

BF
20.5
UL
1999
H446

ÉTIENNE HÉBERT

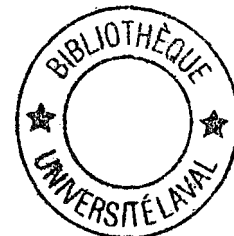
PERSONALITY ORGANIZATION DIAGNOSTIC FORM (PODF):
ÉTUDE D'ENTENTE INTERJUGES, D'ÉQUIVALENCE ET DE VALIDITÉ

Mémoire
présenté
à la Faculté des études supérieures
de l'Université Laval
pour l'obtention
du grade de maître en psychologie (M.Ps.)

École de psychologie
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL

Novembre 1999

© Étienne Hébert, 1999



Résumé

Cette étude présente les premiers tests empiriques auxquels a été soumis le Personality Organization Diagnostic Form (PODF; Diguier et Normandin, 1996), un instrument développé à partir du modèle théorique de la personnalité de Kernberg (1995). Elle est divisée en quatre parties : l'évaluation de l'entente interjuges de deux types de matériel clinique (condition dossier et condition vidéo), l'équivalence entre ces deux conditions et la validité de construit du PODF. Cent quarante-deux sujets adultes provenant de divers milieux cliniques ont été recrutés. La condition dossier est constituée de matériel d'évaluation (SCID-I, SCID-II, récits, données démographiques) et la condition vidéo est faite d'entrevues non-structurées. Les résultats montrent qu'il est possible de s'entendre sur le diagnostic structural de personnalité, d'utiliser le PODF à partir de différents matériels cliniques et que les variables du PODF tendent à se regrouper selon les structures de personnalité du modèle de Kernberg (1995).

Louis Diguier, directeur de recherche

Étienne Hébert

Avant-propos

Lorsque je repense à ce travail, j'en viens à croire qu'il m'a fait un peu grandir avec lui. Il m'a mis en contact avec le vaste monde de la psychanalyse et de la recherche clinique. Même s'il est parfois tentant, et surtout plus facile, de croire que ces deux mondes sont incompatibles, il faut toujours persévérer. Lorsque je repense à ce travail, je pense aussi immédiatement aux gens qui m'ont entouré et qui en ont influencé chacune des étapes de sa réalisation. C'est probablement malgré eux (quoique pas toujours...) qu'ils ont influencé mes choix et qu'ils m'ont fait réfléchir à ma vie professionnelle et personnelle. Je tiens tout d'abord à remercier monsieur Louis Diguier, mon directeur de mémoire et mon superviseur de stage, pour son précieux enseignement et pour avoir cru en moi. L'enseignement de madame Lina Normandin m'est tout aussi précieux et je lui suis reconnaissant de m'avoir fait partager sa passion du travail avec les enfants. Mes remerciements s'adressent aussi à tous les gens du laboratoire, particulièrement ceux qui m'ont aidé dans mon expérimentation : Jean Descôteaux, Sylvie Pelletier, Jean-Pierre Rousseau et Lyne St-Pierre, pour avoir transcrit tous les récits le plus rapidement possible. Un merci spécial à Jean-Philippe Daoust pour son support, ses conseils et surtout pour l'amitié que nous avons développée depuis la deuxième année du baccalauréat.

Dans un autre ordre d'idées, je tiens à remercier tous les membres de De Viris, les meilleurs amis du monde. Sans eux, tout aurait été différent... J'aimerais également remercier mon père, Michel Hébert, et ma mère, Lyse Chouinard, pour avoir pris le temps de lire et relire mon texte malgré l'aridité de la tâche, mais surtout pour leurs encouragements et leur précieux support. Je tiens finalement à remercier le femme que j'aime, Chantal Carbonneau, ma Belle pour avoir su m'endurer, m'encourager et me pousser à travailler encore plus fort lorsque la tâche me semblait trop lourde. Nous avons su passer ensemble à travers de nombreuses épreuves et l'avenir est rempli de belles choses, j'en suis sûr (mariage, maison, bébés, qui sait...).

J'ai débuté en notant que ce travail m'avait mis en contact avec le vaste monde de la psychanalyse et de la recherche clinique. Je terminerai en soulignant de nouveau que ce travail ne m'a seulement qu'initié à ces deux mondes. C'est pourquoi il me faut de nouveau plonger dans mes livres afin de poursuivre mon apprentissage, mais avec une certaine joie je l'avoue. C'est ce sentiment qui m'empêche de terminer sans citer un auteur qui a profondément influencé ma pensée : « *L'ouvrier d'aujourd'hui travaille, tous les jours de sa vie, aux mêmes tâches et ce destin n'est pas moins absurde. Mais il n'est tragique qu'aux rares moments où il devient conscient.* » - Albert Camus, Le mythe de Sisyphe.

Table des matières

Résumé	ii
Avant-propos	iii
Table des matières	v
Table des figures et des tableaux	viii
Introduction générale	ix
Objectifs.	ix
Méthode.	x
PODF: ÉTUDE D'ENTENTE INTERJUGES, D'EQUIVALENCE ET DE VALIDITÉ	11
1. Contexte théorique	11
1.1 La classification catégorielle : Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).	12
1.2 Les classifications dimensionnelles : Five Factor Model, 16 Personality Factors.	14
1.3 Apports du modèle théorique de la personnalité de Otto F. Kernberg.	15
1.3.1 La personnalité.	16
1.3.2 Les structures de personnalité.	17
1.3.3 Normalité versus pathologie.	18
1.3.4 Intégration de la psychologie du Moi et de la théorie des relations d'objets.	19
1.3.4.1 La psychologie du Moi (théorie pulsionnelle).	19
1.3.4.2 La théorie des relations d'objet.	20
1.3.4.3 Intégration selon Kernberg.	23
1.3.5 Traitement.	24
1.4 Modèle théorique de la personnalité de Otto F. Kernberg.	26
1.4.1 Classification des troubles de la personnalité.	26
1.4.2 Théorie du fonctionnement psychique de Kernberg.	26
1.4.2.1 Intégration de l'identité.	26
1.4.2.2 Mécanismes de défense primitifs.	28
1.4.2.3 Qualité du contact avec la réalité.	31
1.4.2.4 Relations d'objet.	33
1.5 Mesures empiriques de la théorie de Kernberg.	34
2. Objectifs de recherche	36
2.1 Entente interjuges du PODF, condition dossier.	36
2.2 Entente interjuges du PODF, condition vidéo.	36
2.3 Équivalence du PODF: condition dossier vs condition vidéo.	36
2.4 Validité interne.	37

3. Méthode	38
3.1 Sujets.	38
3.1.1 Entente interjuges et équivalence.	38
3.1.2 Validité interne.	39
3.2 Instruments de mesure.	41
3.2.1 PODF.	41
3.2.2 Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID-II).	42
3.2.3 SCID-I.	43
3.2.4 Relationship Anecdotes Paradigm (RAP).	43
3.3 Procédure.	44
3.3.1 Évaluation.	44
3.3.2 Entente interjuges et équivalence.	44
3.3.3 Validité interne.	45
3.4 Analyses statistiques.	46
3.4.1 Entente interjuges.	46
3.4.2 Équivalence.	47
3.4.3 Validité interne.	48
3.4.3.1 Questions de recherche.	48
3.4.3.2 Limitations.	48
3.4.3.3 Extraction des facteurs.	50
3.4.3.4 Rotation orthogonale.	51
3.4.3.5 Rotation oblique.	51
3.4.3.6 Nombre de facteurs.	52
3.4.3.7 Interprétation des facteurs.	53
4. Résultats	55
4.1 Entente interjuges.	55
4.1.1 Condition dossier.	55
4.1.1.1 Paire de juges 1.	55
4.1.1.2 Paire de juges 2.	55
4.1.1.3 Paire de juges 3.	56
4.1.2 Condition vidéo.	56
4.1.2.1 Paire de juges 1.	56
4.1.2.2 Paire de juges 2.	57
4.2 Équivalence.	57
4.3 Validité interne.	58
4.3.1 Limitations.	58
4.3.2 Analyse factorielle exploratoire à trois facteurs.	60
4.3.3 Analyse factorielle exploratoire forcée à deux facteurs.	63

5. Discussion	65
5.1 Entente interjuges.	65
5.2 Équivalence.	68
5.3 Validité interne.	69
5.3.1 Analyse factorielle exploratoire à trois facteurs.	69
5.3.2 Analyse factorielle exploratoire à deux facteurs.	71
Conclusion générale	74
Figures et Tableaux	79
Bibliographie	96
Annexes	101
Annexe A.	102
Modèle structural de la personnalité.	103
Annexe B.	104
Développement de relations d'objet.	105
Annexe C.	106
Modèle psychodynamique des troubles de la personnalité.	107
Annexe D.	108
Personality Organization Diagnostic Form.	109
Annexe E.	110
Manual for scoring.	111
Annexe F.	188
SCID-II.	189
Annexe G.	191
Études de fidélité du SCID-II.	192
Annexe H.	193
SCID-I.	194
Annexe I.	196
Études de fidélité du SCID-I.	197
Annexe J.	198
Relationship Anecdotes Paradigm (RAP).	199
Annexe K.	200
Formulaire de consentement.	201
Annexe L.	202
Données démographiques.	203

Table des figures et des tableaux

Figure 1. Protocole de validation-croisée.	80
Figure 2. Évaluation de l'équivalence.	81
Tableau 1. Relations entre les Organisations de personnalité, les Troubles de personnalité du DSM-IV et les Dimensions de la théorie de Kernberg.	82
Tableau 2. Résultats de l'entente interjuges pour la condition dossier.	83
Tableau 3. Résultats de l'entente interjuges pour la condition vidéo.	84
Tableau 4. Équivalence entre la condition dossier et la condition vidéo avec les deux groupes de sujets.	85
Tableau 5. Matrice des corrélations entre les 14 variables du PODF soumises à l'analyse factorielle.	86
Tableau 6. Kurtose et voussure des variables.	87
Tableau 7. Matrice des corrélations partielles en contrôlant l'effet des autres variables.	88
Tableau 8. Diagramme de l'éboulement des valeurs propres.	89
Tableau 9. Matrice des pondérations factorielles (analyse factorielle à trois facteurs).	90
Tableau 10. Matrice des corrélations résiduelles (analyse factorielle à trois facteurs).	91
Tableau 11. Matrice des corrélations entre les facteurs (analyse factorielle à trois facteurs).	92
Tableau 12. Matrice de pattern et matrice de structure (analyse factorielle à trois facteurs).	92
Tableau 13. Matrice des pondérations factorielles (analyse factorielle à deux facteurs).	93
Tableau 14. Matrice des corrélations résiduelles (analyse factorielle à deux facteurs).	94
Tableau 15. Matrice des corrélations entre les facteurs (analyse factorielle à deux facteurs).	95
Tableau 16. Matrice de pattern et matrice de structure (analyse factorielle à deux facteurs).	95

Introduction générale

Ce mémoire est consacrée à l'étude du PODF (Diguer & Normandin, 1996), un instrument qui vise à opérationnaliser la théorie des structures de personnalité de Kernberg (1995). La première partie traite tout d'abord des avantages et des inconvénients des nosographies catégorielles et dimensionnelles de la personnalité et de ses troubles. Elle se penche ensuite sur les apports du modèle de Kernberg : la définition du concept de personnalité, la notion de structure de personnalité, l'axe normalité – pathologie, l'intégration de la psychologie du Moi et de la théorie des relations d'objet et le développement d'un traitement spécifique à la structure de personnalité borderline. Elle présente enfin le modèle théorique des structures de personnalité de Kernberg (1995). La seconde partie de ce mémoire traite des objectifs de recherche alors que la troisième expose la méthode : les sujets, les instruments de mesure, la procédure utilisée et les analyses effectuées y sont traités. Les quatrième et cinquième parties sont respectivement consacrées aux résultats et la discussion. Finalement, la conclusion offre un résumé de cette étude et ouvre des perspectives quant à la poursuite des recherches sur le PODF (Diguer & Normandin, 1996).

Objectifs.

Ce mémoire a pour objectif d'évaluer le PODF (Diguer & Normandin, 1996) sous quatre aspects. Le premier de ceux-ci est l'entente interjuges lorsqu'il est appliqué à du matériel d'évaluation (condition dossier : SCID-I, SCID-II, données démographiques, récits), le second est l'entente interjuges lorsqu'il est appliqué à du matériel extrait d'entrevues d'accueil non-structurées (condition vidéo). L'équivalence entre ces deux conditions constitue le troisième et enfin le quatrième est la validité interne de cet instrument. Étant donné que cette recherche constitue les premiers tests empiriques auxquels est soumis le PODF (Diguer & Normandin, 1996), il s'avère très difficile voire impossible d'élaborer des hypothèses robustes. Cette recherche est donc de type exploratoire.

