre 11 et 14 ans, mais deviendra significative uniquement entre 15 et 18 ans, l'écart se creusant entre les sexes avec l'avancement en âge. Les adolescentes voient la présence et l'intensité des traits limites augmenter avec l'avancement en âge, ce qui représente possiblement un processus de consolidation de la personnalité en cours. Toutefois cette éventualité n'a pas été évaluée formellement dans la présente thèse, le devis de recherche étant transversal plutôt que longitudinal. Une autre explication possible abordée précédemment est le fait que le BPFS-C puisse davantage capter des manifestations observées typiquement chez les filles.

Seules deux équipes de chercheurs indépendantes, à notre connaissance, ont évalué la validité des instruments de l'ASEBA en tant que mesure de traits de personnalité

pathologique (Carlson et al., 2009; Salvatore et al., 2008; Vrouva, 2012). Les résultats obtenus sont variés, tout comme la méthodologie employée, la procédure de sélection des items et les analyses statistiques menées. Dans la présente thèse, le choix des items du YSR sélectionnés en vue de l'analyse factorielle exploratoire a été basé sur un critère statistique. L'étude de Vrouva (2012) est celle dont le devis de recherche se rapproche le plus de celui de la présente thèse, ce qui permet de réaliser des comparaisons plus intéressantes et pertinentes. Toutefois, l'échantillon de Vrouva (2012) est composé d'adolescents et de jeunes adultes recrutés dans un milieu clinique à Londres alors que l'échantillon de la présente thèse est composé d'adolescents plus jeunes recrutés dans la population québécoise, ce qui constitue une différence notable entre les deux devis de recherche. Vrouva (2012) obtient une solution bifactorielle, le premier facteur captant un construit s'apparentant à des traits limites et l'autre, des traits davantage antisociaux. Dans la présente thèse, avant de sélectionner uniquement le premier facteur comme sa nature se rapprochait davantage de celle des traits limites, une solution à deux facteurs a été considérée, partiellement similaire à la solution finale sélectionnée par Vrouva (2012). Pour le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs, c'est un total de quatre items sur sept qui se retrouvent également dans le profil antisocial (quatre items sur treize) de l'étude de Vrouva (2012). La nature de ce facteur semble capter, dans les deux cas, un profil davantage antisocial, avec des comportements impulsifs et perturbateurs.

Le premier facteur dans le modèle de Vrouva (2012) (facteur limite) et le premier facteur de la présente thèse (facteur dysrégulation) présentent certes des similarités, mais également des distinctions importantes. En ce sens, la moitié des items du facteur dysrégulation (trois des six items) composent le facteur limite (trois des dix items) dans le modèle de Vrouva (2012). Les comparaisons doivent tenir compte de ce recouvrement partiel, mais incomplet entre les items composant ces facteurs. La validité du facteur limite dans le modèle de Vrouva (2012) à prédire la présence d'un grand nombre de traits limites montre une sensibilité et une spécificité limitées. La sensibilité du facteur limite (60%) obtenue par Vrouva (2012) est tout de même supérieure à celle du facteur dysrégulation (48,8%) de la présente thèse. La nature de l'échantillon de Vrouva (2012), recruté en milieu clinique en comparaison à celui de la présente thèse, recruté dans la population générale, peut

expliquer en partie cet écart au plan de la sensibilité, les participants de l'étude de Vrouva (2012) présentant probablement une symptomatologie clinique plus sévère. L'indice obtenu par Vrouva (2012) demeure tout de même limité, celle-ci concluant que ce profil semble capter un indicateur de dysrégulation plus large et général que la dysrégulation comportementale et émotionnelle propre au TPL. La même conclusion semble s'appliquer au terme des précédentes analyses, le facteur dysrégulation pouvant parfois être observé dans un tableau où il y a un grand nombre de traits limites à l'adolescence (48,8%), parfois non. Cette capacité de prédiction ne rencontre pas les critères plus stricts au plan de la sensibilité, soit une identification efficace et discriminante des vrais positifs (gens qui présentent un grand nombre de traits limites au BPFS-C). Il est possible que les manifestations de dysrégulation au sein de ce facteur, formé par le regroupement naturel de quelques items spécifiques du YSR, captent des phénomènes psychopathologiques plus généraux que ceux propres aux traits limites. Ainsi, la présentation des traits limites à l'adolescence semble composée en partie de symptômes internalisés et externalisés, mais ne constitue pas et ne permet pas d'expliquer l'entièreté des manifestations au plan clinique observées pendant cette étape développementale particulière. D'autres variables, non mesurées dans la présente thèse, sont définitivement en jeu outre les manifestations sur le spectre de l'internalisation-externalisation, telle que la dimension identitaire, non mesurée par les items du YSR et dont l'effet est possiblement présent, particulièrement parmi le groupe plus âgé. Cette variable a très certainement une contribution à l'explication de la variance des traits limites, d'autant plus que le BPFS-C comporte une échelle mesurant les problèmes identitaires.

Au terme des analyses, l'un des résultats les plus intéressants demeure l'excellente spécificité atteinte et démontrée par le facteur dysrégulation, l'introduction de cette variable dans le modèle de prédiction générant très peu de faux positifs. Ainsi, lorsqu'il n'y a pas ou peu de traits limites selon le BPFS-C, il y a très peu de chance que le participant présente le facteur dysrégulation. Donc en l'absence d'endossement de ces six items spécifiques au YSR, il y a très peu de chance que la personne présente un grand nombre de traits limites au BPFS-C. Ce résultat justifierait, dans la majorité des cas, la pertinence de ne pas pousser davantage l'évaluation des traits limites dans ces contextes, comme il est très peu probable que la personne ait, en quantité et en intensité considérables, des traits limites tels que mesurés par le BPFS-C.

Considérations Méthodologiques et Pistes Futures

La présente thèse a permis de délimiter plusieurs résultats intéressants quant à la relation entre divers symptômes externalisés, internalisés et les traits limites parmi la population des adolescents. Il est temps maintenant de considérer les forces associées au présent projet de thèse, mais également les limites méthodologiques existantes. Par la suite, les pistes de recherche futures à explorer seront abordées.

Forces de la présente thèse.

Cette thèse présente plusieurs forces sur le plan méthodologique, la principale étant la présence d'une grande validité écologique et donc, la possibilité de généraliser les résultats observés à la population des adolescents québécois provenant de la grande région de Québec et des alentours. En ce sens, la participation à ce projet de recherche consistait simplement à répondre à une série de questionnaires, que ce soit format papier-crayon ou en ligne et ce, à la maison ou en contexte scolaire. Ainsi, les données ont été récoltées dans le milieu naturel dans lequel évoluent les participants et ceux-ci n'ont pas été confrontés à une variable manipulée dans le contexte de la recherche ou à tout autre contexte expérimental invasif. Il est donc possible d'affirmer que des précautions importantes ont été prises afin de minimiser la réactivité à la prise de mesure, les répondants étant dans leur milieu naturel au moment de leur participation. De plus, la proportion de garçons et de filles composant le présent échantillon était relativement similaire (329 filles, 218 garçons et 26 non spécifié), ce qui a permis de pousser plus loin les analyses de comparaisons en fonction du genre, qui ont révélé des résultats intéressants. La taille de l'échantillon est somme toute considérable, soit un total de 573 participants, ce qui a permis d'avoir une puissance statistique suffisante afin de mener l'ensemble des analyses et donc, d'être en mesure de rejeter l'hypothèse nulle lorsque celle-ci était incorrecte et qu'il y avait bel et bien présence de différence(s) significative(s) entre les groupes évalués.

Une deuxième force de la présente thèse est l'utilisation d'un critère statistique afin d'identifier les items du YSR qui corrélaient le plus avec les traits limites en vue des analyses factorielles exploratoires. Les précédentes études qui ont évalué la validité de construit des instruments de l'ASEBA en tant que mesure des traits limites ont sélectionné les items en

fonction de leur similitude sur le plan conceptuel avec les dimensions du modèle de Geiger et Crick (2001, 2010) ou en fonction des items identifiés par Kernberg et ses collègues (2000), celles-ci ayant regroupé les items du CBCL en fonction de leur similitude avec les critères diagnostiques des troubles de la personnalité du DSM-IV (APA, 2003). La méthode employée dans la présente thèse permet d'éviter de recourir à des présomptions théoriques, qui peuvent grandement varier entre les chercheurs, en s'appuyant plutôt sur ce que les données offrent comme informations au fil des analyses. En ce sens, il est beaucoup plus logique d'expliquer l'introduction d'une variable dans un modèle d'analyse factorielle sur la base de sa force d'association avec le construit latent que le chercheur tente d'isoler, plutôt que sur la base d'une similarité sur le plan théorique ou conceptuel.

Enfin, la présente thèse a utilisé deux instruments de mesure qui présentent de bonnes, voire d'excellentes qualités psychométriques. En ce sens, les questionnaires de l'ASEBA, dont le YSR, sont des instruments de mesure qui sont utilisés partout dans le monde, culturellement adaptés et qui ont été traduits dans plus de 75 langues. Bref, les instruments de l'ASEBA présentent d'excellentes qualités psychométriques et représentent une série de questionnaires dont la réputation n'est plus à établir. Le BPFS-C, qui a été développé plus récemment, représente un questionnaire auto-rapporté prometteur quant à l'évaluation dimensionnelle des traits limites à l'adolescence. Des études préliminaires ont rapporté de bonnes qualités psychométriques et cet instrument est de plus en plus utilisé par les chercheurs qui s'intéressent aux traits de personnalité limite à l'adolescence. En ce sens, il est bien documenté qu'une évaluation dimensionnelle de la personnalité et des traits de personnalité, qu'ils soient pathologiques ou non, est préférable à une évaluation catégorielle, particulièrement parmi la population des adolescents, ceux-ci étant dans un processus développemental important (Krischer et al., 2007; Paris, 2007; Skodol et al., 2005). Le BPFS-C est un instrument de mesure qui peut être utilisé auprès de la population générale et dès l'âge de 11 ans, ce questionnaire évaluant une variété de manifestations, certaines davantage pathologiques que d'autres et ce, dans une optique de dépistage des adolescents à risque. Bref, les données récoltées à l'aide de ces questionnaires peuvent être considérées valides, ces instruments de mesure ayant démontré à plusieurs reprises leur capacité à bien mesurer le construit d'intérêt.

Limites de la présente thèse.

Il est maintenant temps d'aborder les limites méthodologiques qui doivent être prises en considération au moment d'émettre les conclusions relatives au présent projet doctoral et dans la généralisation des résultats. La première limite touche le type de devis de recherche qui a été employé dans la présente thèse, soit un devis transversal et corrélationnel. L'objectif principal de cette thèse était de tester la validité de construit de certains items du YSR en tant que mesure des traits limites à l'adolescence, question de recherche qui a été investiguée par deux groupes de chercheurs jusqu'à maintenant dont les méthodologies étaient différentes de celle appliquée dans le cadre de la présente recherche. Ce projet doctoral s'est donc inscrit dans une visée exploratoire où la présence de relations entre les variables d'intérêt est observée, soit les caractéristiques sociodémographiques associées aux traits limites et l'organisation des items du YSR sous forme de facteurs captant des manifestations reliées aux traits limites. L'objectif était donc de mesurer les relations naturelles entre les phénomènes d'intérêt et non de prédire l'occurrence de celui-ci, soit l'émergence des traits limites ou d'un TPL à l'adolescence. Aucune manipulation des conditions expérimentales n'a été effectuée et le devis de recherche est de nature transversal et non longitudinal avec plusieurs temps de mesure, aucune association causale ne peut donc être émise dans ce contexte. En ce sens, plusieurs autres facteurs qui n'ont pas été mesurés dans la présente thèse peuvent jouer un rôle dans la relation entre l'internalisation, l'externalisation et les traits limites, comme la puberté. Cette étape développementale, en particulier lorsqu'elle survient précocement chez les filles, est associée au développement d'une variété de problèmes émotionnels et comportementaux (Ge et al., 2006; Graber et al., 1997; Kaltiala-Heino et al., 2003). Ce facteur de risque est également associé au développement de plusieurs troubles mentaux, comme un trouble des conduites alimentaires, un trouble anxieux, une dépression majeure, un trouble de comportement ou un trouble lié à l'usage de substance(s) (Copeland et al., 2010; Ge et al., 2001, 2006; Graber et al., 1997; Klump, 2013; Mackrell et al., 2016; Stice et al., 2001). Plus largement, d'autres facteurs de risque connus du TPL ont un rôle à jouer dans le développement des traits de personnalité pathologique à l'adolescence. Notamment, les expériences de maltraitance et d'abus durant l'enfance, le tempérament et le style d'attachement représentent quelques-uns de ces facteurs de risque du TPL (Carlson et al., 2009; Chanen et Kaess, 2012; Distel et al., 2011; Jovev et al., 2013; Sharp et al., 2016;

Stepp, 2012; Zanarini et al., 2002). Il demeure que la présence d'un tableau clinique polysymptomatique, combiné à une dysrégulation affective et comportementale importante à l'enfance, représente possiblement un marqueur développemental d'importance du développement d'une pathologie de la personnalité à l'adolescence ou à l'âge adulte (Althoff, Verhulst et al., 2010; Ayer et al., 2009; Belsky et al., 2012; Kernberg et al., 2000; Vrouva, 2012; Zerkowicz et al., 2007). Encore peu d'études ont porté sur le sujet et les interrelations existantes entre les symptômes internalisés, externalisés et les traits ou troubles de la personnalité à l'adolescence sont méconnues. La présente thèse doctorale s'est donc inscrite dans ce contexte en documentant les relations qui peuvent exister entre ces deux construits dans le but de mieux comprendre les traits limites à l'adolescence. Possiblement que l'inclusion d'un groupe d'adolescents recruté dans un milieu dispensant des soins en matière de santé mentale aurait fait ressortir de façon plus marquée et plus spécifique les relations complexes existantes entre la symptomatologie internalisée et externalisée et les traits limites.

Une deuxième limite de la présente thèse touche certaines particularités quant aux analyses statistiques qui ont été menées, en raison de la nature des données. En ce sens, des problèmes dans la normalité de la distribution des données de plusieurs items du YSR ont été observés. Certains chercheurs suggèrent de procéder à une transformation statistique des données afin que la distribution se rapproche de celle d'une courbe normale. Toutefois, l'interprétation repose sur des données qui ont été transformées et qui sont donc différentes de celles recueillies initialement. De plus, il était attendu que certaines variables présenteraient des asymétries positives puisque le YSR mesure une variété de problèmes émotionnels et comportementaux et donc, que certaines de ces manifestations allaient être peu endossés parmi un échantillon recruté dans la communauté. Par ailleurs, la nature même de l'échelle du YSR, de type Likert en trois points, est susceptible de générer des distributions anormales de données. En outre, la nature ordinale des variables du YSR n'est possiblement pas optimale afin de capter les traits de personnalité, ceux-ci étant souvent mieux représentés par une mesure dimensionnelle, plutôt que catégorielle. Dans un souci de préserver le plus possible les données originales produites par les participants et faciliter l'interprétation des résultats, la distribution des données des variables du YSR n'a pas été modifiée via des transformations mathématiques. Toutefois, les analyses statistiques qui ont été menées ont

été choisies dans un souci que ces données puissent être traitées de façon valide. Par exemple, la méthode des moindres carrés généralisés a été sélectionnée dans les analyses factorielles comme les variables indépendantes sont de nature ordinales. Cette méthode d'extraction des facteurs est recommandée lorsque les données sont de cette nature ou de nature catégorielles multivariées et qu'elles ne se distribuent pas normalement (Muthén et al., 1997; Tabachnick et Fidell, 2013). La somme des carrés des différences entre les matrices de corrélation observées et reconstituées est minimisée, les corrélations étant pondérées par l'inverse de leur unicité (les variables présentant une faible unicité recevant une pondération supérieure à celles qui présentent une forte unicité). Également, lors des analyses factorielles, le critère de sélection des items du YSR qui se distribuent normalement est la présence d'un coefficient de corrélation r de Pearson (paramétrique) égal ou supérieur à .30 avec les traits limites, alors que c'est le coefficient de corrélation ρ de Spearman qui a été consulté pour les items qui ne se distribuent pas normalement. Le ρ de Spearman n'assume aucun postulat quant à la distribution des données et quant à la linéarité des relations, son calcul étant basé sur les écarts entre les rangs (Chen et Popovich, 2002). Ce coefficient de corrélation permet ainsi d'évaluer de façon valide la force et la direction de la relation entre deux variables continues ou ordinales.