Méthode.

Trente sujets ont participé à la recherche en ce qui a trait à l'évaluation des ententes interjuges et de l'équivalence et 130 sujets ont participé à l'étude de la validité interne du PODF (Diguer & Normandin, 1996). Tous les sujets ont été référés par le Service de Consultation de l'École de Psychologie de l'Université Laval (SCEP), par les hôpitaux psychiatriques de la région de Québec, par les différentes ressources dans la communauté ou encore ils ont manifesté d'eux-mêmes le désir de se soumettre à une évaluation de leur personnalité au Laboratoire de Recherches sur la Personnalité et la Pathologie de l'École de Psychologie de l'Université Laval (LRPP). L'évaluation consiste en quelques rencontres, généralement deux ou trois. Les sujets sont d'abord invités à parler brièvement de leurs difficultés dans le cadre d'une entrevue d'accueil puis les SCID-I et II (APA, 1990a et 1990b) ainsi que le RAP (Luborsky, 1998) sont administrés aux sujets. Tous les sujets ont été évalués par des psychologues, étudiants gradués ou des étudiants du premier cycle sous supervision.

Le groupe de 30 sujets a été divisé en deux et deux paires de juges ont été formées. Un protocole de type validation croisée (Figure 1.) a été utilisée afin de contrôler l'effet des juges dans l'évaluation de l'équivalence, chaque paires de juges a coté un groupe de sujets pour une condition et l'autre moitié pour l'autre condition. Quant à l'étude de la validité interne du PODF (Diguer & Normandin, 1996), deux analyses factorielles exploratoires ont été effectuées sur les 130 PODF qui ont été cotés par deux juges dont l'entente a préalablement été établie. Tous les juges ont été formés à la cotation du PODF (Diguer & Normandin, 1996) et un manuel de cotation et d'exemples (Hébert et Diguer, 1999) a été développé afin de guider leur cotation.

1. Contexte théorique.

PODF: ÉTUDE D'ENTENTE INTERJUGES, D'EQUIVALENCE ET DE VALIDITÉ

1. Contexte théorique

Bien que le concept de personnalité soit au coeur de l'activité théorique, clinique et scientifique en psychologie, il est étonnant de constater à quel point ce concept est difficile à définir et encore plus de constater à quel point la compréhension que nous en avons acquise est limitée. Même s'il semble que les professionnels de la santé mentale soient parvenus à un consensus à propos de quelques concepts généraux, il en existe d'innombrables définitions et opérationnalisations. Moore et Fine (1990) définissent la personnalité comme l'ensemble du registre des comportements habituels, coutumiers, ego-syntones et, sous des circonstances ordinaires, relativement prévisibles d'une personne. Ewen (1998), quant à lui, la définit comme un ensemble plus ou moins cohérent composé de quelques caractéristiques stables dans le temps qui permettent de rendre compte des comportements typiques d'un individu et qui peuvent être observables ou non, conscients ou inconscients.

Mis à part ces concepts très généraux, toutes sortes de différences divisent les auteurs à propos du concept de personnalité (Frances, 1982; Widiger & Frances, 1985). Ainsi, on ne s'entend guère sur la perspective générale à partir de laquelle il faut définir plus précisément la personnalité et ses troubles. Certains soutiennent que ceux-ci constituent des catégories distinctes et mutuellement exclusives, alors que d'autres croient que ces deux concepts reposent plutôt sur des dimensions communes qui permettent d'assurer un lien entre la normalité et la pathologie (Gangestad & Snyder, 1985). Ces différences de perspectives expliquent en partie le fait que de nombreuses nosographies aient, à ce jour, été proposées. Certaines d'entre elles, plus descriptives, sont axées sur les symptômes et les comportements manifestes, alors que d'autres se fondent sur les variables du fonctionnement psychologique et l'histoire développementale des sujets.

1.1 La classification catégorielle : Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

Le DSM est un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Plusieurs éditions ont fait l'objet de perfectionnements itératifs (American Psychiatric Association, [APA], 1952, 1968, 1980, 1987, 1994). Dans les deux premières versions, les troubles de la personnalité qui sont caractérisés par un mode de fonctionnement permanent, n'étaient pas clairement distingués des autres troubles psychiatriques qui sont, quant à eux, circonscrits dans le temps. L'avènement du système de classification catégoriel, neutre, athéorique et multiaxial lors du DSM-III, en 1980, a complètement révolutionné les études sur les troubles de la personnalité. En effet, cette classification créait un axe pour les troubles de la personnalité tout en fournissant des critères opérationnels fonctionnant selon un mode de décision diagnostique dit polythétique ; un nombre minimal de critères est requis afin de poser le diagnostic, mais aucun n'est nécessaire ou suffisant à lui seul. Ces critères standards ont stimulé la recherche (Clark, Watson, & Reynolds, 1995) et ils ont conduit les chercheurs à la conclusion que l'importance des troubles de personnalité avait jusqu'alors été grandement négligée (Loranger, Sussman, Oldham, & Russakoff, 1987).

L'édition la plus récente, le DSM-IV (APA, 1994), est toujours fondée sur une classification catégorielle qui répartit les troubles de la personnalité à partir de critères descriptifs, circonscrits et phénoménologiques. Ce système permet entre autres de faciliter la communication et la conceptualisation des différents troubles entre les différents professionnels de la santé et, de plus, il facilite le processus de décision (e.g. hospitaliser un patient ou opter pour un traitement en particulier) (Trull, Widiger et Guthrie, 1990, Widiger, 1992).

Malgré ces avantages, le DSM-IV (APA, 1994) présente de nombreuses lacunes. Le manque d'explication quant à l'étiologie des différents troubles constitue sans aucun doute la plus importante de celles-ci (Lenzenweger et Clarkin, 1995). En effet, l'évaluation d'un trouble psychiatrique basée sur une théorie apporte une plus grande fidélité puisqu'elle permet alors

une meilleure compréhension de l'étiologie, du développement et qu'elle indique les modalités du traitement approprié au trouble en question.

De plus, l'absence d'une théorie permettant de définir la pathologie donne un poids diagnostique équivalent à tous les symptômes (Millon, 1987). Ceci ne peut qu'engendrer de l'hétérogénéité à l'intérieur d'un même trouble car les diagnostics sont fondés sur une série de critères polythétiques (Clarkin, Hull, Cantor & Sanderson, 1993). Widiger (1992) constate et déplore ce fait, montrant par exemple qu'il existe 93 façons différentes de satisfaire aux critères du DSM-III-R (APA, 1987) pour le trouble borderline puisque seulement 5 des 9 critères sont nécessaires à l'établissement du diagnostic. En plus de l'hétérogénéité à l'intérieur d'un même trouble, les nombreux profils psychologiques ne correspondant à aucun trouble en particulier (la catégorie "non-spécifiée"; NOS) créent un autre type d'hétérogénéité. Clark et al. (1995) ont d'ailleurs rapporté à ce sujet que les cas NOS représentent un pourcentage très élevé de la population clinique.

D'autre part, l'approche catégorielle est difficilement compatible avec le pourcentage élevé de comorbidité des troubles de la personnalité. Des études indiquent que plus de la moitié des individus ayant reçu un diagnostic pour un trouble du DSM en ont au moins reçu un autre (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson & al., 1994). Fabrega, Ulrich, Pilkonis, et Mezzich (1992) ont trouvé que 79% d'un échantillon de plus de 2000 patients ayant reçu un diagnostic sur l'axe II ont aussi reçu au moins un diagnostic sur l'axe I. Oldham, Skodol, Kellman et al. (1992) ont rapporté que plus de 80% des patients ayant un trouble sur l'axe II ont au moins reçu un diagnostic comorbide sur l'axe I. Tous ces désavantages jettent des doutes sur la validité et sur l'utilité de l'approche catégorielle et polythétique de la psychopathologie du DSM-IV et incitent de plus en plus de chercheurs à conclure que la psychopathologie est incompatible avec un modèle catégoriel (Clark & al., 1995).

1.2 Les classifications dimensionnelles : Five Factor Model, 16 Personality Factors.

Afin de pallier les lacunes des modèles catégoriels, de nombreux auteurs ont proposé des modèles dimensionnels (Costa & McCrae, 1985; Widiger & Trull, 1990; Widiger, 1992). Ces modèles semblent permettre la conservation d'un maximum d'informations puisqu'ils évaluent les présentations cliniques sur la base de la quantification de leurs attributs plutôt que sur leur classification en catégories. Cette utilisation de l'information évite la surestimation d'un trait ou d'un regroupement de traits (Clark & al., 1995; Widiger, 1992). En effet, elle permet aux différents traits de personnalité et à leurs nombreuses combinaisons la possibilité d'être plus adéquatement représentés que dans une approche catégorielle (Kendall, 1982) et elle évite ainsi les problèmes qui émergent des cas atypiques. De plus, puisque ces modèles présentent l'avantage de conserver une plus grande quantité d'informations que les modèles catégoriels, ils ont une plus grande puissance statistique (Frances, 1982; Widiger & Frances, 1985).

Par ailleurs, Dyce (1994) soutient que la définition du trouble de personnalité dans le DSM-IV (APA, 1994) suggère que l'approche dimensionnelle est plus appropriée, car elle implique la notion de trait de personnalité. En effet, les modèles dimensionnels qui établissent un lien entre la normalité et la pathologie permettent de définir les troubles de la personnalité comme étant des formes inadaptées de traits de personnalité (Eysenck, 1987). Ces modèles permettent donc de spécifier à quel degré un trait de personnalité est présent et à quel degré un style de personnalité peut être perçu comme inflexible ou mal-adapté (Widiger & Frances, 1985).

Toutefois, les modèles dimensionnels présentent des déficiences. La première concerne la signification même du terme «dimension». Il est parfois utilisé afin de définir (a) le degré de gravité d'un éventail défini de symptômes, (b) les traits de personnalité qui, lorsqu'ils sont agencés de différentes façons, produisent tout le champ de la psychopathologie, (c) une ou plusieurs faiblesses héréditaires, et (d) des paramètres biologiques bien définis. Il est donc nécessaire pour les différents tenants du modèle dimensionnel de s'entendre tout d'abord sur

l'utilisation appropriée du terme «dimension» par le biais de théories et de recherches avant de proposer d'adopter un tel modèle de classification (Clark & al., 1995).

De plus, selon Kernberg (1995) ces modèles accordent trop d'importance aux comportements directement observables et très peu aux processus cognitifs et affectifs qui sous-tendent ces comportements. En effet, ceux-ci peuvent servir différentes fonctions selon la structure qui leur est sous-jacente. À ce sujet, Kernberg (1980) explique que la description des traits et des symptômes ne peut mener à un bon diagnostic sans une analyse du monde interne du sujet et de ses relations objectales.

Il faut aussi noter que ces modèles de classification ont souvent été développés à partir d'échantillons naturels de la population dans lesquels le pourcentage de sujets souffrant d'une psychopathologie de l'axe I ou de l'axe II du DSM-IV (APA, 1994) ainsi que le pourcentage de ces individus bénéficiant d'un suivi thérapeutique n'ont pas été estimés. Il est dès lors opportun de se questionner sur la crédibilité des modèles dimensionnels lorsque les troubles de la personnalité sont abordés (Kernberg, 1996) puisque certains traits de personnalité risquent de bénéficier d'une sur-représentation alors que d'autres seront sous-représentés. Les dimensions issues d'analyses factorielles effectuées à partir d'un grand nombre de comportements ne s'avèrent donc liées que de façon générale aux différents troubles de la personnalité et ne sont que d'une utilité très limitée au plan clinique (Kernberg, 1995).

1.3 Apports du modèle théorique de la personnalité de Otto F. Kernberg.

Selon Miller (1993), les classifications catégorielles et dimensionnelles présentent les troubles de la personnalité sous différents angles et, en définitive, ceux-ci devraient être abordés de façon complémentaire. De plus, les systèmes de classification ne devraient pas être uniquement fondés sur des construits théoriques ou encore sur des recherches empiriques (Livesley, 1991), les construits théoriques devraient tout d'abord déterminer les hypothèses à étudier et les recherches empiriques devraient ensuite venir raffiner ce système (Widiger et Trull, 1987).