Pistes futures.

La nature exploratoire de la présente thèse implique nécessairement que les résultats de celle-ci soient répliqués, notamment auprès d'un échantillon d'adolescents recruté en milieu clinique. Il pourrait être intéressant de recruter des participants qui présentent une sévérité variable sur le plan des traits limites. En ce sens, l'hypothèse de la validité des instruments de l'ASEBA, plus spécifiquement le YSR, à évaluer la présence de traits pathologiques n'a jamais été testée sur un échantillon composé d'adolescents qui répondent aux critères d'un trouble de la personnalité. Il serait pertinent de vérifier la validité du YSR à détecter la présence de manifestations liées à un trouble de la personnalité avéré. En effet, il est possible que l'échantillon composant la présente thèse, qui a été recruté dans différents milieux scolaires et camps de jour de la région de Québec, présente en quantité insuffisante des comportements externalisés, des symptômes internalisés et des traits limites afin de bien faire ressortir les relations existantes. Un résultat obtenu soutenant cette hypothèse concerne

les analyses portant sur la validité du profil de dysrégulation au YSR (élévations aux échelles d'agressivité, d'anxiété/dépression et des problèmes attentionnels). Lorsque les critères davantage conservateurs sont utilisés (score T de 70 et plus aux trois échelles), trop peu de participants présente ce profil pour que des analyses puissent être menées. Une seule participante répond à l'ensemble des critères et elle a également un score très élevé au BPFS-C. Lorsque des critères plus libéraux sont employés, les analyses montrent qu'il y a davantage de traits limites parmi le groupe qui présente le profil de dysrégulation au YSR en comparaison aux participants qui ne répondent pas aux critères plus libéraux de ce profil.

D'un autre côté, la sensibilité limitée quant à la capacité des items du YSR regroupés sous le facteur dysrégulation à bien identifier les participants qui présentent une grande proportion de traits limites représente un résultat en soi éloquent. Au terme de ces analyses, ces résultats suggèrent possiblement que les instruments de l'ASEBA sont davantage efficaces et valides lorsqu'ils sont utilisés afin de mesurer ce pour quoi ils ont été développés, c'est à dire la symptomatologie internalisée-externalisée. Avant de conclure en ce sens, il serait important de répliquer la présente étude, mais cette fois-ci auprès d'un vaste échantillon clinique d'adolescents. Il est possible que l'échantillon composant la présente thèse, recruté parmi la population générale, présente en quantité insuffisante des symptômes externalisés, internalisés et des traits limites afin de bien évaluer la capacité de ces items à identifier un sous-groupe d'adolescents qui présente un grand nombre de traits limites. Cette éventualité pourrait être explorée parmi un ou plusieurs échantillons cliniques d'adolescents dont les manifestations varient en nature et en intensité. Dans un tel contexte, en l'absence d'une meilleure sensibilité de certains des items du YSR à détecter la présence de traits limites à l'adolescence parmi les profils davantage symptomatiques, la validité de cet outil en tant que mesure valide des traits limites serait sérieusement remise en question. En ce sens, il semble plus valable, à l'heure actuelle, de se tourner vers les outils existants et développés dans le but de mesurer les traits ou troubles de la personnalité à l'adolescence, bien que peu nombreux, afin d'évaluer efficacement ces problématiques. À ce jour, quelques instruments de mesure des traits de personnalité pathologique à l'adolescence présentent de bonnes qualités psychométriques, comme le BPFS-C, le *Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder*, le *Shedler-Westen Assessment Procedure-200 for Adolescents* et le *Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality for Youth* (Crick et al., 2005; Linde et

al., 2013; Sharp, Ha et al., 2012; Westen et al., 2003). Il est important de poursuivre les recherches sur le plan du dépistage et de l'évaluation des troubles de la personnalité à l'adolescence, une intervention précoce sur ces problématiques augmentant les probabilités de rémission (Fonagy et al., 2015; Haugaard, 2004; Sharp et al., 2013).

Contributions Cliniques

Les contributions cliniques de la présente thèse peuvent sembler un peu limitées à première vue en raison de la sensibilité modérée relevée au terme de la régression logistique binaire quant à la capacité du facteur dysrégulation à bien détecter les cas qui présentent un grand nombre de traits limites. Toutefois, ces résultats mettent en lumière la distinction, arbitraire pour certains groupes de chercheurs, mais bien réelle pour d'autres, entre un trouble mental, auparavant diagnostiqué sur l'axe I et un trouble de la personnalité. En ce sens, les théories psychanalytiques et développementales, ainsi que les recherches qui empruntent le cadre de travail de la psychopathologie développementale s'entendent sur ce point, à savoir que le développement d'un trouble de personnalité s'inscrit au sein d'une trajectoire développementale complexe, ponctuée de transactions entre l'environnement et la biologie de l'individu. Cette trajectoire demeure probabiliste, mais dans tous les cas, s'inscrit dans une démarche au long cours, s'étendant de l'enfance à l'âge adulte. En comparaison, la plupart des troubles mentaux ont une présentation généralement aiguë et davantage symptomatique, la rémission de ceux-ci étant souvent plus rapide que pour un trouble de la personnalité. Bien que la stabilité des troubles de la personnalité s'avère moins importante que ce qui a longtemps été cru (p.ex. Zanarini et ses collègues (2005) rapportent un taux de rémission de 73,5% des patients diagnostiqués six ans plus tôt), celle-ci demeure supérieure à une grande proportion des troubles mentaux, à l'exception de la schizophrénie, du trouble du spectre de l'autisme et du trouble bipolaire (Green et al., 2004; Kessing et al., 2015; McCleery et al., 2016; Zanarini et al., 2005).

D'un autre côté, l'analyse de régression logistique a révélé une excellente spécificité des items du YSR composant le facteur dysrégulation. En ce sens, lorsque ces items étaient peu endossés par les participants, la quasi-totalité de ceux-ci ne présentait également pas de

traits limites. Ce résultat est en soi intéressant dans un contexte où cet instrument est couramment utilisé en contexte d'évaluation clinique. Ainsi, un clinicien peut vérifier l'endossement de ces six items dans les protocoles complétés par ses patients et lorsque ceux-ci sont très peu endossés, l'évaluateur peut être à peu près certain que le patient ne présentera pas de traits limites considérables. D'un autre côté, même si la présence de ces items n'est pas spécifique au TPL, ceux-ci indiquent la présence d'un profil polysymptomatique particulier annonçant possiblement le développement ultérieur d'une psychopathologie. En ce sens, lorsque la nature du facteur dysrégulation est examinée de plus près de par les items qui le composent, il est plus facile de comprendre pourquoi ces items présentent une sensibilité limitée à détecter les traits limites, plusieurs de ceux-ci n'étant pas spécifiques et exclusifs au TPL.

Des différences importantes quant à la prévalence en fonction du genre ont été relevées dans la présente thèse. En ce sens, dès la jeune adolescence, les filles présentent davantage de traits limites que les garçons, l'avancement en âge étant associé à une augmentation du score total au BPFS-C chez ces dernières et à une diminution de ce même score chez les garçons. Toutefois, la différence entre les garçons et les filles quant aux traits limites devient significative uniquement à partir de 15 ans. Étant donné que le profil des garçons qui répondent aux critères diagnostiques d'un TPL est souvent caractérisé par une impulsivité importante et globalement, une présentation davantage externalisée, il est possible que les dimensions mesurées par le BPFS-C captent davantage la présentation plus typiquement féminine du TPL à l'adolescence. Les résultats de l'analyse de variance quant à l'endossement des deux premiers facteurs en fonction du genre et de l'âge s'inscrivent également dans cette lignée, les garçons endossant davantage le facteur des comportements impulsifs et perturbateurs que les filles. De plus, l'échelle du BPFS-C que les garçons endossent davantage est celle des comportements autodestructeurs, soit l'échelle qui capte les manifestations davantage impulsives du TPL.

De toute évidence, les différences imputables au genre dans les manifestations liées au développement d'une pathologie de la personnalité à l'adolescence gagneraient à être davantage explorées, comme les résultats de la présente thèse suggèrent qu'il existe des particularités en fonction du genre. De plus, les traits limites se présentent en fréquence et en

sévérité similaire entre le groupe des jeunes adolescents et celui des adolescents plus âgés, signifiant que dès le début de l'adolescence, la présence de traits limites peut être observée et évaluée. Il importe toutefois de se rappeler que le BPFS-C est un instrument auto-rapporté développé afin d'évaluer une variété de manifestations liées aux traits limites lorsqu'ils se présentent dans le contexte particulier de l'adolescence et ce, parmi les adolescents de la population générale. Cet instrument capte donc probablement des adolescents qui présentent un profil se rapprochant d'un trouble de la personnalité, mais également ceux qui sont à risque, sans présenter de pathologie avérée. En ce sens, dans l'échantillon de la présente thèse, 18,13% des adolescents obtenaient un score de 66 et plus au BPFS-C, ce qui représente un score à un écart-type et plus au-dessus de la moyenne, mais également le point de coupure obtenu par Chang et son équipe (2011), ce qui est une proportion relativement élevée.

Conclusion

Les résultats de la présente thèse sont intéressants et pertinents dans un contexte où l'on tente de dépister le plus rapidement et efficacement possible les traits pathologiques et les troubles de la personnalité à l'adolescence afin d'intervenir rapidement sur ces problématiques. Dans une optique de dépistage précoce des traits limites à l'adolescence, les résultats ont montré que dès la jeune adolescence, la présence de traits limites peut être détectée efficacement à l'aide du BPFSS-C. En ce sens, le groupe d'adolescents plus âgés (15 à 18 ans) rapporte une proportion légèrement supérieure de traits limites en comparaison aux jeunes adolescents (11 à 14 ans), cette différence n'étant toutefois pas significative. Il importe donc de porter attention lorsque des indices cliniques vont vers une hypothèse de traits ou de pathologie de la personnalité et ce, même à la jeune adolescence, les précédents résultats illustrant une présence similaire des traits limites en début et en milieu-fin d'adolescence. Il semble donc que les processus liés au développement de la personnalité et d'une pathologie de la personnalité soient en œuvre dès la jeune adolescence, mais qu'une consolidation plus importante surviendrait vers la fin de l'adolescence, possiblement en lien avec le développement identitaire (Meeus et al., 1999; Westen et al., 2011).

En accord avec les résultats de Crick et ses collègues (2005), les résultats de la présente thèse appuient l'importance de considérer les manifestations propres à un trouble de personnalité en considérant le contexte développemental dans lequel celui-ci se développe. En lien avec le principe de continuité hétérotypique, concept d'importance dans le champ de la psychopathologie développementale, plusieurs recherches rapportent un profil du TPL avec des particularités en fonction du genre et du stade développemental durant lequel il se développe (Bradley et al., 2005; Copeland et al., 2009; Crawford et al., 2001; Crick et al., 2005; Kasen et al., 1999; Stepp, Whalen et al., 2014; Winsper et al., 2015; Zanarini et al., 2011). Notamment, la crainte de l'abandon et les difficultés relationnelles observées dans un tableau de TPL à l'âge adulte peuvent se manifester durant l'enfance ou à l'adolescence par la recherche d'exclusivité dans la relation et par de l'agressivité relationnelle (Crick et al., 2005; Rogosch et Cicchetti, 2005; Stepp, Whalen et al., 2014). Un profil davantage impulsif

est également observé à l'adolescence avec prédominance de symptômes aigus (p.ex. colère intense et inappropriée, comportements automutilatoires, etc.) en comparaison à l'âge adulte où, suivant un déclin au plan de l'impulsivité, davantage de manifestations au plan identitaire et relationnel caractérisent le tableau clinique (Kaess, Parzer et al., 2013; Lawrence et al., 2011).

Tout comme le stade développemental, le genre semble être une variable à ne pas négliger lorsque l'on s'intéresse aux manifestations liées aux troubles de la personnalité à l'adolescence. Les résultats de la présente thèse ainsi que d'autres auparavant montrent qu'il y aurait des caractéristiques au plan phénotypique des traits limites en fonction du genre féminin ou masculin. Notamment, l'impulsivité et les comportements perturbateurs et antisociaux semblent davantage typiques du profil masculin en comparaison au profil féminin (Banzhaf et al., 2012; Bradley et al., 2005; Silberschmidt et al., 2015). D'un autre côté, davantage de filles que de garçons présentent des traits limites au BPFS-C, cette différence devenant significative parmi le groupe d'adolescents plus âgés. Ainsi, ces résultats suggèrent que les traits limites, tels que mesurés par le BPFS-C, sont davantage rapportés par les adolescentes que les adolescents composant l'échantillon de la présente thèse, recruté parmi la population générale. Ces résultats sont en accord avec plusieurs autres recherches qui rapportent la présence de particularités dans les manifestations et symptômes du TPL en fonction du sexe et ce, à l'adolescence et à l'âge adulte (Banzhaf et al., 2012; Bradley et al., 2005; Silberschmidt et al., 2015).

Les résultats des analyses factorielles ont permis d'identifier une solution factorielle intéressante et parcimonieuse, le facteur dysrégulation dégageant un certain sens au plan conceptuel et théorique, en plus d'être soutenu sur le plan statistique. Ce facteur présente une excellente spécificité lorsqu'introduit dans l'analyse de régression logistique binaire, signifiant qu'en l'absence d'endossement des six items composant le facteur dysrégulation, il y a très peu de chance que le participant présente un grand nombre de traits limites, tels que mesurés par le BPFS-C. Autrement dit, très peu de faux positifs émergent au terme de l'analyse de régression logistique. D'un autre côté, la sensibilité du facteur dysrégulation à identifier efficacement et spécifiquement les participants qui présentent un grand nombre de

traits limites est plus limitée. En ce sens, environ un participant sur deux qui présente un grand nombre de traits limites au BPFS-C endosse également le facteur dysrégulation, ce qui représente un nombre considérable de faux négatifs. L'endossement des items du facteur dysrégulation n'est donc pas spécifique aux traits limites, ceux-ci indiquant probablement la présence d'un profil polysymptomatique plus général, qui augmente possiblement le risque de développer une psychopathologie ultérieurement. En ce sens, lorsque la nature du facteur dysrégulation est examinée de plus près de par les items qui le compose, force est de constater que plusieurs de ceux-ci ne sont pas spécifiques au TPL et peuvent être observés dans d'autres tableaux cliniques, amenant des éléments d'explication quant à la sensibilité limitée de ce facteur à détecter les traits limites.

Les résultats de la présente thèse suggèrent donc que la validité du YSR en tant qu'instrument de dépistage des traits limites, tels que mesurés par le BPFS-C, présente une excellente spécificité, mais une sensibilité plus limitée. Environ la moitié des adolescents qui présente un grand nombre de traits limites endossera également les items du facteur dysrégulation, ce qui nous ramène à la grande hétérogénéité des profils observés dans le TPL. Ces résultats rappellent la complexité et les particularités au plan de la transaction entre les nombreux facteurs en cause dans le développement des troubles de personnalité, dont le TPL. Pour certaines personnes, ce sera davantage la variable génétique (p.ex. impulsivité, concomitance d'un TDA/H, etc.) qui pèsera dans l'équation alors que pour d'autres, ce sera les facteurs environnementaux qui seront davantage en cause (p.ex. environnement familial instable et chaotique, maltraitance, abus, etc.). D'autres profils seront sous-tendus par une contribution similaire des facteurs environnementaux et génétiques/neurobiologiques. L'étiologie multifactorielle du TPL, en accord avec les principes d'équifinalité et de multifinalité, sous-tend qu'il existe une grande variabilité dans les profils cliniques, d'autant plus si d'autres variables sont considérées dans la prédiction, comme le genre ou le stade développemental en cours. Ceci appelle à une ouverture des perspectives au plan des manifestations phénotypiques propres au TPL pendant la période particulière de l'adolescence. Dans ce contexte et tel que mentionné par de nombreuses études précédemment, une évaluation dimensionnelle des traits de personnalité apparaît souhaitable et ce, particulièrement dans le contexte de l'adolescence où l'éventail des manifestations est

susceptible d'être teinté par le stade développemental en cours, avec ses particularités et nombreux défis au plan physique, social, cognitif et identitaire.

En conclusion, les résultats de cette thèse suggèrent qu'il est possible d'évaluer la présence de traits limites avec le BPFS-C et ce, dès la jeune adolescence et qu'il semble plus avisé d'utiliser, à l'heure actuelle, les instruments développés spécifiquement afin d'évaluer les traits de personnalité pathologique à l'adolescence plutôt que les outils évaluant plus généralement les symptômes internalisés et externalisés.