C'est dans cette optique que Kernberg (1975) propose un modèle mixte qui intègre les approches catégorielles et dimensionnelles. Selon Kernberg (1975), la compréhension des caractéristiques structurales intra-psychiques combinée à l'identification des critères descriptifs comportementaux permet une meilleure compréhension de la dynamique du sujet et augmente ainsi la précision diagnostique. Sa théorie des relations d'objets combine des éléments étiologiques, développementaux et structuraux, ces derniers étant établis par l'évolution de la structure psychique propre à chaque sujet. Cette théorie établit un lien entre la normalité et la pathologie de même et permet l'évaluation et la classification des troubles de la personnalité.

1.3.1 La personnalité.

Selon Kernberg (1995), la personnalité est composée de l'ensemble du registre des comportements habituels, coutumiers, ego-syntones et, sous des circonstances ordinaires, relativement prévisibles d'une personne (Moore et Fine, 1990) et d'un ensemble d'images cohérentes qu'un individu développe à la suite de ses relations. Elle est aussi sous-tendue par le tempérament, le caractère et l'intériorisation d'un système de valeurs.

Le tempérament est constitué des éléments affectifs et cognitifs héréditaires, c'est-à-dire des dispositions innées à réagir aux stimuli environnementaux, particulièrement en ce qui a trait à l'intensité, au rythme et à la sensibilité des réponses affectives. Celles-ci, surtout dans des conditions très émotives, sont des déterminants cruciaux de la structure de personnalité (Kernberg, 1995). De plus, les composantes innées spécifiques à l'activation des sentiments positifs, agréables, recherchés et à celle des sentiments négatifs, douloureux, agressifs constituent le pont le plus important entre les déterminants psychologiques et biologiques de la personnalité (Kernberg, 1995). Finalement, le tempérament comprend les facultés héréditaires propres à l'organisation cognitive et à certains comportements, par exemple les différences causées par la testostérone (1) aux fonctions cognitives et (2) aux aspects qui différencient les modes de comportements masculins et féminins (Kernberg, 1995).

L'ensemble des comportements ego-syntones ayant leur origine dans l'histoire développementale du sujet, à savoir les événements qui ont marqué l'histoire de la personne

dans la réalité et dans sa vie fantasmatique forme le caractère. À cela, il faut ajouter le désir et l'imaginaire des parents, c'est-à-dire la façon dont l'enfant est perçu par ses parents, le désir qu'ils avaient d'avoir cet enfant et ce que les parents désiraient en ayant un enfant. Tout cela est, selon Kernberg (1995), assimilé inconsciemment par l'enfant et contribue à sa personnalité.

Le troisième déterminant de la personnalité est constitué du Surmoi (Kernberg, 1995). En effet, l'intégration d'un système de valeurs, les dimensions morale et éthique de la personnalité constituent une dimension importante de la personnalité totale.

La personnalité peut donc être considérée comme l'intégration dynamique de tous les modes de comportements tirant leur origine du tempérament, du caractère et d'un système de valeurs intériorisé (Kernberg, 1995).

1.3.2 Les structures de personnalité.

Par ailleurs, Kernberg (1995) fait appel à la notion de structure de personnalité. Le terme structure se définit comme le mode d'organisation durable des motivations, des défenses et du contrôle qui peut être compris et interprété à partir du comportement et des contenus intra-psychiques. La structure a pour origine l'interaction des facultés héréditaires et des influences environnementales dans les différentes phases de développement. Elle se forme à partir des premières relations et de l'apprentissage. La structure ordonne les différents stimuli au service de l'adaptation, elle organise les motivations et les buts. De plus, elle est un régulateur du comportement (Moore et Fine, 1990).

Bergeret (1974) ajoute que la notion de structure correspond à ce qui, dans un état psychique morbide ou non, se trouve constitué par des éléments métapsychologiques profonds et fondamentaux de la personnalité fixés en un assemblage stable et définitif. En effet, derrière le jeu caractériel, fonctionnel ou morbide, derrière une symptomatologie éventuelle et toujours superficielle, il convient de rechercher les bases constantes sur lesquelles repose le fonctionnement mental du sujet.

Pour Kernberg (1995) et Bergeret (1974), la structure de personnalité est semblable à un cristal tout comme Freud l'a mentionné en 1933 : elle est constituée de différentes lignes de force et ne se brise pas au hasard. Elle ne se brisera en effet que selon l'assemblage stable et définitif des éléments métapsychologiques et profonds, nommé structure de personnalité. Kernberg (1995) définit trois structures de personnalité : psychotique, borderline et névrotique. Chacune de ces trois structures se distingue à partir de quatre dimensions qui sont (1) la diffusion de l'identité, (2) les mécanismes de défense primitifs, (3) le contact avec la réalité et (4) la qualité des relations d'objet.

1.3.3 Normalité versus pathologie.

En plus de l'axe structural, la théorie du fonctionnement psychique de Kernberg permet d'établir un axe normalité - pathologie. De fait, la condition de chaque sujet à l'intérieur de la structure de personnalité qui lui est propre, psychotique, borderline ou névrotique, peut varier entre une certaine normalité et un certain degré de psychopathologie. La normalité à l'intérieur d'une structure peut être définie ainsi :

"Le véritable bien portant n'est pas simplement quelqu'un qui se déclare comme tel, ni surtout un malade qui s'ignore, mais un sujet conservant en lui autant de fixations conflictuelles que bien des gens, et qui n'aurait pas rencontré sur sa route des difficultés internes ou externes supérieures à son équipement affectif et héréditaire ou acquis, à ses facultés personnelles ou adaptatives, et qui se permettrait un jeu assez souple de ses besoins pulsionnels, de ses processus primaire et secondaire sur des plans tout aussi personnels que sociaux en tenant un juste compte de la réalité, et en se réservant le droit de se comporter de façon apparemment aberrante dans des circonstances exceptionnellement «anormales» (Bergeret, 1974)."

En d'autres mots, la normalité est représentée par le fonctionnement heureux d'une structure de personnalité, comme l'adéquation heureuse et fonctionnelle au sein d'une structure alors que la pathologie prend plutôt la forme d'une rupture d'équilibre au sein d'une structure de personnalité.

1.3.4 Intégration de la psychologie du Moi et de la théorie des relations d'objets.

1.3.4.1 La psychologie du Moi (théorie pulsionnelle).

La psychologie du Moi repose sur le modèle tripartite ou structural de Freud qui comprend le Ça, le Moi et le Surmoi (Gabbard, 1994) (Annexe A.). Dans ce modèle, les aspects conscients du Moi constituent l'organe exécutif de la psyché, responsable du processus de prises de décision et de l'intégration des données provenant de l'environnement. Les aspects inconscients du Moi comprennent les mécanismes de défense nécessaires pour contrer les pulsions libidinales et agressives du Ça. Le Ça quant à lui est une instance complètement inconsciente et vise uniquement la décharge des pulsions. Il est contrôlé par les aspects inconscients du Moi et par la troisième entité du modèle structural, le Surmoi, qui est principalement inconscient, mais dont certains de ces aspects sont conscients. Cette instance comprend la conscience morale et l'idéal du Moi. Le premier proscrit, c'est-à-dire qu'il indique ce qu'il ne faut pas faire, il est basé sur les valeurs parentales et sociales alors que le second prescrit, il indique ce qu'il faut faire. Le Surmoi est plus sensible aux pulsions du Ça, il est donc plus immergé dans l'inconscient que le Moi.

La psychologie du Moi conceptualise le monde intra-psychique comme un monde de conflits entre ces 3 instances. Le Surmoi, le Moi et le Ça se battent entre eux alors que les pulsions libidinales et agressives cherchent à s'exprimer et à se décharger afin de réduire les tensions. Les conflits génèrent de l'angoisse et celle-ci alerte à son tour le Moi de la nécessité d'utiliser des mécanismes de défense.

L'importance du Moi dans la psyché n'est pas seulement limitée aux mécanismes de défense. En effet, Hartmann (1939/1958), un des auteurs les plus importants de la psychologie contemporaine du Moi, s'est intéressé aux aspects non-défensifs du Moi. Il a centré l'attention du Moi sur le monde externe et non plus sur le Ça. Il a insisté sur l'existence d'une sphère du Moi libre de tout conflit qui se développe indépendamment des forces du Ça. En présence d'un environnement ordinaire, certaines fonctions autonomes du Moi présentes à la naissance se développent sans être gênées par quelque conflit. Ces fonctions incluent entre autres la pensée



l'apprentissage, le contrôle moteur et le langage. Rapaport (1951) et Jacobson (1964) ont aussi travaillé au développement de ce champ de la psychologie du Moi. Il est courant de nos jours que les cliniciens considèrent les différentes fonctions du Moi de même que ses forces et ses faiblesses au cours de l'évaluation psychodynamique d'un patient. Parmi les fonctions du Moi, il faut noter le contact avec la réalité, le contrôle des pulsions et le jugement (Gabbard, 1994).

1.3.4.2 La théorie des relations d'objet.

La psychologie du Moi soutient que les pulsions libidinales et agressives sont primordiales alors que les relations d'objet sont secondaires. Autrement dit, les tenants de cette théorie considèrent que les objets sont postérieurs à la pulsion. Toutefois, ce modèle s'est développé au contact de patients névrosés et assez bien structurés, mais très peu au contact d'enfants ou de patients plus régressés. C'est donc afin de pallier ce manque que la théorie des relations d'objet s'est développée. Elle soutient que les pulsions émergent dans le contexte d'une relation et qu'elles ne peuvent donc être jamais séparées les unes des autres. Certains auteurs (Fairbairn, 1952) suggèrent même que les pulsions cherchent tout d'abord à trouver des objets plutôt qu'à diminuer une tension.

Le terme «objet» est très répandu dans la littérature psychanalytique. Brenner (1973) l'a défini comme un terme utilisé pour désigner des personnes ou des choses de l'environnement externe qui sont psychologiquement significatives dans la vie psychique du sujet, peu importe que ces choses soient vivantes ou non. Suivant cette définition, une relation d'objet désigne donc les attitudes et les comportements d'un être vis-à-vis de ses objets. Plus précisément, une relation d'objet comprend (1) une représentation de soi, (2) une représentation intériorisée de l'objet et (3) une représentation du contexte affectif qui les lie à ce moment.

Mahler (1975) a identifié trois grandes phases lors du développement des relations d'objet (Annexe B). La première caractérise les deux premiers mois de la vie et est elle porte le nom de phase autistique normale. Elle est décrite comme une phase anobjectale dans laquelle le monde intérieur n'existe pas et au cours de laquelle le nourrisson est plus

préoccupé et concerné par sa propre survie que par les relations. La phase symbiotique se déroule ensuite entre le deuxième et le sixième mois de la vie. Celle-ci est une phase d'hallucinations et de toute-puissance fantasmée durant laquelle l'objet existe de façon fantasmée. Bien qu'il commence à être vaguement conscient que sa mère est un objet séparé de lui, l'expérience première du nourrisson durant cette période est perçue comme une dyade mère-enfant en tant qu'une unité et non comme deux personnes séparées. La troisième phase, nommée le processus de séparation-individuation, est caractérisée par quatre sous-phases. Le terme séparation signifie la conscience que l'autre existe alors que le terme individuation signifie la conscience que l'enfant (le soi) existe. Ce sont deux processus qui se déroulent de façon parallèle et en conjonction. La première sous-phase de ce processus est la différenciation. Elle survient entre les âges de six et dix mois environ. L'enfant commence alors à réaliser qu'il y a un objet réel qui existe en dehors de lui et que la mère est une personne séparée de lui. Cette prise de conscience peut mener l'enfant à avoir besoin d'un objet transitionnel (Winnicott, 1971). La sous-phase des essais suit, elle a lieu entre le dixième et le 16^e mois. Au cours de cette période, l'enfant a plus de capacité motrice, il a donc plus le goût de découvrir. Il est aussi capable de mieux tolérer l'absence de la mère. À cette même époque, l'objet devient moins important et la fonction individuelle prend le dessus : il y a une augmentation de l'estime de soi, de la confiance en soi et de la capacité de faire des choses et ce sans l'autre même si l'enfant doit régulièrement retourner vers sa mère afin de se rassurer. La sous-phase du rapprochement succède à celle des essais. Elle se passe entre le 16^e et le 24^e mois de la vie environ. C'est une phase triste durant laquelle l'enfant doit retourner se ressourcer auprès de sa mère. Dans cette phase, il y a beaucoup plus de dépression. L'enfant fait plusieurs prises de conscience. Il découvre que son pouvoir n'est pas illimité, qu'il lui faut faire attention à l'autre. Il fait aussi alors face aux limites : il se rend compte qu'il a mal lorsqu'il tombe et qu'il lui faut une mère pour venir le relever et le consoler. Cette sous-phase est caractérisée par le fait que l'objet est intériorisé, mais, à cette étape, l'enfant a peur qu'il disparaisse. La dernière sous-phase du processus de séparation-individuation est la consolidation de l'identité. C'est la phase de permanence de l'objet : une mère à la fois bonne et moins bonne (frustrante), l'enfant fait l'intégration d'une mère à l'intérieur de soi. À partir de ce moment, l'enfant a la capacité de résoudre des deuils. Il est important de ne pas confondre la permanence de l'objet et la constance de l'objet telle que définie par Piaget. De

fait, le développement affectif est plus lent que le développement cognitif. Pour l'enfant, la permanence de l'objet est une conviction intérieure que l'objet va être là et disponible s'il en a besoin et qu'il pourra tolérer l'attente.