ANNEXE A : MODÈLE DE KERNBERG et al. (2000)

Items du CBCL (Achenbach, 1991) correspondant à des caractéristiques du TPL

- 3. Est souvent en désaccord.
- 12. Se plaint de souffrir de solitude.
- 16. Se comporte cruellement ou méchamment envers les autres, brime ou harcèle les autres.
- 18. Tente délibérément de se blesser ou de se tuer.
- 20. Détruit les choses qui lui appartiennent.
- 33. A l'impression que personne ne l'aime.
- 41. Agit sans réfléchir ou impulsivement.
- 57. Agresse physiquement les gens.
- 68. Crie beaucoup.
- 87. Change d'humeur soudainement.
- 91. Parle de se suicider
- 95. Fait des crises de colère.

ANNEXE B : MODÈLE DE SALVATORE et al. (2008)

Regroupement des items du TRF (Achenbach et Rescorla, 2001) selon les dimensions du modèle de Geiger et Crick (2010)

Vision du monde hostile, paranoïde

- 34. A l'impression que les autres « veulent sa peau »
- 89. Est méfiant(e)

Émotions intenses, instables

- 14. Pleure beaucoup
- 87. Change d'humeur soudainement
- 95. Fait des crises de colère

Impulsivité

- 41. Agit sans réfléchir
- 76. A un comportement explosif et imprévisible

Relations excessivement étroites/instables

- 11. S'accroche aux adultes ou dépend trop des autres
- 19. Exige beaucoup d'attention
- 25. Ne s'entend pas bien avec les autres élèves
- 48. Les autres jeunes ne l'aiment pas
- 106. Veut plaire à tout prix

Sens de soi diffus

- 31. A peur d'avoir des pensées ou des comportements répréhensibles
- 33. A l'impression ou se plaint que personne ne l'aime
- 35. Se sent inférieur(e) ou dévalorisé(e)

ANNEXE C : MODÈLE DE CARLSON et al. (2009)

Items du TRF (Achenbach et Rescorla, 2001) reliés aux dimensions du modèle de Geiger et Crick (2010)

Items comportementaux

- 4. Ne termine pas ce qu'il (elle) entreprend
- 20. Détruit les choses qui lui appartiennent
- 36. Se blesse souvent, a souvent des accidents
- 41. Agit sans réfléchir
- 73. A un comportement irresponsable
- 76. A un comportement explosif et imprévisible
- 77. Exige qu'on satisfasse immédiatement ses demandes; se frustre facilement

Items émotionnels

- 14. Pleure beaucoup
- 45. Est une personne nerveuse ou tendue
- 86. Est têtu(e), maussade ou irritable
- 87. Change d'humeur soudainement
- 88. Boude beaucoup
- 95. Fait des crises de colère
- 103. Est une personne malheureuse, triste ou déprimée

Items attentionnels

- 8. Est incapable de se concentrer ou de porter attention de façon soutenue
- 13. Est confus(e) ou a l'air d'être perdu(e) dans la brume
- 17. Rêvasse ou est souvent « dans la lune »
- 58. Se mets les doigts dans le nez, s'arrache des morceaux de peau ou se gratte sur d'autres parties du corps
- 59. Dort en classe
- 78. Fais preuve d'inattention; facilement distrait(e)
- 80. A l'air hagard

Items relationnels

- 16. Fait preuve de cruauté ou de méchanceté envers les autres; brime ou harcèle les autres
- 21. Détruit les choses qui appartiennent aux autres
- 24. Dérange les autres élèves
- 25. Ne s'entend pas bien avec les autres élèves
- 37. Se bagarre souvent

57. Agresse physiquement les gens

97. Fais des menaces aux gens

ANNEXE D : MODÈLE DE VROUVA (2012)

Items du YSR (Achenbach et Rescorla, 2001) associés au TPL et au TPA

Trouble de la personnalité limite

- 12. Je me sens seul(e)
- 18. Je tente délibérément de me blesser ou de me tuer
- 33. J'ai l'impression que personne ne m'aime
- 34. J'ai l'impression que les autres « veulent ma peau »
- 35. Je me sens inférieur(e) ou dévalorisé(e)
- 45. Je suis une personne nerveuse ou tendue
- 50. J'éprouve trop de peur ou d'anxiété
- 87. Je change d'humeur soudainement
- 91. Je pense à me suicider
- 112. Je me fais beaucoup de souci

Trouble de la personnalité antisociale

- 3. Je suis souvent en désaccord
- 16. Je suis méchant(e) envers les autres
- 20. Je détruis les choses qui m'appartiennent
- 21. Je détruis les choses des autres
- 37. Je me bagarre souvent
- 39. Je me tiens avec des jeunes qui « font des mauvais coups »
- 41. J'agis sans réfléchir
- 43. Je mens ou je triche
- 57. J'agresse physiquement les gens
- 68. Je crie beaucoup
- 94. J'embête souvent les autres ou je les taquine avec persistance
- 95. Je suis colérique
- 97. Je menace les autres de les blesser

ANNEXE E : YOUTH SELF-REPORT (Achenbach et Rescorla, 2001)

1. J'ai un comportement trop jeune pour mon âge
2. Je bois des boissons alcoolisées sans la permission de mes parents (préciser)
3. Je suis souvent en désaccord
4. Je ne finis pas ce que je commence
5. Très peu de choses me font plaisir
6. J'aime les animaux
7. Je me vante
8. J'ai de la difficulté à me concentrer ou à porter attention de façon soutenue
9. Je ne peux m'empêcher de penser à certaines choses (préciser)
10. J'ai de la difficulté à demeurer tranquillement assis(e)
11. Je dépends trop des adultes
12. Je me sens seul(e)
13. Je me sens confus(e) ou comme perdu(e) dans la brume
14. Je pleure beaucoup
15. Je suis honnête
16. Je suis méchant(e) envers les autres
17. Je rêve souvent
18. Je tente délibérément de me blesser ou de me tuer
19. J'essaie d'avoir beaucoup d'attention
20. Je détruis les choses qui m'appartiennent
21. Je détruis les choses des autres
22. Je désobéis à mes parents
23. Je désobéis à l'école
24. Je ne mange pas aussi bien que je le devrais
25. Je ne m'entends pas bien avec les autres jeunes
26. Je ne me sens pas coupable après m'être mal comporté(e)
27. J'éprouve de la jalousie envers les autres
28. Je ne respecte pas les règles établies, que ce soit à la maison, à l'école ou ailleurs
29. J'ai peur de certains animaux, de certaines situations ou de certains endroits autres que l'école (préciser)
30. J'ai peur d'aller à l'école
31. J'ai peur d'avoir des pensées ou des comportements répréhensibles
32. J'ai l'impression que je dois obligatoirement être parfait(e)
33. J'ai l'impression que personne ne m'aime
34. J'ai l'impression que les autres « veulent ma peau »
35. Je me sens inférieur(e) ou dévalorisé(e)
36. Je me blesse souvent, j'ai souvent des accidents
37. Je me bagarre souvent
38. Les autres m'embêtent souvent ou me taquent de façon excessive
39. Je me tiens avec des jeunes qui « font des mauvais coups »
40. J'entends des sons ou des voix que les autres disent ne pas entendre (préciser)

41. J'agis sans réfléchir
42. Je préfère être seul(e) qu'être avec d'autres personnes
43. Je mens ou je triche
44. Je me ronge les ongles
45. Je suis une personne nerveuse ou tendue
46. J'ai des contractions dans certaines parties du corps ou des réactions nerveuses (préciser)
47. J'ai des cauchemars
48. Les autres jeunes ne m'aiment pas
49. Je suis plus habile que la plupart des autres jeunes dans certains domaines
50. J'éprouve trop de peur ou d'anxiété
51. J'ai des étourdissements
52. Je me sens trop coupable
53. Je mange trop
54. Je souffre d'épuisement sans raison valable
55. Mon poids est trop élevé
56. J'ai des problèmes de santé sans cause organique reconnue:
 - 56a. Douleurs ou maux (à l'exclusion des maux de tête)
 - 56b. Maux de tête
 - 56c. Nausées
 - 56d. Problèmes oculaires (qui ne sont pas corrigés par des lunettes) (préciser)
 - 56e. Éruptions ou autres problèmes cutanés
 - 56f. Maux ou crampes d'estomac
 - 56g. Vomissements
 - 56h. Autre (préciser)
 57. J'agresse physiquement les gens
 58. Je m'arrache des morceaux de peau ou je me gratte sur d'autres parties du corps (préciser)
 59. Je peux être très amical(e)
 60. J'aime essayer de nouvelles choses
 61. Mon travail scolaire est de piètre qualité
 62. J'ai des gestes mal coordonnés ou je suis maladroit (e)
 63. J'aime mieux être avec des jeunes plus âgés qu'avec des jeunes de mon âge
 64. J'aime mieux être avec des jeunes moins âgés qu'avec des jeunes de mon âge
 65. Je refuse de parler
 66. Je répète certains gestes continuellement (préciser)
 67. Je fais des fugues
 68. Je crie beaucoup
 69. Je suis une personne cachottière ou renfermée
 70. Je vois des choses que les autres disent ne pas voir (préciser)
 71. Je suis facilement gêné(e) ou embarrassé(e)
 72. J'allume des feux
 73. Je suis habile avec mes mains
 74. J'essaie d'impressionner les gens ou je fais le clown
 75. Je suis trop timide
 76. Je dors moins que les autres jeunes

77. Je dors plus que les autres jeunes pendant la journée ou la nuit (préciser)
78. Je suis inattentif ou facilement distrait
79. Je souffre d'un trouble de la parole (préciser)
80. Je défends mes droits
81. Je vole à la maison
82. Je vole ailleurs qu'à la maison
83. J'accumule trop d'objets dont je n'ai pas besoin (préciser)
84. Je fais des choses que les autres considèrent bizarres (préciser)
85. J'ai des pensées que les autres considèrent bizarres (préciser)
86. Je suis têtu(e)
87. Je change d'humeur soudainement
88. J'aime être avec d'autres personnes
89. Je suis méfiant(e)
90. Je sacre ou je dis des obscénités
91. Je pense à me suicider
92. J'aime faire rire les autres
93. Je parle trop
94. J'embête souvent les autres ou je les taquine avec persistance
95. Je suis colérique
96. Je pense trop au sexe
97. Je menace les autres de les blesser
98. J'aime aider les autres
99. Je fume, chique ou prise du tabac
100. J'ai de la difficulté à dormir (préciser)
101. Je m'absente des cours ou je fais l'école buissonnière
102. Je manque d'énergie
103. Je suis une personne malheureuse, triste ou déprimée
104. Je suis plus bruyant(e) que les autres
105. Je consomme des drogues ou des médicaments pour des raisons autres que médicales (ne considère pas l'alcool ou le tabac) (préciser)
106. J'essaie d'être juste avec les autres
107. J'apprécie une bonne farce
108. J'aime prendre la vie comme elle vient
109. J'essaie d'aider les autres quand je le peux
110. J'aimerais être une personne du sexe opposé
111. Je ne me mêle pas aux autres
112. Je me fais beaucoup de souci

ANNEXE F

Tableau 7

Coefficients de corrélation r de Pearson (items paramétriques) de .30 et plus avec les traits limites

Items YSR	<i>r</i>
3. Je suis souvent en désaccord	.344**
8. J'ai de la difficulté à me concentrer ou à porter attention de façon soutenue	.371**
9. Je ne peux m'empêcher de penser à certaines choses	.407**
12. Je me sens seul(e)	.444*
13. Je me sens confus(e) ou comme perdu(e) dans la brume	.488*
14. Je pleure beaucoup	.456**
16. Je suis méchant(e) envers les autres	.389**
22. Je désobéis à mes parents	.316**
24. Je ne mange pas aussi bien que je le devrais	.311**
27. J'éprouve de la jalousie envers les autres	.393**
28. Je ne respecte pas les règles établies, que ce soit à la maison, à l'école ou ailleurs	.312**
31. J'ai peur d'avoir des pensées ou des comportements répréhensibles	.335**
32. J'ai l'impression que je dois obligatoirement être parfait(e)	.351**
33. J'ai l'impression que personne ne m'aime	.529**
35. Je me sens inférieur(e) ou dévalorisé(e)	.386**
38. Les autres m'embêtent souvent ou me taquent de façon excessive	.307**
41. J'agis sans réfléchir	.394**
43. Je mens ou je triche	.301**
45. Je suis une personne nerveuse ou tendue	.327**
46. J'ai des contractions dans certaines parties du corps ou des réactions nerveuses	.353**
50. J'éprouve trop de peur ou d'anxiété	.381**
51. J'ai des étourdissements	.355**
52. Je me sens trop coupable	.429**
54. Je souffre d'épuisement sans raison valable	.372**
65. Je refuse de parler	.334**
66. Je répète certains gestes continuellement	.313**
68. Je crie beaucoup	.303**
71. Je suis facilement gêné(e) ou embarrassé(e)	.329**
78. Je suis inattentif ou facilement distrait	.418**
84. Je fais des choses que les autres considèrent bizarres	.343**
85. J'ai des pensées que les autres considèrent bizarres	.353**
87. Je change d'humeur soudainement	.482**
89. Je suis méfiant(e)	.352**
90. Je sacre ou je dis des obscénités	.351**
95. Je suis colérique	.392**
100. J'ai de la difficulté à dormir	.373**
102. Je manque d'énergie	.423**
103. Je suis une personne malheureuse, triste ou déprimée	.464**
112. Je me fais beaucoup de souci	.449**

* $p < .05$ (bilatéral)

** $p < .01$ (bilatéral)

Abréviation : YSR = Youth Self-Report

ANNEXE G

Tableau 8

Coefficients de corrélation rho de Spearman (items non paramétriques) de .30 et plus avec les traits limites

Items YSR	<i>rho</i>
20. Je détruis les choses qui m'appartiennent	.301**
48. Les autres jeunes ne m'aiment pas	.388**
56a. Douleurs ou maux (à l'exclusion des maux de tête)	.340**

**p < .01 (bilatéral)

Abréviation : YSR = Youth Self-Report

Références

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(7), 1–37. <https://doi.org/10.1037/h0093906>
- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative Guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, Vermont: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1997). *Manual for the Young Adult Self-Report and Young Adult Behavior Checklist*. Burlington, Vermont: University of Vermont.
- Achenbach, T. M. et Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, Vermont: University of Vermont.
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Althoff, R. R., Ayer, L. A., Crehan, E. T., Rettew, D. C., Baer, J. R. et Hudziak, J. J. (2012). Temperamental profiles of dysregulated children. *Child psychiatry and human development*, 43(4), 511–522. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0280-7>
- Althoff, R. R., Ayer, L. A., Rettew, D. C. et Hudziak, J. J. (2010). Assessment of dysregulated children using the Child Behavior Checklist: A receiver operating characteristic curve analysis. *Psychological assessment*, 22(3), 609–617. <https://doi.org/10.1037/a0019699>
- Althoff, R. R., Rettew, D. C., Faraone, S. V., Boomsma, D. I. et Hudziak, J. J. (2006). Latent class analysis shows strong heritability of the child behavior checklist–juvenile bipolar phenotype. *Biological psychiatry*, 60(9), 903–911. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.02.025>
- Althoff, R. R., Verhulst, F. C., Rettew, D. C., Hudziak, J. J. et van der Ende, J. (2010). Adult outcomes of childhood dysregulation: A 14-year follow-up study. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 49(11), 1105–1116. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.006>
- American Psychiatric Association. (2000). *Task Force on DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders DSM-IV* (4e ed. rev.) Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders DSM-5* (5e ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Angold, A., Costello, E. J. et Worthman, C. M. (1998). Puberty and depression: The roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological medicine*, 28(1), 51–61. <https://doi.org/10.1017/s003329179700593x>

Angold, A. et Rutter, M. (1992). Effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample. *Development and psychopathology*, 4(1), 5–28. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005538>

Arens, E. A., Grabe, H. J., Spitzer, C. et Barnow, S. (2011). Testing the biosocial model of borderline personality disorder: Results of a prospective 5-year longitudinal study. *Personality and mental health*, 5(1), 29–42. <https://doi.org/10.1002/pmh.143>

Arnett, J. (1994). Sensation seeking: A new conceptualization and a new scale. *Personality and individual differences*, 16(2), 289–296. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90165-1](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90165-1)

Arrindell, W. A. et van der Ende, J. (1985). An empirical test of the utility of the observations-to-variables ratio in factor and components analysis. *Applied psychological measurement*, 9(2), 165–178. <https://doi.org/10.1177/014662168500900205>

Ayduk, O., Downey, G., Testa, A., Yen, Y. et Shoda, Y. (1999). Does rejection elicit hostility in rejection sensitive women? *Social cognition*, 17(2), 245–271. <https://doi.org/10.1521/soco.1999.17.2.245>

Ayer, L., Althoff, R., Ivanova, M., Rettew, D., Waxler, E., Sulman, J. et Hudziak, J. (2009). Child Behavior Checklist Juvenile Bipolar Disorder (CBCL-JBD) and CBCL Posttraumatic Stress Problems (CBCL-PTSP) scales are measures of a single dysregulatory syndrome. *Journal of child psychology and psychiatry*, 50(10), 1291–1300. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02089.x>

Baird, A. A., Veague, H. B. et Rabbitt, C. E. (2005). Developmental precipitants of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), 1031–1049. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050480>

- Balbernie, R. (2001) Circuits and circumstances: The neurobiological consequences of early relationship experiences and how they shape later behaviour. *Journal of Child Psychotherapy*, 27(3), 237-255. <https://doi.org/10.1080/00754170110087531>
- Banzhaf, A., Ritter, K., Merkl, A., Schulte-Herbrüggen, O., Lammers, C. H. et Roepke, S. (2012). Gender differences in a clinical sample of patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 26(3), 368-380. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.3.368>
- Barnicot, K. et Ramchandani, P. (2015). What's in a name? Borderline personality disorder in adolescence. *European child and adolescent psychiatry*, 24, 1303-1305. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0787-0>
- Beauchaine, T. P., Klein, D. N., Crowell, S. E., Derbidge, C. et Gatzke-Kopp, L. (2009). Multifinality in the development of personality disorders: A Biology × Sex × Environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Development and psychopathology*, 21(3), 735–770. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000418>
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S. et McGlashan, T. H. (2001). Applicability of personality disorder criteria in late adolescence: Internal consistency and criterion overlap 2 years after psychiatric hospitalization. *Journal of personality disorders*, 15(3), 255–262. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.3.255.19208>
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S. et McGlashan, T. H. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *American journal of psychiatry*, 159(12), 2042–2047. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2042>
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Morey, L. C., Walker, M. L., Edell, W. S. et McGlashan, T. H. (1999). Applicability of personality disorder criteria to hospitalized adolescents: Evaluation of internal consistency and criterion overlap. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(2), 200-205. <https://doi.org/10.1097/00004583-199902000-00020>
- Becker, D. F., McGlashan, T. H. et Grilo, C. M. (2006). Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. *Comprehensive psychiatry*, 47(2), 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.07.003>
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(3), 226–236. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x>

- Belsky, D. W., Caspi, A., Arseneault, L., Bleidorn, W., Fonagy, P., Goodman, M., Houts, R. et Moffitt, T. E. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Development and psychopathology*, 24(1), 251–265. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000812>
- Belsky, J. et Beaver, K. M. (2011). Cumulative-genetic plasticity, parenting and adolescent self-regulation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(5), 619-626. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02327.x>
- Belsky, J., Steinberg, L. et Draper, P. (1991). Childhood experience, interpersonal development and reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization. *Child development*, 62(4), 647-670. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01558.x>
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M. et Gunderson. J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American journal of psychiatry*, 158(2), 295-302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.295>
- Berenson, K. R., Downey, G., Rafaeli, E., Coifman, K. G. et Paquin, N. L. (2011). The rejection–rage contingency in borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 120(3), 681–690. <https://doi.org/10.1037/a0023335>
- Bezdjian, S., Baker, L. A. et Tuvblad, C. (2011). Genetic and environmental influences on impulsivity: A meta-analysis of twin, family and adoption studies. *Clinical psychology review*, 31(7), 1209-1223. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.005>
- Biederman, J., Wozniak, J., Kiely, K., Ablon, S., Faraone, S., Mick, E., Mundy, E. et Kraus, I. (1995). CBCL clinical scales discriminate prepubertal children with structured interview derived diagnosis of mania from those with ADHD. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 34(4), 464-471. <https://doi.org/10.1097/00004583-199504000-00013>
- Biskin, R. S. (2013). Treatment of borderline personality disorder in youth. *Journal of canadian academy of child and adolescent psychiatry*, 22(3), 230-234.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B. et Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*, 18(3: Special issue), 226-239. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>

- Blakemore, S. J., Burnett, S. et Dahl, R. E. (2010). The role of puberty in the developing adolescent brain. *Human brain mapping*, 31(6), 926–933. <https://doi.org/10.1002/hbm.21052>
- Blatt, S. J. et Luyten, P. (2009). A structural–developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and psychopathology*, 21(3), 793–814. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000431>
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic study of the child*, 22, 162-186.
- Blos, P. (1979). *The adolescent passage*. New York, NY : International Universities Press.
- Bondurant, H., Greenfield, B. et Tse, S. M. (2004). Construct validity of the adolescent borderline personality disorder: A review. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*, 13(3), 53–57.
- Boomsma, D. I., Rebollo, I., Derks, E. M., van Beijsterveldt, T. C., Althoff, R. R., Rettew, D. C. et Hudziak, J. J. (2006). Longitudinal stability of the CBCL-Juvenile Bipolar Disorder Phenotype: A study in Dutch twins. *Biological psychiatry*, 60(9), 912–920. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.02.028>
- Bornovalova, M. A., Hicks, B. M., Iacono, W. G. et McGue, M. (2009). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study. *Development and psychopathology*, 21(4), 1335–1353. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990186>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic.
- Bradley, R., Zittel Conklin, C. et Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 46(9), 1006–1019. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00401.x>
- Bretherton, I. et Munholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In J. Cassidy et P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical implications* (pp.102–127). New York, NY: Guilford Press.

- Brettschneider, C., Riedel-Heller, S. et König, H. H. (2014). A systematic review of economic evaluations of treatments for borderline personality disorder. *PLoS One*, 9(9), e107748. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107748>
- Briere, J. et Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American journal of orthopsychiatry*, 68(4), 609–620. <https://doi.org/10.1037/h0080369>
- Brody, G. H. et Ge, X. (2001). Linking parenting processes and self-regulation to psychological functioning and alcohol use during early adolescence. *Journal of Family Psychology*, 15(1), 82–94. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.15.1.82>
- Brunner, R., Henze, R., Parzer, P., Kramer, J., Feigl, N., Lutz, K., Essig, M., Resch, F. et Stieltjes, B. (2010). Reduced prefrontal and orbitofrontal gray matter in female adolescents with borderline personality disorder: Is it disorder specific?. *NeuroImage*, 49(1), 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.07.070>
- Burke, J. D., Loeber, R., Lahey, B. B. et Rathouz, P. J. (2005). Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of child psychology and psychiatry*, 46(11), 1200–1210. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.00422.x>
- Burke, J. D. et Stepp, S. D. (2012). Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men. *Journal of abnormal child psychology*, 40(1), 35-44. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9558-7>
- Burke, J. D., Waldman, I. et Lahey, B. B. (2010). Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for the DSM–V. *Journal of abnormal psychology*, 119(4), 739–751. <https://doi.org/10.1037/a0019708>
- Burns, J., Morey, C., Lagelée, A., Mackenzie, A. et Nicholas, J. (2007). Reach Out! Innovation in service delivery. *The Medical journal of Australia*, 187(S7), S31–S34. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01333.x>
- Burt, S. A., McGue, M., DeMarte, J. A., Krueger, R. F. et Iacono, W. G. (2006). Timing of menarche and the origins of conduct disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(8), 890–896. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.8.890>
- Calkins, S. D. et Fox, N. A. (2002). Self-regulatory processes in early personality development: A multilevel approach to the study of childhood social withdrawal

and aggression. *Development and psychopathology*, 14(3), 477-498.
<https://doi.org/10.1017/S095457940200305X>

- Capaldi, D. M., Pears, K. C., Kerr, D. C., Owen, L. D. et Kim, H. K. (2012). Growth in externalizing and internalizing problems in childhood: A prospective study of psychopathology across three generations. *Child development*, 83(6), 1945–1959.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01821.x>
- Carlson, E. A., Egeland, B. et Sroufe, L. A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and psychopathology*, 21(4), 1311-1334. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990174>
- Carlson, E. A. et Sroufe, A. L. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti et D. Cohen (Eds.), *Developmental processes and psychopathology, Vol. 1. Theoretical perspectives and methodological approaches* (pp.581– 617). New York, NY: Cambridge University Press.
- Carpenter, R. W. et Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current psychiatry reports*, 15(1), 335.
<https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2>
- Casey, B., Galvan, A. et Hare, T. A. (2005). Changes in cerebral functional organization during cognitive development. *Current opinion in neurobiology*, 15(2), 239–244.
<https://doi.org/10.1016/j.conb.2005.03.012>
- Casey, B. J., Getz, S. et Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental review*, 28(1), 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.003>
- Caspi, A., Bem, D. J. et Elder Jr, G. H. (1989). Continuities and consequences of interactional styles across the life course. *Journal of personality*, 57(2), 375-406.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1989.tb00487.x>
- Caspi, A. et Moffitt, T. E. (1991). Individual differences are accentuated during periods of social change: The sample case of girls at puberty. *Journal of personality and social psychology*, 61(1), 157–168. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.157>
- Caspi, A. et Silva, P. A. (1995). Temperamental qualities at age three predict personality traits in young adulthood: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Child development*, 66(2), 486-498. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00885.x>
- Cassidy J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 228–249.
<https://doi.org/10.2307/1166148>

- Centers for disease control and prevention. (2009). *National center for health statistics : Adolescent health*. <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/adolescent-health.htm>
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi et Gratz K. L. (2011). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of adolescence*, 34(2), 337-347. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.04.004>
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., Clarkson, V. et McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: The journal of mental science*, 193(6), 477–484. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048934>
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V. et Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of personality disorders*, 18(6), 526–541. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.6.526.54798>
- Chanen, A. M., Jovev, M. et Jackson, H. J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(2), 297–306. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0217>
- Chanen, A. M. et Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 14(1), 45–53. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0242-y>
- Chanen, A. M., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Jackson, H. J. et McGorry, P. D. (2007). Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *The Medical journal of Australia*, 187(S7), S18–S21. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01330.x>
- Chang, B., Sharp, C. et Ha, C. (2011). The criterion validity of the Borderline Personality Features Scale for Children in an adolescent inpatient setting. *Journal of personality disorders*, 25(4), 492–503. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.4.492>
- Chein, J., Albert, D., O'Brien, L., Uckert, K. et Steinberg, L. (2011). Peers increase adolescent risk taking by enhancing activity in the brain's reward circuitry: Peer influence on risk taking. *Developmental science*, 14(2), F1–F10. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2010.01035.x>

- Chen, P. Y. et Popovich, P. M. (2002). *Correlation: Parametric and nonparametric measures*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Chmielewski, M., Bagby, R. M., Quilty, L. C., Paxton, R. et McGee Ng, S. A. (2011). A (re)-evaluation of the symptom structure of borderline personality disorder. *Canadian journal of psychiatry*, 56(9), 530–539.
<https://doi.org/10.1177/0706743711105600904>
- Cicchetti, D. (2014). Illustrative developmental psychopathology perspectives on precursors and pathways to personality disorder: Commentary on the special issue. *Journal of personality disorders*, 28(1), 172–179.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2014.28.1.172>
- Cicchetti, D. et Banny, A. (2014). A developmental psychopathology perspective on child maltreatment. In M. Lewis et K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 723–741). Boston, MA: Springer US.
- Cicchetti, D. et Crick, N. R. (2009). Precursors and diverse pathways to personality disorder in children and adolescents. *Development and psychopathology*, 21(3), 683–685. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000388>
- Cicchetti, D. et Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 8(4), 597–600.
<https://doi.org/10.1017/S0954579400007318>
- Cicchetti, D. et Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(1), 6–20.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.6>
- Cicchetti, D. et Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, 34, 541–565.
- Cicchetti, D. et Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual review of clinical psychology*, 1, 409–438.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029>
- Cicchetti, D. et Toth, S. L. (2015). Multilevel developmental perspectives on child maltreatment. *Development and psychopathology*, 27(4 Pt 2), 1385–1386.
<https://doi.org/10.1017/S0954579415000814>

- Cicchetti, D. et Valentino, K. (2006). An ecological transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence upon child development. In D. Cicchetti et D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation* (pp.129–201). New York, NY: Wiley.
- Clark L. A. (2005). Stability and change in personality pathology: Revelations of three longitudinal studies. *Journal of personality disorders, 19*(5), 524–596. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.524>
- Clarkin, J. F. et De Panfilis, C. (2013). Developing conceptualization of borderline personality disorder. *The journal of nervous and mental disease, 201*(2), 88-93. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827f61f6>
- Clarkin, J. F., Hull, J. W. et Hurt, S. W. (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *Journal of personality disorders, 7*(2), 137-143. <https://doi.org/10.1521/pedi.1993.7.2.137>
- Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Yeomans, F., Levy, K. N. et Kernberg, O. F. (2007). An object relations model of borderline pathology. *Journal of personality disorders, 21*(5), 474-499. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.474>
- Clifton, A. et Pilkonis, P. A. (2007). Evidence for a single latent class of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders borderline personality pathology. *Comprehensive psychiatry, 48*(1), 70-78. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.07.002>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, P., Chen, H., Gordon, K., Johnson, J., Brook, J. et Kasen, S. (2008). Socioeconomic background and the developmental course of schizotypal and borderline personality disorder symptoms. *Development and psychopathology, 20*(2), 633–650. <https://doi.org/10.1017/S095457940800031X>
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G. et Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of personality disorders, 19*(5), 466–486. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.466>
- Conklin, C. Z., Bradley, R. et Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *The journal of nervous and mental disease, 194*(2), 69-77.

- Conway, C. C., Hammen, C. et Brennan, P. A. (2015). Adolescent precursors of adult borderline personality pathology in a high-risk community sample. *Journal of personality disorders*, 29(3), 316–333. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_158
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K. et Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *American journal of psychiatry*, 162(2), 297–303. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.297>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J. et Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 764–772. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.85>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Miller, S., Costello, J. E., Angold, A. et Maughan, B. (2010). Outcome of early pubertal timing in young women: A prospective population-based study. *American journal of psychiatry*, 167(10), 1218–1225. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081190>
- Costa, P. T., Jr, Patriciu, N. S. et McCrae, R. R. (2005). Lessons from longitudinal studies for new approaches to the DSM-V: The FFM and FFT. *Journal of personality disorders*, 19(5), 533–539. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.533>
- Costello, E. J., Sung, M., Worthman, C. et Angold, A. (2007). Pubertal maturation and the development of alcohol use and abuse. *Drug and alcohol dependence*, 88(1), S50–S59. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.12.009>
- Crawford, T. N., Cohen, P. et Brook, J. S. (2001). Dramatic-erratic personality disorder symptoms: I. Continuity from early adolescence into adulthood. *Journal of personality disorders*, 15(4), 319–335. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.4.319.19182>
- Crick, N. R. et Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child development*, 66(3), 710–722. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00900.x>
- Crick, N. R., Grotpeter, J. K. et Bigbee, M. A. (2002). Relationally and physically aggressive children's intent attributions and feelings of distress for relational and instrumental peer provocations. *Child development*, 73(4), 1134–1142. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00462>

- Crick, N. R., Murray-Close, D. et Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and psychopathology*, 17(4), 1051–1070. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050492>
- Crone, E. A. et Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social–affective engagement and goal flexibility. *Nature reviews neuroscience*, 13(9), 636–650. <https://doi.org/10.1038/nrn3313>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P. et Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., McCauley, E., Smith, C. J., Stevens, A. L. et Sylvers, P. (2005). Psychological, autonomic, and serotonergic correlates of parasuicide among adolescent girls. *Development and psychopathology*, 17(4), 1105–1127. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050522>
- Dawson, G., Hessler, D. et Frey, K. (1994). Social influences on early developing biological and behavioral systems related to risk for affective disorder. *Development and Psychopathology*, 6(4), 759–779. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004776>
- De Bellis M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child maltreatment*, 10(2), 150–172. <https://doi.org/10.1177/1077559505275116>
- De Bolle, M., Beyers, W., De Clercq, B. et De Fruyt, F. (2012). General personality and psychopathology in referred and nonreferred children and adolescents: An investigation of continuity, pathoplasty, and complication models. *Journal of abnormal psychology*, 121(4), 958–970. <https://doi.org/10.1037/a0027742>
- De Caluwé, E., Decuyper, M. et De Clercq, B. (2013). The child behavior checklist dysregulation profile predicts adolescent DSM-5 pathological personality traits 4 years later. *European child and adolescent psychiatry*, 22(7), 401–411. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0379-9>
- Decuyper, M., De Pauw, S., De Fruyt, F., De Bolle, M. et De Clercq, B. J. (2009). A meta-analysis of psychopathy-, antisocial PD- and FFM associations. *European journal of personality*, 23(7), 531–565. <https://doi.org/10.1002/per.729>
- De Fruyt, F. et De Clercq, B. (2014). Antecedents of personality disorder in childhood and adolescence: Toward an integrative developmental model. *Annual review of clinical psychology*, 10(1), 449–476. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153634>