Dans sa forme la plus simple, la théorie des relations d'objet est constituée de la transformation des relations interpersonnelles en représentations intériorisées de relations. Lorsque l'enfant grandit par exemple, il n'intériorise pas seulement un objet ou une personne, il intériorise plutôt toute la relation (Fairbairn, 1952). C'est ainsi qu'un prototype de l'amour, d'une expérience positive se forme au cours des moments où le nourrisson est allaité. Ce prototype comprend une représentation de soi positive (le nourrisson allaité), une représentation positive de l'objet (la mère qui allaite) et un affect positif qui les lie (le plaisir, la satiété). De même, lorsque la faim se manifeste de nouveau, mais que la mère n'est pas immédiatement disponible, le nourrisson développe un prototype d'une expérience négative. Celle-ci comprend une représentation de soi négative (le nourrisson frustré et en attente), une représentation de l'objet frustrante, négative (la mère qui ne lui est pas disponible) et une expérience affective négative de colère et peut-être de terreur. Il est important de souligner que les objets qui sont intériorisés ne sont pas identiques aux véritables objets externes. En effet, la mère qui n'est pas immédiatement disponible pour allaiter son nourrisson est peut-être simplement occupée par un autre enfant, mais elle est vécue et intériorisée par le nourrisson comme hostile, rejetante et non disponible. La théorie des relations d'objet insiste sur le fait qu'il existe parfois des écarts importants entre les vrais objets et les représentations de l'objet intériorisés.

Les relations d'objet sont gérées par trois grands mécanismes, l'internalisation, la structuration et la réactivation. L'internalisation est le pendant psychologique de la nourriture physiologique. Dans la tête du sujet, il y a une copie de ce qui se passe dans la réalité, des souvenirs, des traces mnésiques. La structuration désigne le travail psychologique (i.e. cognitif, affectif) auquel les relations d'objet sont soumises. Elle s'opère à travers les mécanismes de défense, l'état affectif, le type de processus cognitif disponible et l'angoisse ressentie par le sujet. La réactivation signifie que la relation d'objet peut être réactivée à tout moment en compagnie d'autres personnes ou dans d'autres situations. La réactivation a un rôle

adaptatif, elle permet au sujet de répondre vite aux différentes situations puisqu'il n'a pas toujours à tout réévaluer et à tout réinventer.

La théorie des relations d'objet a aussi une conception différente de la psychologie du Moi en ce qui concerne les conflits. Un conflit inconscient n'est pas simplement fait d'une bataille entre une pulsion et une défense, c'est aussi un conflit entre des relations d'objets intériorisées contradictoires (Kernberg, 1983). Elles se battent entre elles afin d'occuper la place centrale dans le monde intra-psychique des relations d'objet.

1.3.4.3 Intégration selon Kernberg.

La théorie de Kernberg vise à combiner la théorie des relations d'objet et la théorie pulsionnelle. Kernberg considère que les pulsions sont intimement liées aux relations d'objet et il adhère à la théorie pulsionnelle de Freud (Kernberg, 1990). Il estime en effet que les pulsions libidinales et agressives sont investies dans les relations d'objet dès les premiers mois de la vie. Il propose que les pulsions sont indifférenciées les unes des autres à l'origine et que les états affectifs représentent les manifestations les plus primitives des pulsions et constituent des liens essentiels entre les représentations de soi et des autres dès le début de la vie. Il postule que les affects constituent le premier système de motivations, qu'ils forment le cadre des relations d'objet «bonnes» et «mauvaises», et qu'ils sont graduellement intégrés aux pulsions libidinales et agressives afin de former un nouveau système de motivations. Ainsi, il estime que les affects primitifs sont à la base des pulsions (Kernberg, 1990). Toujours selon Kernberg (1990), les conflits intra-psychiques se déroulent toujours entre certaines représentations de soi et de l'objet sous l'influence d'une pulsion (cliniquement, la disposition affective représente le côté instinctuel du conflit) et des représentations contradictoires de soi et de l'objet avec leur disposition affective. Les conflits intra-psychiques ne se déroulent pas entre une pulsion et une défense car toutes deux trouvent une voie d'expression à travers des relations d'objet.

1.3.5 Traitement.

En plus de développer un modèle théorique permettant une meilleure compréhension des notions de personnalité et de structure de personnalité, Kernberg a travaillé au développement d'un traitement spécifique aux gens présentant une structure de personnalité borderline car ceux-ci sont reconnus comme faisant partie d'un groupe de patients très difficiles et jadis pratiquement intraitables. En effet, au cours des années 50, les psychothérapeutes et les psychanalystes ont décrit un groupe de patients difficiles, incapables d'introspection et de perlaboration, manifestant souvent des changements d'humeur tout aussi soudains qu'extrêmes et ayant une forte tendance à ne voir les autres que tout à fait bons ou tout à fait mauvais. De plus, ces patients défiaient toutes les hypothèses théoriques quant à leurs difficultés psychiques (Kernberg, 1980). Ce groupe de patients a simplement été désigné par le terme "borderline" qui signifiait "patient difficile". La théorie de Kernberg permet aujourd'hui une meilleure compréhension des patients borderlines puisqu'elle offre une perspective non seulement descriptive, mais aussi structurale des différents troubles affligent ceux-ci. De plus, l'existence d'une théorie permet de mieux délimiter les paramètres du traitement approprié (Kernberg & Clarkin, 1993).

Le traitement développé par Kernberg (Kernberg, Seltzer, Koenigsberg, Carr & Appelbaum, 1989) est basé sur un modèle psychodynamique et porte le nom de "thérapie centrée sur le transfert". Bien que ce traitement nécessite certaines modifications en ce qui concerne les différentes techniques utilisées, notamment pour la gestion du transfert, la notion de neutralité et celle des «actings», il suit les principes généralement acceptés du traitement psychanalytique. La thérapie centrée sur le transfert vise à augmenter la capacité du patient à se voir et à voir les autres comme des personnes cohérentes, réalistes, totales, et à réduire la nécessité d'utiliser des défenses qui affaiblissent la force du Moi en réduisant le nombre de réponses disponibles. Il est attendu qu'au cours et qu'à la suite du traitement, le patient va développer un meilleur contrôle de ses pulsions, une meilleure tolérance à l'anxiété, des sentiments moins extrêmes, une capacité de sublimer ses besoins pulsionnels, et qu'il développera aussi des relations interpersonnelles satisfaisantes et enfin qu'il ressentira l'intimité et l'amour (Kernberg 1989).

Ces objectifs sont atteints par l'identification et la clarification des parties clivées du monde interne du patient, parties qui émergent dans le cours du transfert au thérapeute (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999). Les composantes du transfert sont toujours une représentation de soi, une représentation de l'objet et un affect qui les lie. Le transfert qui se développe avec des patients borderlines est primitif, c'est-à-dire qu'il reflète les efforts du patient pour éviter tout conflit en séparant de façon irréaliste les aspects haïs et aimés du Moi et des autres en des parties séparées de sorte que même lorsque ces derniers apparaissent ensemble à la conscience, ils le font sans s'influencer mutuellement. L'approche recommandée pour ce type de patients est de comprendre, d'identifier, de clarifier et d'interpréter constamment le transfert. Au lieu de gratifier les besoins ou les demandes du patient à l'aide de techniques plus supportantes, ce qui constitue une tentation fréquente chez le thérapeute, ce type de thérapie vise l'intégration des aspects dissociés de l'expérience psychique du patient au moyen de l'interprétation.

Le but du traitement est donc d'intégrer les représentations partielles de soi et des autres, c'est-à-dire de résoudre la diffusion de l'identité. La clarification et l'interprétation constante des éléments dissociés mènent à l'intégration graduelle des parties de soi en un soi total qui comprend les tendances libidinales et agressives; du même coup, les représentations partielles des objets s'intègrent en un objet total qui comprend lui aussi les tendances libidinales et agressives. Le résultat final amène une vision plus juste de soi et du monde objectal et une meilleure perception des sentiments du patient. Les représentations objectales constitueront alors une vision plus réaliste des images parentales et des interactions avec elles que celles qui ont été perçues au cours de l'enfance par le patient. C'est seulement dans le cadre de transformations profondes de la relation avec le thérapeute et les autres que les patients borderlines peuvent être aidés à parler et à comprendre le passé d'une façon plus réaliste.

1.4 Modèle théorique de la personnalité de Otto F. Kernberg.

1.4.1 Classification des troubles de la personnalité.

Le modèle de Kernberg (annexe C) permet de situer tous les troubles de la personnalité du DSM-IV au sein de ces différentes organisations de personnalité. L'organisation névrotique comprend les troubles de la personnalité obsessionnel-compulsif, dépressif-masochiste et hystérique. Quant à l'organisation borderline, Kernberg la divise en 3 niveaux, les organisations borderlines de bas, de moyen et de haut niveau. Les troubles de la personnalité schizoïde, schizotypique, paranoïde, hypomaniaque et hypocondriaque se situent dans le bas niveau. Les troubles de la personnalité antisociale et narcissique malin se situent quant à eux dans le niveau moyen alors que les troubles de la personnalité borderline, sadomasochiste, cyclothymique, histrionique, narcissique et dépendante font partie du haut niveau. Aucun trouble de la personnalité ne se retrouve dans l'organisation psychotique puisque cette organisation implique une perte de contact avec la réalité, ce qui est un critère d'exclusion des troubles de la personnalité selon Kernberg (Tableau 1.).

1.4.2 Théorie du fonctionnement psychique de Kernberg.

Ces trois organisations se distinguent à partir de 4 dimensions du fonctionnement psychique: l'intégration de l'identité, les mécanismes de défense, les relations objectales et la qualité du contact avec la réalité (Tableau 1.).

1.4.2.1 Intégration de l'identité.

L'identité se définit comme l'expérience continue de soi en tant que personne unique et cohérente à travers le temps sans être nécessairement stable (Moore et Fine, 1990). Malgré cette définition, l'utilisation du concept d'identité est ambiguë dans la littérature psychanalytique (Sander, 1995). En effet, certains auteurs l'utilisent à la fois pour décrire la ressemblance et le partage de certaines caractéristiques essentielles avec les autres et pour suggérer un sentiment de continuité intérieure à travers le temps (Erikson, 1956). Ainsi,

Erikson (1956) accorde beaucoup d'importance aux rôles sociaux, aux valeurs, aux idéaux et il croit que la formation de l'identité est déterminée par certains agents sociaux extérieurs telles que la reconnaissance, les attentes et les autres formes de rétroaction. Certains auteurs se sont montrés insatisfaits de cette définition de l'identité suggérée par Erikson puisqu'elle met trop d'accent sur les aspects sociaux. Ils se sont plutôt intéressés au concept d'identité comme un aspect du développement infantile (Sander, 1995). Selon Greenacre (1958), l'identité est un produit du processus de séparation-individuation comme l'a décrit Mahler (1975) et de la cristallisation des idées de l'enfant à propos de sa propre sexualité. Ces deux éléments se fondent jusqu'à ce que l'enfant qui existe dans un monde d'objets externes découvre qu'il a des pensées et des souvenirs, qu'il devienne conscient des différences d'âge et des différences sexuelles et qu'il sache son nom de même que celui des parties de son corps. Il est alors conscient de lui-même comme d'une unité dans un groupe. De plus, la formation de l'identité est composée de perceptions, de souvenirs et d'idées à propos de lui-même tout aussi réalistes que souhaités (Greenacre, 1958).

Kernberg (1995), quant à lui, se limite au processus de séparation-individuation en ce qui concerne le concept d'identité. Ainsi, l'enfant ne pourra avoir une identité bien intégrée que s'il atteint la phase de la permanence de l'objet; à l'inverse, s'il ne réussit pas à atteindre celle-ci, il présentera une certaine diffusion de l'identité.

Une bonne intégration de l'identité détermine l'organisation névrotique. Ceci se manifeste par l'intégration en un Moi cohérent des représentations "bonnes" et "mauvaises" que développe le sujet de lui-même et des autres.

Les organisations de la personnalité borderline et psychotique, quant à elles, se caractérisent par une identité diffuse. D'un point de vue théorique, le manque d'intégration des représentations de soi et des autres se manifeste de plusieurs façons. (a) Tout d'abord, il est possible de noter dans l'organisation psychotique un manque de différenciation entre les représentations de soi et des autres; cette refusion régressive empêche le maintien des frontières du Moi. (b) Une telle différenciation est claire dans l'organisation borderline, mais l'intégration des représentations "bonnes" et "mauvaises" de soi et des autres est impossible ou

très instable, ce qui conduit à la coexistence de nombreuses représentations de soi et des autres contradictoires. (c) Cet échec d'intégration peut être causé par la prédominance des expériences d'agressions subies au début de la vie ou par la prédominance des mécanismes de défense primitifs. Le clivage entre les représentations "bonnes" et "mauvaises" de soi et des autres a donc pour effet de protéger l'amour et la bonté de la contamination causée par le poids plus important de la haine et de l'agressivité. D'un point de vue diagnostic, il est possible d'observer la diffusion de l'identité dans l'incapacité que manifeste un patient à décrire au thérapeute ses interactions significatives avec les autres. Ce dernier éprouve beaucoup de difficultés à ressentir de l'empathie envers le patient au cours de ces interactions significatives. De plus, la diffusion de l'identité se manifeste par une histoire de comportements et de représentations de soi franchement contradictoires, ce qui ajoute aux difficultés qu'éprouve le thérapeute à saisir le patient comme une personne entière. Finalement, la diffusion de l'identité se reflète dans les descriptions des personnes significatives que fait le patient. En effet, ces descriptions ne permettent pas au thérapeute de se faire une image claire de ces individus parce qu'elles sont si souvent franchement contradictoires qu'elles ressemblent plus à des caricatures qu'à de vraies personnes (Kernberg, 1980).

1.4.2.2 Mécanismes de défense primitifs.

Les mécanismes de défense peuvent être définis comme des processus mentaux inconscients mis en place par le Moi afin d'éviter des affects douloureux comme l'anxiété et la dépression. Ils sont mis en place lorsqu'il y a des conflits intra-psychiques et peuvent être des symptômes d'une pathologie ou d'un trouble de la personnalité, mais ils font aussi partie de l'adaptation normale et du développement de la personnalité. Les mécanismes de défense sont utilisés très tôt dans la vie dans un but d'adaptation, mais ils risquent de devenir pathologiques s'ils n'évoluent pas au cours du développement. De plus, les mécanismes de défense sont généralement utilisés en groupes, plusieurs à la fois, et le Moi fait rarement usage d'un seul mécanisme de défense. Alors que la plupart des mécanismes de défense sont accessibles à tous, il arrive qu'un ou deux de ceux-ci soient utilisés de façon tellement rigide dans le contexte d'une psychopathologie qu'il est possible de définir celle-ci par le (les) mécanisme(s)

de défense en question. Un mécanisme de défense ne devient pathologique qu'à partir du moment où il est utilisé de façon si rigide et si continue qu'il devient la caractéristique principale de la pathologie, du trait ou du trouble de personnalité (Willick, 1995).

Les mécanismes de défense sont des fonctions du Moi et doivent donc prendre part à son développement et à sa maturation. Ainsi, certains mécanismes de défense, les mécanismes de défense primitifs, sont utilisés très tôt dans la vie alors que d'autres, ceux de plus haut niveau, ne font leur apparition que beaucoup plus tard dans le cours du développement. Les premiers jouent sur la frontière entre le sujet et le monde externe alors que les seconds concernent les frontières internes du sujet (Ça, Moi, Surmoi). De plus, les mécanismes de défense primitifs agissent en englobant les fonctions perceptuelles (le déni), cognitives (le délire), affectives (le clivage) et comportementales (acting out) alors que les mécanismes de défense de plus haut niveau agissent de façon plus limitée : isolation (affectif), conversion (affectif), intellectualisation (cognitif), idéalisation (respect de la réalité et des défauts du sujet idéalisé). Finalement, les processus primaires sont plus évidents dans les mécanismes de défense primitifs alors qu'il est possible d'observer un meilleur respect des processus secondaires et du principe de réalité dans les mécanismes de défense de plus haut niveau (ex. rationalisation vs délire).

Le terme «mécanisme de défense primitif» est aussi utilisé pour décrire les défenses utilisées par les psychotiques, les borderlines et les patients souffrant de graves régressions. Parallèlement, le terme «mécanisme de défense de plus haut niveau» est employé pour désigner les défenses utilisées par les sujets névrotiques généralement considérés comme ayant une meilleure intégration et organisation du Moi que les sujets borderlines et psychotiques. Il est possible que cette distinction entre ces deux niveaux de mécanismes de défense provienne du fait que les patients dont la pathologie est plus grave fassent usage de mécanismes de défense mis à profit durant l'enfance à cause de fixations ou de failles dans le développement, ce qui les empêche d'utiliser des mécanismes de défense de plus haut niveau qui eux font appel à une meilleure intégration du Moi.

Les mécanismes de défense de l'organisation de personnalité névrotique s'articulent autour du mécanisme du refoulement et d'autres mécanismes de défense de plus haut niveau comme la formation réactionnelle, l'isolation de l'affect, l'intellectualisation et la rationalisation. Ces mécanismes de défense ont comme objectif de protéger le Moi des conflits intra-psychiques en éloignant la pulsion ou les représentations idéalisées ou surmoïques du Moi conscient.

Les organisations borderline et psychotique, quant à elles, sont caractérisées par la prédominance de mécanismes de défense primitifs, en particulier le clivage. Ceux-ci protègent le Moi en dissociant ou en empêchant l'intégration des expériences contradictoires de soi ou des autres significatifs. La prédominance de ces mécanismes de défense provoque l'activation de représentations contradictoires de l'individu et des autres. Aussi longtemps que ces représentations peuvent être tenues séparées les unes des autres, l'anxiété relative à ces conflits est prévenue et contrôlée. Le clivage et les mécanismes associés, tels l'idéalisation primitive, l'identification projective, le déni, l'omnipotence et la dévalorisation, protègent donc l'individu borderline des conflits intra-psychiques, mais ils affaiblissent les capacités d'adaptation du Moi et l'intégration de l'identité. Ces mêmes mécanismes de défense ont pour fonction de protéger l'individu ayant une structure psychotique d'une plus grande désintégration des frontières entre le soi et l'objet.

Le clivage est caractérisé par la division du Moi et de l'objet, en parties "toutes bonnes" et en parties "toutes mauvaises", ce qui provoque des renversements soudains et complets des sentiments et des conceptualisations à propos de soi et des autres. Le clivage est aussi une cause fondamentale de la faiblesse du Moi (Kernberg, 1975). L'intégration des pulsions libidinales et agressives qui sont associées à de bons et mauvais objets intériorisés sert à neutraliser l'agression. Or, le clivage empêche cette neutralisation et prive donc le Moi d'une source d'énergie essentielle à la croissance. L'idéalisation primitive est un mécanisme de défense qui amène le sujet à voir les objets externes comme "totalement bons" à un point tel que cela prend des proportions pathologiques. Le sujet ne tolère alors aucune imperfection dans l'objet idéalisé. La contrepartie de l'idéalisation primitive est la dévalorisation complète des autres, ou la perception que les autres sont dangereux et persécuteurs. L'identification

projective est une forme primitive de projection. À l'inverse de la projection de type névrotique caractérisée par le fait que le sujet attribue à d'autres personnes une pulsion ou un affect que le patient ne peut tolérer et qu'il a refoulé, l'identification projective se caractérise (1) par la tendance du sujet à continuer de ressentir la pulsion même s'il la projette sur une autre personne; (2) par la peur de l'autre personne qui est vue comme étant sous l'emprise de cette pulsion; et (3) par le besoin de contrôler cette personne afin d'éviter qu'elle valide la projection par ses comportements. L'identification projective n'est donc pas basée sur le refoulement, mais sur le clivage (Kernberg, 1987). La présence d'états émotionnels conscients indépendants les uns des autres est une des manifestations du déni de certaines personnes borderlines. Ces personnes peuvent concevoir que leurs perceptions, pensées et émotions à propos d'elles-mêmes et des autres soient complètement opposées à celles qu'elles peuvent avoir à un autre moment, mais cette prise de conscience n'a pas d'impact émotionnel et n'influence aucunement leur état d'esprit actuel. L'omnipotence et la dévalorisation sont toutes deux des dérivés du clivage. Elles sont représentées par l'activation de représentations grandioses et omnipotentes du Moi et par des représentations dévalorisées et faibles des autres qui incluent des parties dévalorisées du Moi.

1.4.2.3 Qualité du contact avec la réalité.

Il existe deux façons de concevoir la réalité dans la littérature psychanalytique. La première met l'accent sur l'existence et la nature essentielle du monde. Selon cette conception, la réalité est considérée comme une description absolue, objective et définitive du monde et des événements externes et matériels. Il est aussi évident qu'il n'y a qu'une seule version possible de la réalité. La seconde conception de la réalité insiste plutôt sur l'expérience humaine du monde et de ses événements. La réalité est alors considérée comme étant relative, changeante, et comme la description subjective de cette expérience. C'est une interprétation des perceptions et de nombreuses interprétations sont encore possibles. Toutefois, ces deux conceptions de la réalité ne sont pas mutuellement exclusives et de nombreux auteurs incluent plutôt certains aspects de ces deux conceptions dans leurs théories (Moore et Fine, 1990).

Le contact avec la réalité est défini comme une fonction du Moi permettant de distinguer les pensées des perceptions, l'expérience interne de l'expérience externe (Moore et Fine, 1990). Sa fonction première est de définir les frontières du Moi et de maintenir la différenciation entre les représentations de soi et des autres. Une de ses fonctions plus complexes consiste à constamment tenter de réconcilier les écarts entre l'expérience externe et l'expérience interne. Ainsi, en présence de tels écarts, les représentations internes (tirant leur origine des souvenirs, de comportements appris, des croyances et des fantaisies) sont parfois modifiées par les perceptions externes et, en d'autres occasions, les représentations mentales prévalent. À ce moment, la personne conclut que ses perceptions sont fausses. Le contact avec la réalité a aussi une composante développementale. Ainsi, la première de ses fonctions est de maintenir les distinctions entre l'intérieur et l'extérieur, entre le soi et l'objet, puis elle évolue vers un processus plus complexe d'évaluation de l'expérience. Ces niveaux supérieurs de contact avec la réalité sont parfois nommés traitements de la réalité. Ceci inclut la capacité de percevoir et d'évaluer ses propres affects, motivations et représentations objectales, la capacité de distinguer le passé et le présent, et une façon plus complexe et subtile d'appréhender les expériences du monde externe. Ceci peut inclure, par exemple, la conscience que les traits de caractères ont une influence dans les relations avec les autres personnes.

Les organisations de personnalité névrotique et borderline ont toutes deux un bon contact avec la réalité, à l'inverse de l'organisation de personnalité psychotique. Alors que la diffusion de l'identité et l'utilisation massive de mécanismes de défense primitifs permettent d'établir le diagnostic différentiel des organisations névrotique et borderline, la qualité du contact avec la réalité permet d'établir le diagnostic différentiel entre l'organisation de personnalité borderline et l'organisation psychotique.

Kernberg (1995) définit le contact avec la réalité comme (1) la capacité de différencier le soi du non-soi, (2) la capacité de différencier le contenu intra-psychique des perceptions et des stimuli externes, (3) la capacité d'évaluer de façon réaliste les affects, les comportements et les pensées d'une autre personne pour ce qui est des normes sociales courantes et enfin (4) la présence d'émotions, de pensées ou de conduites franchement inappropriées ou bizarres. Toutefois, le contact avec la réalité doit être différencié des altérations causées par l'expérience

subjective de la réalité. Ces dernières peuvent être parfois présentes chez tout patient souffrant de détresse psychologique et d'altération du sens de la réalité qui se retrouve dans toutes les pathologies de la personnalité (Kernberg, 1995).