- De Moor, M. H., Distel, M. A., Trull, T. J. et Boomsma, D. I. (2009). Assessment of borderline personality features in population samples: Is the Personality Assessment Inventory–Borderline Features scale measurement invariant across sex and age? *Psychological assessment*, *21*(1), 125–130. <https://doi.org/10.1037/a0014502>
- Denham, S. A. (1998). *Emotional development in young children*. New York, NY: Guilford.
- Depue, R. A. et Lenzenweger, M. F. (2001). A neuro-behavioral dimensional model. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp.136–176). New York, NY: Guilford Press.
- DiClemente, R. J., Ponton, L. E. et Hartley, D. (1991). Prevalence and correlates of cutting behavior: Risk for HIV transmission. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, *30*(5), 735–739. [https://doi.org/10.1016/S0890-8567\(10\)80007-3](https://doi.org/10.1016/S0890-8567(10)80007-3)
- Distel, M. A., Middeldorp, C. M., Trull, T. J., Derom, C. A., Willemsen, G. et Boomsma, D. I. (2011). Life events and borderline personality features: The influence of gene–environment interaction and gene–environment correlation. *Psychological medicine*, *41*(4), 849–860. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001297>
- Distel, M. A., Trull, T. J., Derom, C. A., Thiery, E. W., Grimmer, M. A., Martin, N. G., Willemsen, G. et Boomsma, D. I. (2008). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological medicine*, *38*(9), 1219–1229. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002024>
- Dodge, K. A., Coie, J. D. et Lynam. D. (2006). Aggression and antisocial behavior in youth. In W. Damon et N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (6th ed., Vol.3) (pp. 719–788). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Dodge, K. A. et Crick, N. R. (1990). Social information-processing bases of aggressive behavior in children. *Personality and social psychology bulletin*, *16*(1), 8-22. <https://doi.org/10.1177/0146167290161002>
- Downey, G., Feldman, S. et Ayduk, O. (2000). Rejection sensitivity and male violence in romantic relationships. *Personal Relationships*, *7*(1), 45–61. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2000.tb00003.x>
- Dowson, J. H., Sussams, P., Grounds, A. T. et Taylor, J. C. (2001). Associations of past conduct disorder with personality disorders in “non-psychotic” psychiatric

inpatients. *European psychiatry*, 16(1), 49–56. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00535-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00535-6)

- Dubé, G., Terradas, M. et Arsenault, S. (2015). L'enfant borderline en devenir II: Validation préliminaire de l'Échelle de traits de personnalité limite pour enfants. *Santé mentale au Québec*, 40(3), 245-267. <https://doi.org/10.7202/1034921ar>
- Durand, C. (2003). *L'analyse factorielle et l'analyse de fidélité: Notes de cours et exemples*. Université de Montréal, Québec, Canada.
- Durand, C. (2014). *L'analyse factorielle, Notes de cours*. Université de Montréal, Québec, Canada.
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F. et Hasin, D. S. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: Relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. *Psychological medicine*, 41(5), 1041–1050. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001662>
- Eisenberg, N. et Fabes, R. A. (1998). Prosocial development. In W. Damon et N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (5th ed., Vol. 3) (pp. 701–778). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Eisenberg, N., Sadovsky, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Losoya, S. H., Valiente, C., Reiser, M., Cumberland, A. et Shepard, S. A. (2005). The relations of problem behavior status to children's negative emotionality, effortful control, and impulsivity: Concurrent relations and prediction of change. *Developmental Psychology*, 41(1), 193–211. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.1.193>
- Ensink, K., Bégin, M., Kotiuga, J., Sharp, C. et Normandin, L. (2020). Psychometric properties of the french version of the Borderline Personality Features Scale for Children and Adolescents. *Adolescent Psychiatry*, 10(1), 48-58. <https://doi.org/10.2174/2210676609666190820145256>
- Erikson, E. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York, NY: W.W. Norton Company.
- Fairchild, G., Hagan, C. C., Walsh, N. D., Passamonti, L., Calder, A. J. et Goodyer, I. M. (2013). Brain structure abnormalities in adolescent girls with conduct disorder: Brain structure in females with conduct disorder. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(1), 86–95. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02617.x>
- Faraone, S. V., Althoff, R. R., Hudziak, J. J., Monuteaux, M. et Biederman, J. (2005). The CBCL predicts DSM bipolar disorder in children: A receiver operating

characteristic curve analysis. *Bipolar disorders*, 7(6), 518-524.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00271.x>

Farmer, R. F. et Chapman, A. L. (2002). Evaluation of DSM-IV personality disorder criteria as assessed by the structured clinical interview for DSM-IV personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, 43(4), 285–300.
<https://doi.org/10.1053/comp.2002.33494>

Feng, B. et Forget-Dubois, N. (2016). *Le traitement des données manquantes*. Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale (GRIP), Université Laval, Québec, Canada.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS: And sex and drugs and rock 'n' roll*. London, UK: SAGE.

Figner, B., Mackinlay, R. J., Wilkening, F. et Weber, E. U. (2009). Affective and deliberative processes in risky choice: Age differences in risk taking in the Columbia Card Task. *Journal of experimental psychology: Learning, memory, and cognition*, 35(3), 709–730. <https://doi.org/10.1037/a0014983>

Finkenauer, C., Engels, R. et Baumeister, R. (2005). Parenting behaviour and adolescent behavioural and emotional problems: The role of self-control. *International journal of behavioral development*, 29(1), 58-69.
<https://doi.org/10.1080/01650250444000333>

Fino, E., Melogno, S., Iliceto, P., D'Aliesio, S., Pinto, M. A., Candilera, G. et Sabatello, U. (2014). Executive functions, impulsivity, and inhibitory control in adolescents: A structural equation model. *Advances in cognitive psychology*, 10(2), 32–38.
<https://doi.org/10.5709/acp-0154-5>

First, M. B. et Gibbon, M. (2004). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). In M. J. Hilsenroth et D. L. Segal. (Eds), *Comprehensive handbook of psychological assessment. Vol. 2: Personality assessment* (pp. 134-143). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons inc.

Fischer, M., Barkley, R. A., Smallish, L. et Fletcher, K. (2002). Young adult follow-up of hyperactive children: Self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *Journal of abnormal child psychology*, 30(5), 463–475. <https://doi.org/10.1023/A:1019864813776>

- Fleury, M. J. et Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux*. Québec, Canada: Gouvernement du Québec.
- Foelsch, P. A., Odom, A. E. et Kernberg, O. F. (2008). Treatment of adolescents with identity diffusion: A modification of transference focused psychotherapy. *Santé mentale au Québec*, 33(1), 37-60. <https://doi.org/10.7202/018472ar>
- Fonagy, P. et Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83-101. <https://doi.org/10.1080/09638230601182045>
- Fonagy, P. et Bateman, A. W. (2008). The development of borderline personality disorder: A mentalizing model. *Journal of personality disorders*, 22(1), 4–21. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.4>
- Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C. et Bohus, M. (2015). ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European child & adolescent psychiatry*, 24(11), 1307–1320. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0751-z>
- Fonagy, P. et Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335. <https://doi.org/10.1080/07351692209348990>
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G. et Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412-459. <https://doi.org/10.1080/07351692309349042>
- Fonseca-Pedrero, E., Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S., Paino, M. et Muñiz, J. (2011). Dimensional structure and measurement invariance of the Youth Self-Report across gender and age. *Journal of adolescent health*, 50(2), 148-153. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.05.011>
- Forbes, E. E. et Dahl, R. E. (2010). Pubertal development and behavior: Hormonal activation of social and motivational tendencies. *Brain and cognition*, 72(1), 66–72. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.10.007>
- Fossati, A., Gratz, K. L., Borroni, S., Maffei, C., Somma, A. et Carlotta, D. (2015). The relationship between childhood history of ADHD symptoms and DSM-IV borderline personality disorder features among personality disordered outpatients:

The moderating role of gender and the mediating roles of emotion dysregulation and impulsivity. *Comprehensive psychiatry*, 56, 121–127.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.023>

Fraiberg, S., Adelson, E. et Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, 14, 387–421.

Freud, A. (1958). Adolescence. *The psychoanalytic study of the child*, 13, 255-278.

Frost, J. et McKelvie, S. (2004). Self-esteem and body satisfaction in male and female elementary school, high school, and university students. *Sex roles*, 51(1-2), 45-54.
<https://doi.org/10.1023/B:SERS.0000032308.90104.c6>

Fruzzetti, A. E., Shenk, C. et Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and psychopathology*, 17(4), 1007–1030.
<https://doi.org/10.1017/s0954579405050479>

Galvan, A., Hare, T. A., Parra, C. E., Penn, J., Voss, H., Glover, G. et Casey, B. J. (2006). Earlier development of the accumbens relative to orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents. *Journal of neuroscience*, 26(25), 6885–6892.
<https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1062-06.2006>

Galvan, A., Hare, T., Voss, H., Glover, G. et Casey, B. J. (2007). Risk-taking and the adolescent brain: Who is at risk? *Developmental science*, 10(2), F8–F14.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2006.00579.x>

Gardner, M. et Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. *Developmental psychology*, 41(4), 625–635. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625>

Ge, X., Brody, G. H., Conger, R. D. et Simons, R. L. (2006). Pubertal maturation and African American children's internalizing and externalizing symptoms. *Journal of youth and adolescence*, 35(4), 528–537. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9046-5>

Ge, X., Conger, R. D. et Elder Jr, G. H. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental psychology*, 37(3), 404–417. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.3.404>

- Geier, C. F., Terwilliger, R., Teslovich, T., Velanova, K. et Luna, B. (2010). Immaturities in reward processing and its influence on inhibitory control in adolescence. *Cerebral cortex*, 20(7), 1613–1629. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhp225>
- Geiger, T. C. et Crick N. R. (2001). A developmental psychopathology perspective on vulnerability to personality disorders. In R. Ingram et J. M. Price (Eds), *Vulnerability to Psychopathology: Risk Across the Lifespan* (pp. 57–102). New York, NY: The Guilford Press.
- Geiger, T. C. et Crick, N. R. (2010). Developmental pathways to personality disorders. In R. E. Ingram et J. M. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology* (2nd ed.) (pp. 57-108). New York, NY: The Guilford Press.
- Gelhorn, H. L., Sakai, J. T., Price, R. K. et Crowley, T. J. (2007). DSM-IV conduct disorder criteria as predictors of antisocial personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 48(6), 529–538. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.04.009>
- George, D. et Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 17.0 update* (10th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Gergely, G. (2004). The role of contingency detection in early affect–regulative interactions and in the development of different types of infant attachment. *Social development*, 13(3), 468–478. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2004.00277.x>
- Gergely, G. et Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *The International journal of psycho-analysis*, 77(Pt 6), 1181–1212.
- Giedd, J. N. (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Annals of the New York academy of sciences*, 1021(1), 77–85. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.009>
- Glenn, C. R. et Klonsky, E. D. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 23(1), 20–28. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.1.20>
- Glenn, C. R. et Klonsky, E. D. (2013). Reliability and validity of borderline personality disorder in hospitalized adolescents. *Journal of the canadian academy of child and adolescent psychiatry*, 22(3), 206–211.

- Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, A. C., Nugent III, T. F., Herman, D. H., Clasen, L. S., Toga, A. W., Rapoport, J. L. et Thompson, P. M. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *PNAS*, *101*(21), 8174–8179.
<https://doi.org/10.1073/pnas.0402680101>
- Goldstein, R. B., Grant, B. F., Ruan, W. J., Smith, S. M. et Saha, T. D. (2006). Antisocial personality disorder with childhood- vs adolescence-onset conduct disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The journal of nervous and mental disease*, *194*(9), 667–675.
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000235762.82264.a1>
- Goodman, M., Hazlett, E. A., Avedon, J. B., Siever, D. R., Chu, K. W. et New, A. S. (2011). Anterior cingulate volume reduction in adolescents with borderline personality disorder and co-morbid major depression. *Journal of psychiatric research*, *45*(6), 803–807. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.011>
- Goodman, M., Mascitelli, K. et Triebwasser, J. (2013). The neurobiological basis of adolescent-onset borderline personality disorder. *Journal of the canadian academy of child and adolescent psychiatry*, *22*(3), 212–219.
- Goodman, M., Patil, U., Oakes, A., Matho, A. et Triebwasser, J. (2013). Developmental trajectories to male borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, *27*(6), 764–782. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_111
- Goodman, M., Patil, U., Steffel, L., Avedon, J., Sasso, S., Triebwasser, J. et Stanley, B. (2010). Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric services*, *16*(3), 155–163.
<https://doi.org/10.1097/01.pra.0000375711.47337.27>
- Graber, J. A. (2013). Pubertal timing and the development of psychopathology in adolescence and beyond. *Hormones and behavior*, *64*(2), 262–269.
<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.04.003>
- Graber, J. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. et Brooks-Gunn, J. (1997). Is psychopathology associated with the timing of pubertal development? *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, *36*(12), 1768–1776.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199712000-00026>
- Graber, J. A., Seeley, J. R., Brooks-Gunn, J. et Lewinsohn, P. M. (2004). Is pubertal timing associated with psychopathology in young adulthood? *Journal of the american*

academy of child and adolescent psychiatry, 43(6), 718–726.
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000120022.14101.11>

Graber, J. A., et Sontag, L. M. (2009). Internalizing problems during adolescence. In R. M. Lerner et L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology* (2nd ed.) (pp. 642-682). New York, NY: John Wiley Sons.

Graham, J. W. (2009). Missing data analysis: Making it work in the real world. *Annual review of psychology*, 60, 549-576.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085530>

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P. et Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533–545.
<https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>

Gratz, K. L., Levy, R. et Tull, M. T. (2012). Emotion regulation as a mechanism of change in an acceptance-based emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Journal of cognitive psychotherapy*, 26(4), 365–380. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.26.4.365>

Gratz, K. L., Tull, M. T., Reynolds, E. K., Bagge, C. L., Latzman, R. D., Daughters, S. B. et Lejuez, C. W. (2009). Extending extant models of the pathogenesis of borderline personality disorder to childhood borderline personality symptoms: The roles of affective dysfunction, disinhibition, and self- and emotion-regulation deficits. *Development and psychopathology*, 21(4), 1263–1291.
<https://doi.org/10.1017/S0954579409990150>

Green, M. F., Kern, R. S. et Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: Implications for MATRICS. *Schizophrenia research*, 72(1), 41–51. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.09.009>

Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Bender, D., Oldham, J. M., Dyck, I. et Stout, R. L. (2001). Internal consistency, intercriterion overlap and diagnostic efficiency of criteria sets for DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 104(4), 264–272.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00436.x>

Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Gunderson, J. G., Pagano, M. E., Yen, S., Zanarini, M. C., Shea, M. T., Skodol, A. E., Stout, R. L., Morey, L. C. et McGlashan, T. H. (2004).