1.4.2.4 Relations d'objet.

Selon Laplanche et Pontalis (1990), le terme relation objectale doit être considéré comme le mode de relation du sujet avec son monde. Cette relation peut être définie comme étant le résultat complexe et total d'une certaine organisation de la personnalité et d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets et de certains types privilégiés de défense. Chaque structure de personnalité est caractérisée par des relations d'objets qui lui sont propres et dont Kernberg (1995) situe le développement au cours des différentes phases du processus de séparation-individuation décrites par Mahler (1975).

La structure psychotique, la structure de personnalité la moins évoluée, fait appel aux relations d'objets propres à la phase symbiotique, soit aux relations d'objet fusionnelles. Ce type de relations d'objets est caractérisé par la refusion défensive des représentations de soi et des autres investis libidinalement contre des expériences douloureuses (Jacobson, 1964). Les individus qui utilisent ce type de relations d'objet ne prêtent pas à autrui une identité propre, ne lui permettent pas d'avoir une existence autonome et indépendante. L'angoisse associée à ce type de relation d'objet est une angoisse de morcellement et d'annihilation.

Les relations d'objet de la structure borderline sont, pour leur part, typiques des sous-phases des essais et de rapprochement, en d'autres termes des relations d'objet fondées sur le besoin de l'autre malgré diverses tentatives afin de s'en séparer. Ces relations d'objet, dites anaclitiques, peuvent par ailleurs prendre différentes formes comme la peur de l'objet, le contrôle de l'objet ou la peur de l'abandon par l'objet. Les relations d'objet de la structure borderline de bas niveau sont caractérisées par la peur de l'objet, celles de la structure borderline de niveau moyen par le contrôle de l'objet et celles de la structure borderline de haut niveau seront caractérisées par la peur de l'abandon.

Finalement, les relations d'objet de la structure névrotique se développent à la phase de la permanence de l'objet alors que les relations objectales sont triangulées et que la compétition avec un autre individu pour un objet d'amour constitue l'enjeu primordial.

Le développement permet l'accès aux différents modes de représentation de l'objet à tous les individus. Toutefois, ceux-ci utiliseront en prépondérance, selon leur structure de personnalité, un type de relations d'objet plutôt qu'un autre lorsqu'ils seront confrontés à des enjeux conflictuels ou anxiogènes (Bergeret, 1974).

1.5 Mesures empiriques de la théorie de Kernberg.

Les instruments permettant de mesurer les différentes dimensions de la théorie de Kernberg et de poser un diagnostic structural sont peu nombreux. Le Structural Assessment Interview (SAI; Kernberg & coll., 1975) a longtemps été le seul instrument permettant une telle évaluation. Le SAI est une entrevue qui vise à faire émerger la structure de personnalité du sujet à l'aide des techniques psychodynamiques de clarification, de confrontation et d'interprétation. Bien que des études récentes tendent à démontrer sa fidélité (Derksen, Hummelen, & Bouwens, 1994), le SAI est coûteux d'utilisation et il ne peut être utilisé que par des cliniciens d'expérience. L'Inventory of Personality Organization (IPO) a ensuite été développé par Kernberg et Clarkin (1985). L'objectif de cet instrument consiste tout comme le SAI à faire émerger la structure de personnalité du sujet. De plus, il est moins coûteux d'utilisation puisqu'il se présente sous la forme d'un questionnaire auto-révéle. Toutefois, cet instrument est toujours en développement et ses propriétés psychométriques ne sont pas encore établies.

Le PODF (Annexe D; Diguier & Normandin, 1996) est une grille de cotation qui opérationnalise la théorie de Kernberg. Il peut être appliqué à plusieurs types de matériel clinique et sa cotation fait grandement appel au jugement clinique. L'établissement de ses propriétés psychométriques permettra donc de pallier le manque de mesures qui visent à évaluer ou à opérationnaliser la théorie de Kernberg. De plus, l'utilisation de cet instrument aidera au développement et au raffinement des traitements pour les troubles de la personnalité

puisque'ils pourront être plus spécifiques aux déficits et aux attributs dysfonctionnels de la pathologie de la personnalité (Lenzenweger et Clarkin, 1995).

2. Objectifs de recherche

Cette étude présente les premiers tests empiriques auxquels a été soumis le PODF et elle poursuit quatre objectifs de recherche:

2.1 Entente interjuges du PODF, condition dossier.

L'entente interjuges reflète le degré auquel les différents juges posent exactement le même jugement sur le sujet qui est évalué (Tinsley et Weiss, 1975). L'entente interjuges du PODF coté à l'aide de matériel d'évaluation (SCID-I, SCID-II, RAP; condition dossier) a été évaluée à l'aide de coefficients de kappa (Cohen, 1960) et de coefficients de kappa pondérés (Cohen, 1968).

2.2 Entente interjuges du PODF, condition vidéo.

L'entente interjuges du PODF coté à l'aide d'entrevues d'accueil (condition vidéo) a elle aussi été évaluée à l'aide de coefficients de kappa (Cohen, 1960) et de coefficients de kappa pondérés (Cohen, 1968).

2.3 Équivalence du PODF: condition dossier vs condition vidéo.

On juge de l'équivalence d'une mesure sur la base du degré de constance des résultats obtenus à la suite de l'utilisation (chez les mêmes individus, par différents chercheurs, et approximativement au même moment) soit de différents instruments visant la mesure de la même caractéristique, soit d'un même instrument (Bélanger, 1988). L'évaluation de l'équivalence entre les PODF condition dossier et les PODF condition vidéo visait à vérifier la flexibilité du PODF (Diguier & Normandin, 1996), à savoir s'il est applicable à plusieurs types de matériel clinique. L'équivalence a été évaluée à l'aide de coefficients de kappa (Cohen, 1960) et de coefficients de kappa pondérés (Cohen, 1968).

2.4 Validité interne.

L'objectif de cette partie de l'étude était de vérifier le regroupement de différents items du PODF, ce qui testait partiellement la théorie des structures de personnalité de Kernberg. Des analyses factorielles exploratoires ont été utilisées pour cette partie de l'étude. Il était attendu que les variables se regrouperaient selon les structures de personnalité de la théorie de Kernberg (1995) et que les analyses factorielles révéleraient la présence de trois facteurs, c'est-à-dire un facteur par structure de personnalité.

3. Méthode

3.1 Sujets.

3.1.1 Entente interjuges et équivalence.

L'échantillon utilisé pour estimer l'entente interjuges et l'équivalence entre la condition dossier et la condition vidéo est constitué de 30 personnes (12 hommes et 18 femmes) rencontrées et interviewées depuis les cinq dernières années dans le cadre d'un programme de recherches sur les organisations de personnalité mené à l'Université Laval. Vingt de ces sujets ont été vus en psychothérapie par le Service de Consultation de l'École de Psychologie de l'Université Laval (SCEP), six autres ont été vus en psychiatrie à la clinique Roy-Rousseau et quatre ont manifesté le désir de subir une évaluation de leur personnalité. Les sujets souffrant d'un trouble organique ou d'une psychose active ont été exclus de la présente étude. Les 30 sujets sont âgés entre 18 et 65 ans et leur moyenne d'âge est de 30,6 ans. En ce qui concerne leur occupation au moment de l'évaluation, neuf sujets fréquentaient l'école à temps plein ou à temps partiel, sept sujets occupaient un emploi à temps plein ou à temps partiel et six sujets bénéficiaient du régime de l'assurance-chômage ou du bien-être social. La moyenne de revenus des sujets se situait à 18 200 dollars par année et 17 sujets avaient complété ou suivaient un cours de premier, de deuxième ou de troisième cycle universitaire.

Afin de permettre l'évaluation de l'équivalence entre les deux méthodes de cotation du PODF (condition dossier et condition vidéo), cet échantillon a été divisé en deux groupes égaux de 15 sujets.

Si on considère les différents diagnostics des sujets du premier groupe, 11 ont été diagnostiqués comme souffrant d'un trouble (ou plus) de l'axe I ou de l'axe II du DSM-III-R (APA, 1987). Parmi eux, neuf ont reçu un diagnostic de l'axe I ainsi qu'un diagnostic de l'axe II. Plus spécifiquement, dix sujets ont reçu un diagnostic sur l'axe I et huit de ces dix sujets ont reçu plus d'un diagnostic sur l'axe I. Six sujets souffraient d'un trouble de l'humeur (dépression majeure, dépression majeure antérieure, dysthymie, dysthymie antérieure, cyclothymie,

cyclothymie antérieure et bipolaire 1 ou bipolaire 2), six sujets souffraient d'un trouble anxieux (attaques de panique, attaques de panique antérieures, agoraphobie, phobies, obsessions-compulsions et anxiété généralisée ou anxiété généralisée antérieure), trois sujets souffraient d'une dépendance actuelle ou antérieure à l'alcool ou aux drogues et quatre sujets avaient une histoire de psychoses antérieures. Par ailleurs, dix des 15 sujets ont reçu un diagnostic de l'axe II et quatre d'entre eux ont reçu plusieurs diagnostics de l'axe II. Trois de ces sujets ont été diagnostiqués comme souffrant d'un trouble de personnalité du Cluster A (paranoïde, schizotypique ou schizoïde), quatre sujets ont été diagnostiqués comme souffrant d'un trouble de personnalité du Cluster B (histrionique, narcissique, borderline et antisociale) et six sujets ont été diagnostiqués comme souffrant d'un trouble du Cluster C (évitante, défaitiste, dépendante, passive-agressive, obsessive-compulsive). Finalement, quatre des 15 sujets n'ont reçu aucun diagnostic de trouble ou de trait pathologique de la personnalité.

Quant au second groupe de 15 sujets, 12 d'entre eux ont reçu un diagnostic (ou plus) de l'axe I ou de l'axe II du DSM-III-R (APA, 1987) et six sujets ont reçu à la fois un diagnostic de l'axe I et un diagnostic de l'axe II. 11 sujets ont été diagnostiqués comme souffrant d'un trouble de l'axe I et quatre de ces 11 sujets ont reçu plus d'un diagnostic sur l'axe I. Neuf sujets souffraient d'un trouble de l'humeur, cinq souffraient d'un trouble anxieux et un seul sujet souffrait d'une dépendance actuelle ou antérieure à l'alcool ou aux drogues. Sur l'axe II, sept des 15 sujets ont été diagnostiqués comme souffrant d'un trouble de la personnalité et trois d'entre eux souffraient de plusieurs troubles de personnalité. Plus spécifiquement, un seul sujet souffrait d'un trouble de personnalité du Cluster A, cinq sujets souffraient d'un trouble de personnalité du Cluster B et quatre sujets souffraient d'un trouble de personnalité du Cluster C.

3.1.2 Validité interne.

L'échantillon utilisé pour étudier la validité de construit du PODF est constitué de 130 personnes (55 hommes, 75 femmes) rencontrées et interviewées depuis les cinq dernières années dans le cadre d'un programme de recherches sur les organisations de personnalité mené à l'Université Laval. Elles ont été évaluées par 14 psychologues, étudiants gradués ou étudiants du premier cycle sous supervision. Soixante-six de ces 130 sujets ont été vus en

psychothérapie au SCEP, 55 ont été vus en psychiatrie au CHRG ou à la clinique Roy-Rousseau. Enfin, sept sujets provenaient de différentes ressources dans la communauté (CLSC, centre de thérapie 4-saisons). Les sujets qui souffraient d'un trouble organique ou d'une psychose active ont été exclus de la présente étude. Les sujets de cette étude sont âgés entre 18 et 65 et leur moyenne d'âge est de 29,6 ans. En ce qui concerne leur occupation, 54 sujets étaient aux études à temps plein ou à temps partiel, 17 sujets occupaient un emploi à temps plein et six un emploi à temps partiel. Quinze sujets bénéficiaient du régime de l'assurance-chômage et 27 sujets bénéficiaient du programme du bien-être social. Leur moyenne de revenus était de 18 800 dollars par année. Quant à leur niveau de scolarité, trois d'entre eux avaient cessé leurs études suite ou durant leur cours primaire, 44 sujets avaient abandonné pendant ou après le cours secondaire, 26 sujets avaient suivi un cours collégial et 48 sujets avaient suivi un cours de premier ou deuxième cycle universitaire. Finalement, 65 d'entre eux ont complété le cours suivi.