Two-year stability and change of Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 767–775. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.767>

Grolnick, W. S. et Farkas, M. (2002). Parenting and the development of children's self-regulation. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (2nd ed., Vol. 5) (pp. 89–110). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Groschwitz, R. C., Plener, P. L., Kaess, M., Schumacher, T., Stoehr, R., & Boege, I. (2015). The situation of former adolescent self-injurers as young adults: A follow-up study. *BMC psychiatry*, 15(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0555-1>

Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C. A., Ansell, E., Pinto, A. et Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of general psychiatry*, 68(8), 827-837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>

Ha, C., Balderas, J. C., Zanarini, M. C., Oldham, J. et Sharp, C. (2014). Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 75(5), e457-464. <https://doi.org/10.4088/jcp.13m08696>

Hair, J. F. J., Anderson, R. E., Tatham, R. L. et Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Hallquist, M. N., Hipwell, A. E. et Stepp, S. D. (2015). Poor self-control and harsh punishment in childhood prospectively predict borderline personality symptoms in adolescent girls. *Journal of abnormal psychology*, 124(3), 549–564. <https://doi.org/10.1037/abn0000058>

Halperin, J. M., Rucklidge, J. J., Powers, R. L., Miller, C. J. et Newcorn, J. H. (2011). Childhood CBCL bipolar profile and adolescent/young adult personality disorders: A 9-year follow-up. *Journal of affective disorders*, 130(1-2), 155–161. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.019>

Halpern, C. T., Kaestle, C. E. et Hallfors, D. D. (2007). Perceived physical maturity, age of romantic partner, and adolescent risk behavior. *Prevention science*, 8(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11121-006-0046-1>

- Haltigan, J. D. et Vaillancourt, T. (2016). Identifying trajectories of borderline personality features in adolescence: Antecedent and interactive risk factors. *The canadian journal of psychiatry*, 61(3), 166–175. <https://doi.org/10.1177/0706743715625953>
- Harter, S. (1998). The development of self representations. In W. Damon et N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology. Vol. 3: Social, emotional, and personality development* (pp. 553–617). New York, NY: Wiley.
- Haugaard, J. J. (2004). Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Borderline personality disorder. *Child maltreatment*, 9(2), 139–145. <https://doi.org/10.1177/1077559504264305>
- Haynie, D. L. (2003). Contexts of risk? Explaining the link between girls' pubertal development and their delinquency involvement. *Social forces*, 82(1), 355–397. <https://doi.org/10.1353/sof.2003.0093>
- Helgeland, M. I., Kjelsberg, E. et Torgersen, S. (2005). Continuities between emotional and disruptive behavior disorders in adolescence and personality disorders in adulthood. *American journal of psychiatry*, 162(10), 1941–1947. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1941>
- Hesse, E. et Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the american psychoanalytic association*, 48(4), 1097–1127. <https://doi.org/10.1177/00030651000480041101>
- Hicks, B. M., Krueger, R. F., Iacono, W. G., McGue, M. et Patrick, C. J. (2004). Family transmission and heritability of externalizing disorders: A twin-family study. *Archives of general psychiatry*, 61(9), 922–928. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.9.922>
- Hill, J. (2003). Early identification of individuals at risk for antisocial personality disorder. *British journal of psychiatry*, 182(S44), s11–s14. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.44.s11>
- Hofstra, M. B., Van der Ende, J. et Verhulst, F. C. (2000). Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: A 14-year follow-up study. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 39(7), 850–858. <https://doi.org/10.1097/00004583-200007000-00013>
- Holtmann, M., Buchmann, A. F., Esser, G., Schmidt, M. H., Banaschewski, T. et Laucht, M. (2011). The Child Behavior Checklist-Dysregulation Profile predicts substance

- use, suicidality, and functional impairment: A longitudinal analysis. *Journal of child psychology and psychiatry*, 52(2), 139–147. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02309.x>
- Hopwood, C. J. et Grilo, C. M. (2010). Internalizing and externalizing personality dimensions and clinical problems in adolescents. *Child psychiatry and human development*, 41(4), 398-408. <https://doi.org/10.1007/s10578-010-0175-4>
- Howell, A. J. et Watson, D. C. (2009). Impairment and distress judgments of symptoms composing childhood externalizing and internalizing syndromes. *Journal of child and family studies*, 18(2), 172-182. <https://doi.org/10.1007/s10826-008-9217-y>
- Hudziak, J. J., Achenbach, T. M., Althoff, R. R. et Pine, D. S. (2007). A dimensional approach to developmental psychopathology. *International journal of methods in psychiatric research*, 16(S1), S16–S23. <https://doi.org/10.1002/mpr.217>
- Hudziak, J. J., Althoff, R. R., Derks, E. M., Faraone, S. V. et Boomsma, D. I. (2005). Prevalence and genetic architecture of Child Behavior Checklist–Juvenile Bipolar Disorder. *Biological psychiatry*, 58(7), 562–568. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.03.024>
- Hutsebaut, J., Feenstra, D. J. et Luyten, P. (2013). Personality disorders in adolescence: Label or opportunity?. *Clinical psychology: Science and practice*, 20(4), 445-451. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12052>
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., Bird, H., Broberg, A. G., Dobrean, A., Döpfner, M., Erol, N., Forn, M., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M. C., Leung, P., Minaei, A., Mulatu, M. S., Novik, T., . . . Verhulst, F. C. (2007). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(5), 729–738. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.729>
- Jacobson, C. M. et Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of suicide research*, 11(2), 129–147. <https://doi.org/10.1080/13811110701247602>
- James, L. M. et Taylor, J. (2008). Revisiting the structure of mental disorders: Borderline personality disorder and the internalizing/externalizing spectra. *The British journal of clinical psychology*, 47(Pt 4), 361–380. <https://doi.org/10.1348/014466508X299691>

- Johnson, D. M., Shea, M. T., Shirley, Y., Battle, C. L., Zlotnick, C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Bender, D. S., McGlashan, T. H., Gunderson, J. G. et Zonarini, M. C. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Comprehensive psychiatry*, 44(4),284–292. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00090-7](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00090-7)
- Jovev, M., McKenzie, T., Whittle, S., Simmons, J. G., Allen, N. B. et Chanen, A. M. (2013). Temperament and maltreatment in the emergence of borderline and antisocial personality pathology during early adolescence. *Journal of canadian academy of child and adolescent psychiatry*, 22(3), 220–229.
- Kaess, M., Brunner, R. et Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782–793. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677>
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F. et Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry research*, 206(2-3), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>
- Kaess, M., von Ceumern-Lindenstjerna, I. A., Parzer, P., Chanen, A., Mundt, C., Resch, F. et Brunner, R. (2013). Axis I and II comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychopathology*, 46(1), 55-62. <https://doi.org/10.1159/000338715>
- Kaltiala-Heino, R., Marttunen, M., Rantanen, P. et Rimpelä, M. (2003). Early puberty is associated with mental health problems in middle adolescence. *Social science and medicine*, 57(6), 1055–1064. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00480-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00480-X)
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A. E., Johnson, J. G. et Brook, J. S. (1999). Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *American journal of psychiatry*, 156(10), 1529–1535. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1529>
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S. et Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 43(3), 276-282. <https://doi.org/10.1097/00004583-200403000-00008>
- Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J. et Neale, M. C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of general psychiatry*, 60(9), 929-937.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.929>

Kernberg, O. F. (1976). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven, CT: Yale.

Kernberg, P. F., Weiner, A. S. et Bardenstein, K. K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. New York, NY: Basic Books.

Kessing, L., Vradi, E. et Andersen, P. (2015). Diagnostic stability in pediatric bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 172, 417–421.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.037>

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Ustün, T. B. et Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 18(1), 23–33. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001421>

Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. et Ustün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359–364.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>

Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N. et Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *Lancet (London, England)*, 378(9801), 1515–1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)

Kim, B. R., Stifter, C. A., Philbrook, L. E. et Teti, D. M. (2014). Infant emotion regulation: Relations to bedtime emotional availability, attachment security, and temperament. *Infant behavior and development*, 37(4), 480–490.
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.06.006>

Kim, J., Cicchetti, D., Rogosch, F. A. et Manly, J. T. (2009). Child maltreatment and trajectories of personality and behavioral functioning: Implications for the

development of personality disorder. *Development and psychopathology*, 21(3), 889–912. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000480>

Klonsky, E. D., May, A. M. et Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of abnormal psychology*, 122(1), 231–237. <https://doi.org/10.1037/a0030278>

Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F. et Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American journal of psychiatry*, 160(8), 1501–1508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>

Klump, K. L. (2013). Puberty as a critical risk period for eating disorders: A review of human and animal studies. *Hormones and behavior*, 64(2), 399–410. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.02.019>

Kochanska, G., Coy, K. C. et Murray, K. T. (2001). The development of self-regulation in the first four years of life. *Child development*, 72(4), 1091–1111. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00336>

Kochanska, G. et Murray, K. T. (2000). Mother-child mutually responsive orientation and conscience development: From toddler to early school age. *Child development*, 71(2), 417–431. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00154>

Kochanska, G., Murray, K. T. et Harlan, E. T. (2000). Effortful control in early childhood: Continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental psychology*, 36(2), 220–232. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.2.220>

Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., New, A. S., Goodman, M., Silverman, J., Serby, M., Schopick, F. et Siever, L. J. (2001). Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity? *Journal of personality disorders*, 15(4), 358–370. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.4.358.19181>

Konrad, K., Firk, C. et Uhlhaas, P. J. (2013). Brain development during adolescence. *Deutsches ärzteblatt international*, 110(25), 425–431. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0425>

Kratzer, L. et Hodgins, S. (1997). Adult outcomes of child conduct problems: A cohort study. *Journal of abnormal child psychology*, 25(1), 65–81. <https://doi.org/10.1023/A:1025711525255>

- Krischer, M. K., Sevecke, K., Lehmkuhl, G. et Pukrop, R. (2007). Dimensional assessment of personality pathology in female and male delinquents. *Journal of personality disorder*, 21(6), 675–689. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.6.675>
- Krueger R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of general psychiatry*, 56(10), 921–926. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.10.921>
- Krueger R. F. (2005). Continuity of axes I and II: Toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders. *Journal of personality disorders*, 19(3), 233–261. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.3.233>
- Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E. et Silva, P. A. (1998). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): A longitudinal-epidemiological study. *Journal of abnormal psychology*, 107(2), 216-227. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.216>
- Krueger, R. F., McGue, M. et Iacono, W. G. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorders: Internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and individual differences*, 30(7), 1245-1259. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00106-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00106-9)
- Krueger, R. F. et South, S. C. (2009). Externalizing disorders: Cluster 5 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11: Paper 6 of 7 of the thematic section: ‘A proposal for a meta-structure for DSM-V and ICD-11’. *Psychological medicine*, 39(12), 2061-2070.
- Krueger, R. F. et Tackett, J. L. (2003). Personality and psychopathology: Working toward the bigger picture. *Journal of personality disorders*, 17(2), 109–128. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.2.109.23986>
- Kuehn B. M. (2005). Mental illness takes heavy toll on youth. *JAMA*, 294(3), 293–295. <https://doi.org/10.1001/jama.294.3.293>
- Kumar, G., Pepe, D. et Steer, R. A. (2004). Adolescent psychiatric inpatients’ self-reported reasons for cutting themselves. *The journal of nervous and mental disease*, 192(12), 830–836. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000146737.18053.d2>
- Lahey, B. B., Loeber, R., Burke, J. D. et Applegate, B. (2005). Predicting future antisocial personality disorder in males from a clinical assessment in childhood. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 389–399. <https://doi.org/10.1037/0022->

- Langbehn, D. R. et Cadoret, R. J. (2001). The adult antisocial syndrome with and without antecedent conduct disorder : Comparisons from an adoption study. *Comprehensive psychiatry*, 42(4), 272–282. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.24579>
- Larrivée, M. P. (2013). Borderline personality disorder in adolescents: The He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues in clinical neuroscience*, 15(2), 171-179. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/mplarrivee>
- Lawrence, K. A., Allen, J. S. et Chanen, A. M. (2011). A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognitive therapy and research*, 35(1), 30–39. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9292-4>
- Laye-Gindhu, A. et Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of self-harm. *Journal of youth and adolescence*, 34(5), 447–457. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-7262-z>
- Le Corff, Y. et Toupin, J. (2014). Overt versus covert conduct disorder symptoms and the prospective prediction of antisocial personality disorder. *Journal of personality disorders*, 28(6), 864–872. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_074
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. et Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The lancet*, 377(9759), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Leitch, K. K. (2007). *Vers de nouveaux sommets*. Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes. Ottawa, ON: Santé Canada.
- Lenroot, R. K. et Giedd, J. N. (2010). Sex differences in the adolescent brain. *Brain and cognition*, 72(1), 46–55. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.10.008>
- Lenzenweger M. F. (1999). Stability and change in personality disorder features: The Longitudinal Study of Personality Disorders. *Archives of general psychiatry*, 56(11), 1009–1015. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.11.1009>
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. et Levy, K. N. (2008). Refining the borderline personality disorder phenotype through finite mixture modeling: Implications for classification. *Journal of personality disorders*, 22(4), 313-331. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.313>

- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. et Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 62(6), 553-564. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>
- Lenzenweger, M. F., Loranger, A. W., Korfine, L. et Neff, C. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population. *Archives of general psychiatry*, 54(4), 345–351. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160073010>
- Levy, K. N., Becker, D. F., Grilo, C. M., Mattanah, J. J., Garnet, K. E., Quinlan, D. M., Edell, W. S. et McGlashan, T. H. (1999). Concurrent and predictive validity of the personality disorder diagnosis in adolescent inpatients. *The American journal of psychiatry*, 156(10), 1522–1528. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1522>
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R. et Klein, D. N. (1997). Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, 36(12), 1752–1759. <https://doi.org/10.1097/00004583-199712000-00024>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. et Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Lien, L., Haavet, O. R. et Dalgard, F. (2010). Do mental health and behavioural problems of early menarche persist into late adolescence? A three year follow-up study among adolescent girls in Oslo, Norway. *Social science and medicine*, 71(3), 529–533. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.003>
- Lindberg, S. M., Grabe, S. et Hyde, J. S. (2007). Gender, pubertal development, and peer sexual harassment predict objectified body consciousness in early adolescence. *Journal of research on adolescence*, 17(4), 723-742. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2007.00544.x>
- Linde, J. A., Stringer, D., Simms, L. J. et Clark, L. A. (2013). The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality for Youth (SNAP-Y): A new measure for assessing adolescent personality and personality pathology. *Assessment*, 20(4), 387–404. <https://doi.org/10.1177/1073191113489847>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioural Treatment for Borderline Personality Disorder*. New York, NY: Guilford.

- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. et Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of Dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757–766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon et C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 39–70). New York, NY: Guilford Press.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A. et Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part I. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, 39(12), 1468–1484. <https://doi.org/10.1097/00004583-200012000-00007>
- Lonigan, C. J. et Phillips, B. M. (2001). Temperamental influences on the development of anxiety disorders. In M. W. Vasey et M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 60–91). New York, NY: Oxford University Press.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R. et Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 459-480. <https://doi.org/10.1002/jclp.20243>
- Lyons, M. J., Jerskey, B. A. et Genderson, M. R. (2011). The epidemiology of personality disorders: Findings, methods and concepts. In M. T. Tsuang, M. Tohen et P. B. Jones (Eds.), *Textbook in Psychiatric Epidemiology* (3rd ed.) (pp. 401–433). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E. et Atwood, G. (1999). A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother–infant interaction. In J. Solomon et C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 33–69). New York, NY: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K. et Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy et P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.) (pp. 666-697). New York, NY: Guilford Press.
- Macfie, J. et Strimpfel, J. M. (2014). Parenting and the development of borderline personality disorder. In C. Sharp et J. L. Tackett (Eds.), *Handbook of borderline*

- personality disorder in children and adolescents* (pp. 277-291). New York, NY: Springer.
- MacIntosh, H. B., Godbout, N. et Dubash, N. (2015). Borderline personality disorder: Disorder of trauma or personality, a review of the empirical literature. *Canadian psychology*, 56(2), 227-241. <https://doi.org/10.1037/cap0000028>
- Mackrell, S. V. M., Kotelnikova, Y., Jordan, P. L. et Hayden, E. P. (2016). The role of pubertal development in emerging depression risk in middle childhood. *Personality and individual differences*, 98, 315–319. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.03.035>
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K. et Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental psychology*, 49(4), 672-689. <https://doi.org/10.1037/a0028793>
- Madigan, S., Moran, G., Schuengel, C., Pederson, D. R. et Otten, R. (2007). Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: Links to toddler behavior problems. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 48(10), 1042–1050. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01805.x>
- Main, M. et Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti et E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 161–182). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Main, M. et Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti et E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp.121–160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Mangelsdorf, S. C., Shapiro, J. R. et Marzolf, D. (1995). Developmental and temperamental differences in emotion regulation in infancy. *Child development*, 66(6), 1817–1828. <https://doi.org/10.2307/1131912>
- Mardon, A. (2009). Les premières règles des jeunes filles: Puberté et entrée dans l'adolescence. *Sociétés contemporaines*, 75, 109–129. <https://doi.org/10.3917/soco.075.0109>