En ce qui concerne les différents diagnostics du DSM-III-R (APA, 1987), 105 sujets ont été diagnostiqués comme souffrant d'un trouble (ou plus) de l'axe I ou de l'axe II du DSM-III-R et 61 d'entre eux ont été diagnostiqués comme souffrant à la fois d'un trouble de l'axe I et de l'axe II. Cent deux sujets ont été diagnostiqués comme souffrant d'un trouble de l'axe I et 46 ont reçu plusieurs diagnostics de l'axe I. Cinquante-neuf des 102 sujets souffrant d'un trouble sur l'axe I souffraient d'un trouble de l'humeur, 37 présentaient un trouble anxieux, 23 sujets souffraient d'une dépendance actuelle ou antérieure à l'alcool ou aux drogues, 14 sujets souffraient d'un trouble d'adaptation, 12 sujets présentaient un trouble alimentaire actuel ou antérieur, dix sujets souffraient d'un trouble sexuel et huit sujets avaient une histoire de psychoses.

Par ailleurs, 64 sujets ont reçu un diagnostic sur l'axe II du DSM-III-R (APA, 1987) et 26 ont été diagnostiqués comme souffrant de plus d'un trouble de personnalité. Seize sujets ont reçu un diagnostic du Cluster A des troubles de la personnalité : dix souffraient du trouble de personnalité paranoïde, huit sujets souffraient du trouble de personnalité schizotypique et deux souffraient du trouble de personnalité schizoïde. Quarante et un sujets ont été diagnostiqués comme souffrant d'un trouble de personnalité appartenant au Cluster B : six souffraient d'un

trouble de la personnalité histrionique, huit sujets souffraient d'un trouble de la personnalité narcissique, 29 sujets souffraient d'un trouble de personnalité borderline et neuf sujets présentaient un trouble de la personnalité antisociale. Vingt-six sujets ont reçus un diagnostic du Cluster C : 12 souffraient d'un trouble de la personnalité évitante, dix souffraient d'une personnalité dépendante, cinq de la personnalité obsessionnelle-compulsive, deux de la personnalité passive-agressive et un seul de la personnalité défaitiste. Finalement, deux sujets ont été diagnostiqués comme souffrant d'un trouble non-spécifié de la personnalité et 37 des 130 sujets n'ont reçu aucun diagnostic de trouble ou de trait pathologique de la personnalité.

3.2 Instruments de mesure.

3.2.1 PODF.

Le diagnostic structural de personnalité des sujets a été établi à l'aide du PODF, un instrument mis au point par Diguier et Normandin (1996), dans le but d'opérationnaliser le modèle psychanalytique de la personnalité de Otto F. Kernberg (1975, 1980, 1995). Un manuel de cotation et d'exemples appliqué à la condition dossier (Hébert & Diguier, 1999; Annexe D) a été développé afin de guider les juges dans leur cotation.

Le PODF est un instrument servant à évaluer les quatre dimensions qui, selon le modèle de Kernberg, participent au diagnostic structural de la personnalité: diffusion de l'identité, niveau des mécanismes de défense, capacité de maintenir l'épreuve de la réalité et la qualité des relations d'objet. Chacune de ces dimensions relève elle-même de l'évaluation d'items sous-jacents. Quatre items composent la dimension "diffusion de l'identité", ce sont (1) l'expérience subjective du vide (item 1.1), (2) l'existence de perceptions contradictoires de soi et des autres (item 1.2), (3) l'existence de comportements impulsifs impossibles à intégrer avec l'expérience émotionnelle (item 1.3) et (4) les perceptions d'autrui appauvries, émoussées et superficielles (item 1.4). La dimension "niveau des mécanismes de défense" s'évalue en fonction de la présence des sept mécanismes de défense primitifs suivants: (1) le clivage (item 2.1), (2) l'idéalisation primitive (item 2.2), (3) l'identification projective (item 2.3), (4) le déni (item 2.4), (5) l'omnipotence (item 2.5), (6) la dévalorisation de l'objet (item

2.6) et (7) le contrôle omnipotent (item 2.7). Quatre items servent à estimer la dimension “contact avec la réalité”. Ce sont (1) le manque de différenciation entre soi et autrui (item 3.1), (2) le manque de différenciation entre le contenu intra-psychique et les perceptions et les stimuli externes (item 3.2), (3) l’incapacité à évaluer ses propres émotions, conduites et pensées de façon réaliste en fonction des normes sociales courantes (item 3.3) et (4) la présence d’émotions, de pensées ou de conduites franchement inappropriées ou bizarres (item 3.4). Finalement, cinq cotes servent à qualifier la dimension “qualité des relations d’objet” (item Relation). La cote 1 indique la présence de relations d’objet dites fusionnelles, caractérisées par une angoisse de fragmentation ou d’annihilation. La cote 2 indique la présence de relations d’objet de type anaclitique. À l’intérieur de cette catégorie, les lettres a, b et c témoignent d’un niveau de développement structural croissant, basé notamment sur le type d’angoisse qui prédomine chez le sujet. Au niveau 2a, l’angoisse dominante est l’angoisse de la perte d’objet, alors que le niveau 2b est marqué par un désir de contrôle de l’objet de la part du sujet. La cote 2c. correspond au niveau d’organisation limite caractérisée par l’angoisse d’abandon. Enfin, la cote 3 indique un type de relations d’objet triangulées et marquées par l’angoisse de castration.

3.2.2 Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID-II).

Le SCID-II (APA, 1990b) (annexe E) est une entrevue semi-structurée qui permet d’évaluer l’axe II du DSM-III-R (APA, 1987). La version originale est rédigée en anglais. Selon Segal, Hersen et Van Hasselt (1994), elle possède une bonne fidélité (annexe E). La moyenne des coefficients de kappa pour l’ensemble des études rapportées par Segal et al. (1994) est de 0,74 et l’étendue est de 0,57. Le SCID-II utilisé dans cette recherche est une traduction de type comité n’ayant pas fait l’objet d’une étude de fidélité. Cette lacune est toutefois compensée par les ententes interjuges qui témoignent de la fidélité de la version française de cet instrument.

3.2.3 SCID-I.

Le SCID-I (APA, 1990a) (annexe F) est une entrevue semi-structurée qui permet d'évaluer les troubles de l'axe I, notamment les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et les troubles somatoformes. Sa version originale est également anglaise. Selon Segal et al. (1994), le SCID-I possède une bonne fidélité (annexe G). La moyenne des coefficients de kappa pour l'ensemble des études rapportées est de 0,73 et l'étendue de 1,03 (Segal & al., 1994). La traduction française n'est cependant pas validée, les ententes interjuges permettant ici aussi d'assurer son applicabilité.

3.2.4 Relationship Anecdotes Paradigm (RAP).

Le RAP (annexe H) est une entrevue non-structurée qui a été développée par Luborsky (1998) et dont l'objectif est d'obtenir de la part du sujet des récits d'interaction avec d'autres personnes. Cette entrevue est très simple et elle offre l'avantage de pouvoir être administrée à tous les sujets. De plus, elle fournit à l'évaluateur une quantité importante de données. Chaque événement raconté par le sujet doit le placer en situation d'interaction avec une autre personne. Le sujet est libre de raconter n'importe quel épisode d'une relation actuelle ou passée, il est encouragé à décrire l'épisode de façon très concrète et même à rapporter les détails de la conversation avec l'autre personne: ce que le sujet a dit, ce que l'autre personne a dit et ce qui est arrivé à la fin de cet événement. Il est important que chaque événement ne constitue qu'un épisode spécifique et non le récit complet d'une relation ou un amalgame d'épisodes. L'administration de l'entrevue RAP est complète lorsque le sujet a réussi à raconter une dizaine d'événements, ce qui prend habituellement entre trente et cinquante minutes. Après avoir lu la consigne au sujet, l'évaluateur doit laisser le sujet chercher et raconter les différents récits. Il lui est toutefois possible d'intervenir auprès du sujet afin de le rassurer ou de lui reformuler la consigne si celui-ci éprouve de la difficulté à trouver ou à raconter les différents événements. Il peut aussi intervenir auprès du sujet à la suite des premiers récits afin de l'encourager à poursuivre ou afin de lui rappeler certains éléments de la consigne.

3.3 Procédure.

3.3.1 Évaluation.

Tous les sujets ont été référés par le SCEP, par les hôpitaux psychiatriques de la région de Québec, par les différentes ressources dans la communauté ou encore ils ont manifesté d'eux-mêmes le désir de se soumettre à une évaluation de leur personnalité au Laboratoire de Recherches sur la Personnalité et la Pathologie de l'École de Psychologie de l'Université Laval (LRPP). L'évaluation consiste en quelques rencontres, généralement deux ou trois, d'une durée approximative d'une heure et demie en compagnie d'un(e) seul(e) évaluateur(e). Au cours de la première entrevue, les sujets sont tout d'abord invités à signer le formulaire de consentement (annexe I), puis à remplir la feuille de données démographiques (annexe J). Par la suite, ils sont invités à parler brièvement de leurs difficultés dans le cadre d'une entrevue d'accueil d'une durée d'environ 45 minutes. Au cours de cette entrevue, les sujets sont invités à expliquer ce qui les amène à faire une demande d'aide, à exposer leurs problèmes et à développer la compréhension qu'ils en ont. Par la suite, leur motivation réelle à améliorer leur condition est explorée et les sujets sont invités à élaborer ce qu'ils espèrent de leur démarche au LRPP. À la suite de cette entrevue d'accueil, le SCID-I, le SCID-II ainsi que le RAP leur sont administrés.

3.3.2 Entente interjuges et équivalence.

Les 30 sujets de l'échantillon ayant participé à l'évaluation de l'entente interjuges du PODF condition dossier, du PODF condition vidéo ainsi qu'à l'évaluation de l'équivalence entre les deux conditions ont été évalués par un total de sept psychologues ou étudiants gradués sous supervision. Toutes les cotes et diagnostics du SCID-I et du SCID-II ont été révisés par au moins un(e) autre évaluateur(e). Afin de permettre l'évaluation de l'équivalence, nous avons utilisé un protocole de type validation-croisée (Figure 1.). Ce protocole permet de contrôler l'effet du type de matériel clinique coté (condition dossier ou condition vidéo) avec l'effet des juges (Zander, Strack, Cierpka, Reich et Staats, 1995). Ce protocole consiste tout d'abord à diviser aléatoirement l'échantillon de sujets en deux groupes (groupe 1 et 2) et à diviser aléatoirement les juges en deux groupes (paire 1 et 2). La paire de juges 1 cote le

groupe de sujets 1 pour une condition, par exemple la condition dossier, et la paire de juges 2 cote les mêmes sujets, soit le groupe de sujets 1 pour l'autre condition, par exemple la condition vidéo, et vice-versa pour le groupe de sujets 2.

Ainsi, l'échantillon de 30 sujets a été aléatoirement divisé en deux groupes de 15 sujets (groupe 1 et 2) et deux paires de juges (paire de juges 1 et 2.) préalablement entraînés à la cotation du PODF condition dossier et du PODF condition vidéo ont été aléatoirement formées. L'entraînement des juges a nécessité la passation de 30 sujets (24 PODF condition dossier et 6 PODF condition vidéo) et un guide de cotation et d'exemples (Hébert & Diguier, 1999) a été développé afin de guider leur cotation. Les juges avaient tous une formation psychothérapique d'approche psychodynamique et leur expérience clinique variait entre 3 et 15 ans. De plus, les juges ne connaissaient pas l'identité des sujets et étaient aveugles les uns par rapport aux autres. La paire de juges 1 a coté le PODF du groupe de sujets 1 à la condition dossier et le PODF du groupe de sujets 2 à la condition vidéo. Quant à la paire de juges 2 elle a coté le PODF du groupe de sujets 2 à la condition dossier et le PODF du groupe de sujets 1 à la condition vidéo.

3.3.3 Validité interne.

Le matériel d'évaluation recueilli auprès des 130 sujets de l'échantillon ayant servi à l'étude de la validité interne du PODF a été individuellement coté par deux juges (paire de juges 3.) préalablement entraînés. Les juges ne connaissaient pas l'identité des sujets et étaient aveugles l'un par rapport à l'autre. L'entraînement des juges a nécessité la passation de 30 sujets (24 PODF condition dossier et 6 PODF condition vidéo), et un guide de cotation et d'exemples (Hébert & Diguier, 1999) a été développé afin de guider leur cotation. Les deux juges avaient une formation psychothérapique d'approche psychodynamique et leur expérience clinique était de 15 ans et de 1 an respectivement. Le premier juge a coté 90 dossiers d'évaluation et le deuxième en a coté 70. L'entente interjuges a été préalablement calculée. Le juge 2 a coté 30 dossiers d'évaluation choisis au hasard parmi les 90 dossiers d'évaluation que le juge 1 a cotés.