- Markey, C. N. (2010). Invited commentary: Why body image is important to adolescent development. *Journal of youth and adolescence*, 39(12), 1387-1391.
<https://doi.org/10.1007/s10964-010-9510-0>
- Martin, C. A., Kelly, T. H., Rayens, M. K., Brogli, B. R., Brenzel, A., Smith, J. W. et Omar, H. A. (2002). Sensation seeking, puberty, and nicotine, alcohol, and marijuana use in adolescence. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, 41(12), 1495–1502. <https://doi.org/10.1097/00004583-200212000-00022>
- Masten, A. S. et Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American psychologist*, 53(2), 205–220. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.53.2.205>
- McCleery, A., Lee, J., Fiske, A. P., Ghermezi, L., Hayata, J. N., Hellemann, G. S., Horan, W. P., Kee, K. S., Kern, R. S., Knowlton, B. J., Subotnik, K. L., Ventura, J., Sugar, C. A., Nuechterlein, K. H. et Green, M. F. (2016). Longitudinal stability of social cognition in schizophrenia: A 5-year follow-up of social perception and emotion processing. *Schizophrenia research*, 176(2-3), 467–472.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.07.008>
- McCormick, B., Blum, N., Hansel, R., Franklin, J. A., St. John, D., Pfohl, B., Allen, J. et Black, D. W. (2007). Relationship of sex to symptom severity, psychiatric comorbidity, and health care utilization in 163 subjects with borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 48(5), 406–412.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.005>
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S. et Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour research and therapy*, 49(9), 544–554.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003>
- Meeus, W., Iedema, J., Helsen, M. et Vollebergh, W. (1999). Patterns of adolescent identity development: Review of literature and longitudinal analysis. *Developmental review*, 19(4), 419–461. <https://doi.org/10.1006/drev.1999.0483>
- Meier, M. H., Slutske, W. S., Heath, A. C. et Martin, N. G. (2011). Sex differences in the genetic and environmental influences on childhood conduct disorder and adult antisocial behavior. *Journal of abnormal psychology*, 120(2), 377–388.
<https://doi.org/10.1037/a0022303>

- Mendle, J. et Ferrero, J. (2012). Detrimental psychological outcomes associated with pubertal timing in adolescent boys. *Developmental review*, 32(1), 49–66. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2011.11.001>
- Mendle, J., Turkheimer, E. et Emery, R. E. (2007). Detrimental psychological outcomes associated with early pubertal timing in adolescent girls. *Developmental review*, 27(2), 151–171. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2006.11.001>
- Mensah, F. K., Bayer, J. K., Wake, M., Carlin, J. B., Allen, N. B. et Patton, G. C. (2013). Early puberty and childhood social and behavioral adjustment. *Journal of adolescent health*, 53(1), 118–124. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.12.018>
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F. et Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(1), 7–20. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/krmerikangas>
- Mervielde, I., De Clercq, B., De Fruyt, F. et van Leeuwen, K. (2005). Temperament, personality, and developmental psychopathology as childhood antecedents of personality disorders. *Journal of personality disorders*, 19(2), 171–201. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.2.171.62627>
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Proietti, J. M., Heape, C. L. et Egan, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of personality disorders*, 15(5), 371–389. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.5.371.19200>
- Meyer, J. M., Eaves, L. J., Heath, A. C. et Martin, N. G. (1991). Estimating genetic influences on the age-at-menarche: A survival analysis approach. *American journal of medical genetics*, 39(2), 148–154. <https://doi.org/10.1002/ajmg.1320390207>
- Meyer, S. E., Carlson, G. A., Youngstrom, E., Ronsaville, D. S., Martinez, P. E., Gold, P. W., Hakak, R. et Radke-Yarrow, M. (2009). Long-term outcomes of youth who manifested the CBCL-Pediatric Bipolar Disorder phenotype during childhood and/or adolescence. *Journal of affective disorders*, 113(3), 227–235. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.05.024>
- Mikulincer, M., Shaver, P.R. et Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion* 27(2), 77–102. <https://doi.org/10.1023/A:1024515519160>

- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J. et Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical psychology review*, 28(6), 969–981. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.004>
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H. et Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and psychopathology*, 14(1), 179–207. <https://doi.org/10.1017/S0954579402001104>
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M. et Silva, P. A. (2001). *Sex differences in antisocial behaviour: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Monahan, K. C. et Steinberg, L. (2011). Accentuation of individual differences in social competence during the transition to adolescence: Accentuation of differences in social competence. *Journal of research on adolescence*, 21(3), 576–585. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00705.x>
- Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B. et Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study. *The lancet*, 379(9812), 236–243. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61141-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61141-0)
- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Mosquera, D., Gonzalez, A. et Leeds, A. M. (2014). Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: The role of insecure and disorganized attachment. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-15>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L. et Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Muris, P. (2006). Unique and interactive effects of neuroticism and effortful control on psychopathological symptoms in non-clinical adolescents. *Personality and individual differences*, 40(7), 1409-1419. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.001>

- Muris, P. et Ollendick, T. H. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical child and family psychology review*, 8(4), 271-289. <https://doi.org/10.1007/s10567-005-8809-y>
- Mustanski, B. S., Viken, R. J., Kaprio, J., Pulkkinen, L. et Rose, R. J. (2004). Genetic and environmental influences on pubertal development: Longitudinal data from Finnish twins at ages 11 and 14. *Developmental psychology*, 40(6), 1188–1198. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.6.1188>
- Muthén, B., Du Toit, S. H. C. et Spisic, D. (1997). *Robust inference using weighted least squares and quadratic estimating equations in latent variable modeling with categorical and continuous outcomes*. Unpublished technical report.
- Neemann, J., Hubbard, J. et Masten, A. S. (1995). The changing importance of romantic relationship involvement to competence from late childhood to late adolescence. *Development and psychopathology*, 7, 727–750. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006817>
- Negriff, S. et Susman, E. J. (2011). Pubertal timing, depression, and externalizing problems: A framework, review, and examination of gender differences. *Journal of research on adolescence*, 21(3), 717–746. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00708.x>
- Nigg, J. T., Silk, K. R., Stavro, G. et Miller, T. (2005). Disinhibition and borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), 1129-1149. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050534>
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E. et Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48(7), 703–713. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01733.x>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Obeidallah, D. A., Brennan, R. T., Brooks-Gunn, J., Kindlon, D. et Earls, F. (2000). Socioeconomic status, race, and girls' pubertal maturation: Results from the project on human development in Chicago neighborhoods. *Journal of research on adolescence*, 10(4), 443–464.
- Ostrov, J. M. et Houston, R. J. (2008). The utility of forms and functions of aggression in emerging adulthood: Association with personality disorder symptomatology.

Journal of youth and adolescence, 37(9), 1147–1158.
<https://doi.org/10.1007/s10964-008-9289-4>

- Ozer, E. M., Macdonald, T. et Irwin, C. E. J. (2002). Adolescent health care in the United States: Implications and projections for the new millennium. In J. T. Mortimer et R. W. Larson (Eds.), *Changing adolescent experience: Societal trends and the transition to adulthood* (pp. 129-174). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Paris, J. (2007). The nature of borderline personality disorder: Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *Journal of personality disorders*, 21(5), 457–473. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.457>
- Paus, T., Keshavan, M. et Giedd, J. N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Neuroscience*, 9(12), 947–957.
<https://doi.org/10.1038/nrn2513>
- Pavlov, K. A., Chistiakov, D. A. et Chekhonin, V. P. (2012). Genetic determinants of aggression and impulsivity in humans. *Journal of applied genetics*, 53(1), 61-82.
<https://doi.org/10.1007/s13353-011-0069-6>
- Pemment, J. (2013). The neurobiology of antisocial personality disorder : The quest for rehabilitation and treatment. *Aggression and violent behavior*, 18(1), 79–82.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.10.004>
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M. et Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: A systematic review of the literature. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 2(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., Klorman, R. et Brumaghim, J. T. (1997). Cognitive brain event-related potentials and emotion processing in maltreated children. *Child development*, 68(5), 773–787. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1997.tb01961.x>
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A. et Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nordic journal of psychiatry*, 59(5), 319–324.
<https://doi.org/10.1080/08039480500320025>
- Posner, M. I. et Rothbart, M. K. (2000). Developing mechanisms of self-regulation. *Development and psychopathology*, 12(3), 427-441.
<https://doi.org/10.1017/S0954579400003096>

- Posner, M. I., Rothbart, M. K., Vizueta, N., Thomas, K. M., Levy, K. N., Fossella, J., Silbersweig, D., Stern, E., Clarkin, J. et Kernberg, O. F. (2003). An approach to the psychobiology of personality disorders. *Development and psychopathology*, *15*, 1093–1106. <https://doi.org/10.1017.S0954579403000506>
- Purdie, V. et Downey, G. (2000). Rejection sensitivity and adolescent girls' vulnerability to relationship-centered difficulties. *Child maltreatment*, *5*(4), 338–349. <https://doi.org/10.1177/1077559500005004005>
- Putnam, K. M. et Silk, K. R. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, *17*(4), 899–925. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050431>
- Qiu, A., Anh, T. T., Li, Y., Chen, H., Rifkin-Graboi, A., Broekman, B. F., Kwek, K., Saw, S. M., Chong, Y. S., Gluckman, P. D., Fortier, M. V. et Meaney, M. J. (2015). Prenatal maternal depression alters amygdala functional connectivity in 6-month-old infants. *Translational psychiatry*, *5*(2), e508. <https://doi.org/10.1038/tp.2015.3>
- Raffaelli, M. et Crockett, L. J. (2003). Sexual risk taking in adolescence: The role of self-regulation and attraction to risk. *Developmental psychology*, *39*(6), 1036–1046. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.6.1036>
- Raikes, H. A. et Thompson, R. A. (2006). Family emotional climate, attachment security and young children's emotion knowledge in a high risk sample. *British journal of developmental psychology*, *24*(1), 89–104. <https://doi.org/10.1348/026151005X70427>
- Reeves, M., James, L. M., Pizzarello, S. M. et Taylor, J. E. (2010). Support for Linehan's biosocial theory from a nonclinical sample. *Journal of personality disorders*, *24*(3), 312–326. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.3.312>
- Reich, B. D. et Zanarini, M. C. (2001). Developmental aspects of borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry*, *9*(6), 294–301. <https://doi.org/10.1080/10673220127909>
- Reyna, V. F. et Farley, F. (2006). Risk and rationality in adolescent decision making. *Psychological science in the public interest*, *7*(1), 1–44. <https://doi.org/10.1111/j.1529-1006.2006.00026.x>
- Richter, J., Brunner, R., Parzer, P., Resch, F., Stieltjes, B. et Henze, R. (2014). Reduced cortical and subcortical volumes in female adolescents with borderline personality

- disorder. *Psychiatry research*, 221(3), 179–186.
<https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2014.01.006>
- Rogosch, F. A. et Cicchetti, D. (2005). Child maltreatment, attention networks, and potential precursors to borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), 1071–1089. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050509>
- Romer, D., Betancourt, L., Giannetta, J. M., Brodsky, N. L., Farah, M. et Hurt, H. (2009). Executive cognitive functions and impulsivity as correlates of risk taking and problem behavior in preadolescents. *Neuropsychologia*, 47(13), 2916–2926.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.06.019>
- Roque, L., Veríssimo, M., Fernandes, M. et Rebelo, A. (2013). Emotion regulation and attachment: Relationships with children's secure base, during different situational and social contexts in naturalistic settings. *Infant behavior and development*, 36(3), 298–306. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.03.003>
- Rosenblum, G. D. et Lewis, M. (1999). The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. *Child development*, 70(1), 50–64.
<https://doi.org/10.1111/1467-8624.00005>
- Rosenthal, M. Z., Gratz, K. L., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W. et Lynch, T. R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: A review of the research literature. *Clinical psychology review*, 28(1), 75–91.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.001>
- Ross, S. et Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 31(1), 67–77.
<https://doi.org/10.1023/A:1014089117419>
- Rothbart, M. K. (1989). Temperament and development. In G. A. Kohnstamm, J. E. Bates et M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp. 187–247). Oxford, UK: John Wiley and Sons.
- Ruocco, A. C., Amirthavasagam, S. et Zakzanis, K. K. (2012). Amygdala and hippocampal volume reductions as candidate endophenotypes for borderline personality disorder: A meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Psychiatry research*, 201(3), 245–252. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2012.02.012>

- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O. F. D. et Yule, W. (1976). Adolescent turmoil: Fact or fiction? *Journal of child psychology and psychiatry*, 17(1), 35–56. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1976.tb00372.x>
- Rutter, M. et Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and psychopathology*, 12(3), 265–296. <https://doi.org/10.1017/S0954579400003023>
- Salvatore, J. E., Cobb, A. L. et Sroufe, L. A. (2008). *Early and middle adolescent antecedents of adult borderline personality symptoms: An empirical test of Geiger and Crick, 2001*. Poster presented at the biennial meeting of the Society for Research on Adolescence, Chicago, IL.
- Sanislow, C. A., Grilo, C. M. et McGlashan, T. H. (2000). Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *American journal of psychiatry*, 157(10), 1629–1633. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1629>
- Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Morey, L. C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Stout, R. L., Zanarini, M. C. et McGlashan, T. H. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *The American journal of psychiatry*, 159(2), 284–290. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.284>
- Sanislow, C. A., Little, T. D., Ansell, E. B., Grilo, C. M., Daversa, M., Markowitz, J. C., Pinto, A., Shea, M. T., Yen, S., Skodol, A. E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C. et McGlashan, T. H. (2009). Ten-year stability and latent structure of the DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of abnormal psychology*, 118(3), 507–519. <https://doi.org/10.1037/a0016478>
- Sansone, R. A. et Sansone, L. A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(5), 16–20.
- Savolainen, J., Mason, A. W., Hughes, L. A., Ebeling, H., Hurtig, T. M. et Taanila, A. M. (2015). Pubertal development and sexual intercourse among adolescent girls: An examination of direct, mediated, and spurious pathways. *Youth and society*, 47(4), 520–538. <https://doi.org/10.1177/0044118X12471355>
- Sawyer, M. G., Arney, F. M., Baghurst, P. A., Clark, J. J., Graetz, B. W., Kosky, R. J., Nurcombe, B., Patton, G. C., Prior, M. R., Raphael, B., Rey, J. M., Whaites, L. C. et Zubrick, S. R. (2001). The mental health of young people in Australia: Key findings

- from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 35(6), 806–814. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00964.x>
- Schelleman-Offermans, K., Knibbe, R. A., Engels, R. C. et Burk, W. J. (2011). The effect of pubertal and psychosocial timing on adolescents' alcohol use: What role does alcohol-specific parenting play? *Journal of youth and adolescence*, 40(10), 1302–1314. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9655-5>
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schulze, L., Schmahl, C. et Niedtfeld, I. (2016). Neural correlates of disturbed emotion processing in borderline personality disorder: A multimodal meta-analysis. *Biological psychiatry*, 79(2), 97–106. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.03.027>
- Sebastian, A., Jacob, G., Lieb, K. et Tüscher, O. (2013). Impulsivity in borderline personality disorder: A matter of disturbed impulse control or a facet of emotional dysregulation? *Current psychiatry reports*, 15(2), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0339-y>
- Selby, E. A. et Joiner, T. E., Jr (2013). Emotional cascades as prospective predictors of dysregulated behaviors in borderline personality disorder. *Personality disorders*, 4(2), 168–174. <https://doi.org/10.1037/a0029933>
- Sharp, C., Green, K. L., Yaroslavsky, I., Venta, A., Zanarini, M. C. et Pettit, J. (2012). The incremental validity of borderline personality disorder relative to major depressive disorder for suicidal ideation and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of personality disorders*, 26(6), 927–938. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.6.927>
- Sharp, C., Ha, C., Carbone, C., Kim, S., Perry, K., Williams, L. et Fonagy, P. (2013). Hypermentalizing in adolescent inpatients: Treatment effects and association with borderline traits. *Journal of personality disorders*, 27(1), 3–18. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.1.3>
- Sharp, C., Ha, C., Michonski, J., Venta, A. et Carbone, C. (2012). Borderline personality disorder in adolescents: Evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comprehensive psychiatry*, 53(6), 765–774. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.12.003>

- Sharp, C. et Kim, S. (2015). Recent advances in the developmental aspects of borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 17(21), 3-9.
<https://doi.org/10.1007/s11920-015-0556-2>
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J. et Fonagy, P. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 50(6), 563–573.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.017>
- Sharp, C. et Romero, C. (2007). Borderline personality disorder: A comparison between children and adults. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(2), 85–114.
<https://doi.org/10.1521/bumc.2007.71.2.85>
- Sharp, C., Venta, A., Vanwoerden, S., Schramm, A., Ha, C., Newlin, E., Reddy, R. et Fonagy, P. (2016). First empirical evaluation of the link between attachment, social cognition and borderline features in adolescents. *Comprehensive psychiatry*, 64, 4–11. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.07.008>
- Shedler, J. et Westen, D. (2004). Dimensions of personality pathology: An alternative to the five-factor model. *American journal of psychiatry*, 161(10), 1743-1754.
<https://doi.org/10.1176/ajp.161.10.1743>
- Shiner R. L. (2005). A developmental perspective on personality disorders: Lessons from research on normal personality development in childhood and adolescence. *Journal of personality disorders*, 19(2), 202–210.
<https://doi.org/10.1521/pedi.19.2.202.62630>
- Shiner, R. L. et Allen, T. A. (2013). Assessing personality disorders in adolescents: Seven guiding principles. *Clinical psychology: Science and practice*, 20(4), 361-377.
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12047>
- Shiner, R. et Caspi, A. (2003). Personality differences in childhood and adolescence: Measurement, development, and consequences. *Journal of child psychology and psychiatry*, 44(1), 2-32. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00101>
- Shiner, R. L. et Tackett, J. L. (2014). Personality disorders in children and adolescents. In E. J. Mash et R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.

- Shirtcliff, E. A., Dahl, R. E. et Pollak, S. D. (2009). Pubertal development: Correspondence between hormonal and physical development. *Child development*, 80(2), 327–337. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01263.x>
- Silberschmidt, A., Lee, S., Zanarini, M. et Schulz, S. C. (2015). Gender differences in borderline personality disorder: Results from a multinational, clinical trial sample. *Journal of personality disorders*, 29(6), 828-838. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_175
- Silvers, J. A., McRae, K., Gabrieli, J. D., Gross, J. J., Remy, K. A. et Ochsner, K. N. (2012). Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. *Emotion*, 12(6), 1235–1247. <https://doi.org/10.1037/a0028297>
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C. M., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Morey, L. C., Sanislow, C. A. et Oldham, J. M. (2002). Functional impairment in patients with Schizotypal, Borderline, Avoidant, or Obsessive-Compulsive personality disorder. *American journal of psychiatry*, 159(2), 276-283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.276>
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G. Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Pagano, M. E. et Stout., R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): Overview and implications. *Journal of personality disorders*, 19(5), 487–504. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.487>
- Soper, D. S. (2019). *Critical chi-square value calculator* [Software]. <http://www.danielsoper.com/statcalc>
- Sowell, E. R., Thompson, P. M., Leonard, C. M., Welcome, S. E., Kan, E. et Toga, A. W. (2004). Longitudinal mapping of cortical thickness and brain growth in normal children. *Journal of neuroscience*, 24(38), 8223–8231. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1798-04.2004>
- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 24(4), 417–463. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(00\)00014-2](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(00)00014-2)
- Speranza, M., Revah-Levy, A., Cortese, S., Falissard, B., Pham-Scottez, A. et Corcos, M. (2011). ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC psychiatry*, 11(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-158>

- Sroufe, L.A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Sroufe L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and human development*, 7(4), 349–367. <https://doi.org/10.1080/14616730500365928>
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. et Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York, NY: Guilford Press.
- Statistiques Canada. (2009). *Les taux de suicide: Un aperçu*. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2012001/article/11696-fra.htm>
- Statistiques Canada. (2012). *Les 10 principales causes de décès*. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2015001/article/14296-fra.htm>
- Stattin, H. et Magnusson, D. (1990). *Paths through life: Pubertal maturation in female development* (Vol. 2). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Steinberg, L. (2000). The family at adolescence: Transition and transformation. *Journal of adolescent health*, 27, 170–178.
- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: What changes, and why? In R. E. Dahl et L. P. Spear (Eds.), *Adolescent brain development: Vulnerabilities and opportunities* (Vol. 1021) (pp. 51–58). New York Academy of Sciences.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental review*, 28(1), 78-106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
- Steinberg, L., Albert, D., Cauffman, E., Banich, M., Graham, S. et Woolard, J. (2008). Age differences in sensation seeking and impulsivity as indexed by behavior and self-report: Evidence for a dual systems model. *Developmental psychology*, 44(6), 1764–1778. <https://doi.org/10.1037/a0012955>
- Stepp, S. D. (2012). Development of borderline personality disorder in adolescence and young adulthood: Introduction to the special section. *Journal of abnormal child psychology*, 40(1), 1–5. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9594-3>
- Stepp, S. D., Burke, J. D., Hipwell, A. E. et Loeber, R. (2012). Trajectories of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms as precursors of borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Journal*

of abnormal child psychology, 40(1), 7-20. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9530-6>

- Stepp, S. D., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., Loeber, R. et Stouthamer-Loeber, M. (2010). Stability of borderline personality disorder features in girls. *Journal of personality disorders*, 24(4), 460–472. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.460>
- Stepp, S. D., Scott, L. N., Morse, J. Q., Nolf, K. A., Hallquist, M. N. et Pilkonis, P. A. (2014). Emotion dysregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 657–666. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.11.006>
- Stepp, S. D., Smith, T. D., Morse, J. Q., Hallquist, M. N. et Pilkonis, P. A. (2012). Prospective associations among borderline personality disorder symptoms, interpersonal problems, and aggressive behaviors. *Journal of interpersonal violence*, 27(1), 103-124. <https://doi.org/10.1177/0886260511416468>
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Scott, L. N., Zalewski, M., Loeber, R. et Hipwell, A. E. (2014). Reciprocal effects of parenting and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Development and psychopathology*, 26(2), 361–378. <https://doi.org/10.1017/S0954579413001041>
- Stevenson, J., Meares, R. et Comeford, A. (2003). Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *American journal of psychiatry*, 160(1), 165–166. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.165>
- Stice, E., Presnell, K. et Bearman, S. K. (2001). Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse, and comorbid psychopathology among adolescent girls. *Developmental psychology*, 37(5), 608–619. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.5.608>
- Strimpfel, J. M., Kurdziel, G., Skadberg, R. M., Mahan, R. M., Davis, K. N., Pollard, E. E. et Macfie, J. (2015). *Early childhood representations of parent-child relationships, self, and self-regulation predict pre-adolescent borderline features*. Poster presented at the Society for Research in Child Development Biennial Meeting, Philadelphia, PA.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L. et Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of personality disorders*, 4(3), 257-272. <https://doi.org/10.1521/pedi.1990.4.3.257>

- Tabachnick, B. G. et Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Tackett, J. L. (2010). Toward an externalizing spectrum in DSM–V: Incorporating developmental concerns. *Child development perspectives*, 4(3), 161-167. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2010.00138.x>
- Tackett, J. L., Balsis, S., Oltmanns, T. F. et Krueger, R. F. (2009). A unifying perspective on personality pathology across the life span: Developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Development and psychopathology*, 21(3), 687–713. <https://doi.org/10.1017/S095457940900039X>
- Tackett, J. L. et Sharp, C. (2014). A developmental psychopathology perspective on personality disorder: Introduction to the special issue. *Journal of Personality Disorders*, 28(1), 1-4. <https://doi.org/10.1521/pedi.2014.28.1.1>
- Tadic, A., Wagner, S., Hoch, J., Baskaya, Ö., von Cube, R., Skaletz, C., Lieb, K. et Dahmen, N. (2009). Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology*, 42(4), 257-263. <https://doi.org/10.1159/000224149>
- Tang, Y., Jiang, W., Liao, J., Wang, W. et Luo, A. (2013). Identifying individuals with antisocial personality disorder using resting-state fMRI. *PLoS ONE*, 8(4), e60652. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096962>
- Teisl, M. et Cicchetti, D. (2008). Physical abuse, cognitive and emotional processes, and aggressive/disruptive behavior problems: Articles. *Social development*, 17(1), 1- 23. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00412.x>
- Thomas, A., Chess, S. et Birch, H. G. (1970). The origin of personality. *Scientific American*, 223(2), 102-109. doi: 10.1038/scientificamerican0870-102
- Thompson, R., Tabone, J. K., Litrownik, A. J., Briggs, E. C., Hussey, J. M., English, D. J. et Dubowitz, H. (2011). Early adolescent risk behavior outcomes of childhood externalizing behavioral trajectories. *The journal of early adolescence*, 31(2), 234–257. <https://doi.org/10.1177/0272431609361203>
- Torgersen, S. (2009). The nature (and nurture) of personality disorders. *Scandinavian journal of psychology*, 50(6), 624-632. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2009.00788.x>

- Torgersen, S., Kringlen, E. et Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590-596. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
- Tyrer P. (2005). The problem of severity in the classification of personality disorder. *Journal of personality disorders*, 19(3), 309-314. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.3.309>
- UNICEF. (2008). *Statistics and monitoring*. <http://www.unicef.org/statistics>
- UNICEF. (2011). *La situation des enfants dans le monde. L'adolescence: l'Âge de tous les possibles*. New York, NY: Unicef.
- Vaillancourt, T., Brittain, H. L., McDougall, P., Krygsman, A., Boylan, K., Duku, E. et Hymel, S. (2014). Predicting borderline personality disorder symptoms in adolescents from childhood physical and relational aggression, depression, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Development and psychopathology*, 26(3), 817-830. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000418>
- van den Akker, A. L., Deković, M., Asscher, J. J., Shiner, R. L. et Prinzie, P. (2013). Personality types in childhood: Relations to latent trajectory classes of problem behavior and overreactive parenting across the transition into adolescence. *Journal of personality and social psychology*, 104(4), 750-764. <https://doi.org/10.1037/a0031184>
- van den Akker, A. L., Prinzie, P., Deković, M., De Haan, A. D., Asscher, J. J. et Widiger, T. (2013). The development of personality extremity from childhood to adolescence: Relations to internalizing and externalizing problems. *Journal of personality and social psychology*, 105(6), 1038-1048. <https://doi.org/10.1037/a0034441>
- van Leijenhorst, L., Zanolie, K., van Meel, C. S., Westenberg, P. M., Rombouts, S. A. et Crone, E. A. (2010). What motivates the adolescent? Brain regions mediating reward sensitivity across adolescence. *Cerebral cortex*, 20(1), 61-69. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhp078>
- Vandell, D. L. (2000). Parents, peer groups, and other socializing influences. *Developmental psychology*, 36(6), 699-710. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.6.699>
- Vollebergh, W. A., Iedema, J., Bijl, R. V., de Graaf, R., Smit, F. et Ormel, J. (2001). The structure and stability of common mental disorders: The NEMESIS study. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 597-603. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.597>

- Vondra, J. I., Shaw, D. S., Swearingen, L., Cohen, M. et Owens, E. B. (2001). Attachment stability and emotional and behavioral regulation from infancy to preschool age. *Development and psychopathology*, 13(1), 13–33. <https://doi.org/10.1017/s095457940100102x>
- Vrouva, I. (2012). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment as a measure of personality disorder traits in children and adolescents* [thèse de doctorat, University College London]. London, UK.
- Walters, G. D. et Knight, R. A. (2010). Antisocial personality disorder with and without childhood conduct disorder: Does it make a difference? *Journal of personality disorders*, 24(2), 258–271. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.2.258>
- Wang, M. T., Dishion, T. J., Stormshak, E. A. et Willett, J. B. (2011). Trajectories of family management practices and early adolescent behavioral outcomes. *Developmental psychology*, 47(5), 1324–1341. <https://doi.org/10.1037/a0024026>
- Weichold, K., Silbereisen, R. K. et Schmitt-Rodermund, E. (2003). Short-term and long-term consequences of early versus late physical maturation in adolescents. In C. Hayward (Ed.), *Gender differences at puberty* (pp. 241-276). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Weiss, B., Dodge, K. A., Bates, J. E. et Pettit, G. S. (1992). Some consequences of early harsh discipline: Child aggression and a maladaptive social information processing style. *Child development*, 63(6), 1321–1335. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1992.tb01697.x>
- Werner, N. E. et Crick, N. R. (1999). Relational aggression and social-psychological adjustment in a college sample. *Journal of abnormal psychology*, 108(4), 615–623. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.615>
- Westen, D., Betan, E. et DeFife, J. A. (2011). Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 23(1), 305–313. <https://doi.org/doi:10.1017/S0954579410000817>
- Westen, D., DeFife, J. A., Malone, J. C. et DiLallo, J. (2014). An empirically derived classification of adolescent personality disorders. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, 53(5), 528–549. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.030>

- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S. et Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *The American journal of psychiatry*, *160*(5), 952–966. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.5.952>
- Whitlock, J., Eckenrode, J. et Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a College population. *Pediatrics*, *117*(6), 1939–1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>
- Whittle, S., Chanen, A. M., Fornito, A., McGorry, P. D., Pantelis, C. et Yücel, M. (2009). Anterior cingulate volume in adolescents with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry research*, *172*(2), 155–160. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2008.12.004>
- Widiger, T. A. et Trull, T. J. (1992). Personality and psychopathology: An application of the Five-Factor model. *Journal of personality*, *60*(2), 363–393. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00977.x>
- Widiger, T. A. et Trull, T. J. (1993). Borderline and narcissistic personality disorders. *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 371-394). Springer, Boston, MA.
- Widiger, T. A. et Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *The American psychologist*, *62*(2), 71–83. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.71>
- Widiger, T. A. et Weissman, M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric services*, *42*(10), 1015-1021. <https://doi.org/10.1176/ps.42.10.1015>
- Winograd, G., Cohen, P. et Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: Prognosis for functioning over 20 years. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *49*(9), 933–941. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01930.x>
- Winsper, C., Marwaha, S., Lereya, S. T., Thompson, A., Eyden, J. et Singh, S. P. (2015). Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: A systematic review. *Psychological medicine*, *45*(11), 2237–2251. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000318>

- Wolfe, D. et Mash, E. J. (2006). Behavioral and emotional problems in adolescents. In D. A. Wolfe & E. J. Mash (Eds.), *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment* (pp. 3–20). New York, NY: Guilford Press.
- Wright, A. G. C., Zalewski, M., Hallquist, M. N., Hipwell, A. E. et Stepp, S. D. (2016). Developmental trajectories of borderline personality disorder symptoms and psychosocial functioning in adolescence. *Journal of personality disorders, 30*(3), 351–372. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_200
- Wyss, C. A., Voelker, S. L., Cornock, B. L. et Hakim-Larson, J. (2003). Psychometric properties of a French-Canadian translation of Achenbach's Youth Self-Report. *Canadian journal of behavioural science, 35*(1), 67–71. <https://doi.org/10.1037/h0087189>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. et Reynolds, V. (1998). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry, 39*(5), 296-302. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90038-4](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90038-4)
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, B. D. et Silk, K. R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American journal of psychiatry, 161*(11), 2108–2114. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.2108>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. et Silk, K. R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of personality disorders, 19*(5), 505–523. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.505>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Ridolfi, M. E., Jager-Hyman, S., Hennen, J. et Gunderson, J. G. (2006). Report childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *Journal of personality disorders, 20*(1), 9–15. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.1.9>
- Zanarini, M. C., Horwood, J., Wolke, D., Waylen, A., Fitzmaurice, G. et Grant, B. F. (2011). Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6330 English 11-years-olds and 34653 American adults. *Journal of personality disorders, 25*(5), 607–619. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.5.607>
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, B. D., Marino, M. F. et Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment

among borderline inpatients. *The journal of nervous and mental disease*, 190(6), 381–387. <https://doi.org/10.1097/00005053-200206000-00006>

Zehr, J., Culbert, K., Sisk, C. et Klump, K. (2007). An association of early puberty with disordered eating and anxiety in a population of undergraduate women and men. *Hormones and behavior*, 52(4), 427–435. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2007.06.005>

Zelkowitz, P., Paris, J., Guzder, J., Felman, R., Roy, C. et Rosval, L. (2007). A five-year follow-up of patients with borderline pathology of childhood. *Journal of personality disorders*, 21(6), 664–674. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.6.664>

Zimmerman, M. et Corryell, W. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. *Archives of general psychiatry*, 46(8), 682-689. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810080012002>

Zimmerman, M. et Mattia, J. I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 40(4), 245–252. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(99\)90123-2](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(99)90123-2).

Zlotnick, C., Rothschild, L. et Zimmerman, M. (2002). The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 16(3), 277–282. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.3.277.22540>