3.4 Analyses statistiques.

3.4.1 Entente interjuges.

L'entente interjuges représente le niveau de consensus auquel les différents juges ont tendance à poser exactement le même jugement sur le sujet qui est évalué (Tinsley et Weiss, 1975). Des coefficients de kappa (Cohen, 1960) et des coefficients de kappa pondérés (Cohen, 1968) ont servi à évaluer l'entente interjuges du PODF à la condition dossier et à la condition vidéo. Le kappa est un indice de l'entente interjuges corrigé pour les ententes qui pourraient survenir par chance. Le kappa consiste en (1) la proportion ou le pourcentage d'accords observé entre une ou plusieurs paires de juges (P_o), (2) le pourcentage d'accords attendu seulement par la chance (P_c) et (3) le kappa lui-même ou un indice d'accord interjuges corrigé pour la chance ($(P_o - P_c) / (1 - P_c)$). Les seules conditions nécessaires à l'utilisation du coefficient de kappa résident dans le fait que les juges doivent être aveugles les uns par rapport aux autres et que les catégories de l'échelle nominale utilisée doivent être indépendantes, mutuellement exclusives et exhaustives. Le kappa pondéré est un indice de l'entente interjuges qui permet de donner un poids relatif aux désaccords entre les juges selon les différents niveaux de l'échelle nominale (Tinsley et Weiss, 1975). D'ailleurs, le kappa peut être considéré comme un cas spécial du kappa pondéré dans lequel un poids de 1,00 est attribué aux accords et un poids de 0,00 est assigné aux désaccords. Dans le kappa pondéré, différents poids sont assignés aux différents degrés de désaccord. Par convention, la plupart des gens utilisent des poids quadratiques. Ceci signifie simplement que les désaccords sont pondérés par le carré du nombre de niveaux séparant les juges. Ainsi, un poids de 1,00 est accordé à un désaccord d'un niveau, un poids de 4 est donné à un désaccord de deux niveaux, un poids de 9 est accordé à un désaccord de trois niveaux et ainsi de suite. Un avantage qu'offre l'utilisation d'un système quadratique de poids est qu'il transforme les données ordinales en une échelle de ratio en ordonnant les niveaux selon un continuum unidimensionnel, ce qui signifie qu'il est possible d'utiliser des statistiques paramétriques plus puissantes avec ces données (Streiner, 1995). La valeur du kappa et du kappa pondéré varie entre -1,00 et 1,00. Un kappa de 0,00 indique que l'entente observée est exactement la même que celle qui serait attendue par la chance. Une valeur négative indique que l'entente observée est moindre que celle qui serait

attendue par la chance et un kappa de 1,00 indique une entente parfaite entre les différents juges (Tinsley et Weiss, 1975). Selon Landis et Koch (1977), un coefficient de kappa de moins de 0,00 est mauvais, un coefficient de kappa qui se situe entre 0,00 et 0,20 est faible, un coefficient entre 0,21 et 0,40 est raisonnable; un coefficient entre 0,41 et 0,60 est modéré; un coefficient entre 0,61 et 0,80 est considérable et enfin un coefficient entre 0,81 et 1,00 est presque parfait.

Le coefficient de kappa a été utilisé pour évaluer l'entente interjuges des items des dimensions "Diffusion de l'identité", "Mécanismes de défense primitifs" et "Contact avec la réalité" puisque ces items ont été évalués selon leur absence ou leur présence. Le coefficient de kappa pondéré a été utilisé pour évaluer l'entente interjuges sur la dimension "Qualité des relations d'objet" puisqu'elle est représentée par une seule variable à 5 niveaux et ce même coefficient a aussi été utilisé pour évaluer l'entente interjuges sur le diagnostic final puisqu'il est représenté par une seule variable à 3 niveaux. Finalement, le coefficient de kappa a servi pour évaluer l'entente interjuges sur la présence ou l'absence des dimensions "Diffusion de l'identité", "Mécanismes de défense primitifs" et "Contact avec la réalité".

Étant donné que l'échantillon de 30 sujets est divisé en deux groupes qui sont évalués par deux paires de juges, deux séries d'ententes interjuges ont été obtenues pour chacune des deux conditions (condition dossier et condition vidéo). De plus, l'entente interjuges entre les deux juges qui ont coté les PODF des 130 sujets de l'échantillon de l'étude de la validité interne a aussi été évaluée.

3.4.2 Équivalence.

Des coefficients de kappa et de kappa pondéré ont été utilisés selon les mêmes principes que ceux utilisés pour l'évaluation de l'entente interjuges. Toutefois, l'entente interjuges a été calculée à partir de PODF cotés à la condition dossier versus des PODF cotés à la condition vidéo selon le protocole de validation croisée présenté plus haut (Figure 1.). Une série de coefficients d'entente interjuges pour le groupe de sujets 1 et une série de coefficients d'entente interjuges pour le groupe de sujets 2 ont ainsi été obtenues (Figure 2.) pour un total

de 8 coefficients de kappa par item, par dimension ou par diagnostic. Les résultats ont été rapportés sous forme de coefficients de kappa moyens, minimaux et maximaux.

3.4.3 Validité interne.

3.4.3.1 Questions de recherche.

L'analyse factorielle est une méthode statistique qui permet de découvrir quels sont, à l'intérieur d'un ensemble de variables, les sous-ensembles de variables cohérents et relativement indépendants les uns des autres. Les variables qui sont corrélées entre elles, mais qui sont aussi largement indépendantes d'un autre ensemble de variables sont regroupées en facteurs qui sont reconnus comme reflétant les processus sous-jacents responsables des corrélations entre les variables. Selon Tabachnik et Fidell (1996), les buts d'une analyse factorielle peuvent être (1) de réduire le nombre de variables présentes dans un instrument ou dans une théorie, (2) de décrire précisément (et peut-être comprendre) les relations entre les différentes variables ou encore (3) de tester une théorie.

3.4.3.2 Limitations.

Il existe de nombreuses limitations à l'utilisation d'une analyse factorielle. Il faut d'abord tenir compte de la taille de l'échantillon et des données manquantes. En effet, les coefficients de corrélation entre les variables tendent à être moins fidèles lorsque l'échantillon est petit. Toutefois, la taille de l'échantillon peut dépendre largement de la force des corrélations et du nombre de facteurs : si les corrélations tendent à être fortes et qu'il n'y a que quelques facteurs distincts, un échantillon plus petit est adéquat (Tabachnik et Fidell, 1996). Selon Comrey et Lee (1992), un échantillon de 50 sujets est très faible ; un de 100 sujets est faible ; 200 sujets est convenable ; un échantillon de 300 sujets est bon ; 500 sujets est très bon et un échantillon de 1000 sujets est excellent. Toujours selon Comrey et Lee (1992), il est souhaitable d'avoir au moins 300 sujets pour effectuer une analyse factorielle. Cependant, il n'est pas nécessaire que l'échantillon soit grand si la solution a plusieurs variables marqueuses, c'est-à-dire des variables qui ont des poids relatifs ou des pondérations factorielles (factor

loadings) supérieurs à 0,80. Ainsi, pour ce genre de solutions, 150 sujets est un nombre acceptable.

Une autre limitation à l'utilisation de l'analyse factorielle se situe au niveau de la normalité des données. La normalité des variables est évaluée par la kurtose et la voussure. Si l'analyse factorielle est utilisée dans le but de résumer les relations entre les variables, il n'est pas aussi important d'assumer la normalité des données. La solution sera meilleure si les données sont normalement distribuées alors qu'elle sera moins bonne, mais pas inutile si elles ne le sont pas (Tabachnik et Fidell, 1996). Quant à la normalité multivariée, elle doit être assumée lorsque l'inférence statistique est utilisée pour déterminer le nombre de facteurs. La normalité multivariée implique que toutes les variables et que toutes les combinaisons linéaires des variables sont normalement distribuées. L'analyse est moins bonne lorsqu'il est impossible d'assumer la linéarité des relations puisqu'une corrélation mesure une relation linéaire et non les relations non-linéaires. La linéarité entre les paires de variables peut être évaluée à l'aide de l'inspection de quelques diagrammes de dispersion.

La présence de multicollinéarité ou de singularité pose aussi des problèmes à l'utilisation d'analyses factorielles. Il est possible de vérifier leur présence par l'examen des corrélations bivariées, du déterminant de la matrice des corrélations (R) et des valeurs propres (eigenvalues) associées aux facteurs lors d'une analyse en composantes principales. En effet, si certaines de ces valeurs approchent zéro, cela indique la présence probable de multicollinéarité ou de singularité.

La factorisation de la matrice des corrélations est aussi un facteur important à considérer. En effet, une matrice qui peut être factorisée contient de nombreuses corrélations appréciables. L'importance des corrélations doit dépendre en partie de la grandeur de l'échantillon : les plus grands échantillons ont tendance à produire de plus petites corrélations. L'utilisation d'analyses factorielles doit toutefois être reconsidérée s'il n'y a aucune corrélation supérieure à 0,30 parce qu'il n'y a alors probablement aucun facteur à analyser. La présence d'importantes corrélations bivariées ne constitue pas une preuve irréfutable de la présence de facteurs. Il est possible que les corrélations existent seulement entre différentes paires de

variables et qu'elles ne reflètent pas un processus sous-jacent qui affecte de nombreuses variables. Pour cette raison, il peut être utile d'examiner la matrice des corrélations partielles dans laquelle les corrélations pairées (pairwise) sont ajustées pour contrôler l'effet des autres variables. S'il y a effectivement présence de facteurs, les fortes corrélations bivariées deviendront alors de très faibles corrélations partielles. La mesure de la suffisance de l'échantillon de Kaiser (Kaiser's measure of sampling adequacy) (1974) est constituée du ratio de la somme des corrélations au carré sur la somme des corrélations au carré plus la somme des corrélations partielles au carré. La valeur de cette mesure approche 1,00 si les corrélations partielles sont petites. Il faut que les valeurs de cette mesure soient égales ou supérieures à 0,60 afin d'avoir de bonnes analyses factorielles.

3.4.3.3 Extraction des facteurs.

Il est possible d'entreprendre l'analyse factorielle à la suite de la vérification des limitations décrites ci-dessus. La première étape consiste en l'extraction des facteurs à partir de la matrice des corrélations. Cette première opération fournit la matrice des pondérations factorielles (factor loadings), c'est-à-dire une matrice de corrélations entre les facteurs et les variables. Chaque facteur est interprété à partir des variables qui lui sont hautement corrélées et qui ont une grande pondération factorielle. Un facteur est plus facile à interpréter si seulement quelques variables y sont hautement corrélées et que les autres ne le sont pas.

Il est toutefois difficile d'interpréter les facteurs tels qu'ils sont à la suite de l'extraction des facteurs. La rotation des facteurs est une méthode utilisée afin d'en faciliter l'interprétation. Il faut alors choisir entre une rotation orthogonale et une rotation oblique. La rotation orthogonale dans laquelle les facteurs sont indépendants les uns des autres facilite la description, l'interprétation et la communication des résultats, mais elle présente l'inconvénient de contraindre la réalité puisque les facteurs ne sont pas corrélés, ce qui apparaît hautement improbable. La rotation oblique, quant à elle, présente l'avantage de pouvoir mieux représenter la réalité parce qu'elle tient compte des corrélations entre les facteurs, mais ses résultats sont plus difficiles à décrire, à rapporter et à interpréter.

3.4.3.4 Rotation orthogonale.

La rotation orthogonale des facteurs sert à maximiser les plus fortes corrélations, à minimiser les plus faibles et à maximiser la variance des pondérations factorielles. Après la rotation orthogonale, il est possible d'analyser d'autres résultats. Il est entre autres possible d'analyser la communalité, c'est-à-dire la variance expliquée par les facteurs. La communalité est égale à la somme des pondérations au carré (sum of squared loadings; SSL) d'une variable sur tous les facteurs. La proportion de variance expliquée par un facteur lorsque la rotation est orthogonale est la somme des pondérations au carré des variables du facteur divisée par le nombre de variables. La proportion de variance expliquée par un facteur dans la solution ou la covariance est la SSL des variables du facteur divisée par la somme des communalités. Il est aussi alors possible d'analyser la matrice des corrélations résiduelles. Cette matrice consiste en la différence entre la matrice des corrélations observées à partir des variables et la matrice des corrélations reproduites, c'est-à-dire une matrice de corrélations entre les variables produite à partir des pondérations factorielles. Une bonne analyse factorielle produira une petite matrice des corrélations résiduelles, indiquant ainsi un bon accord (fit) entre les matrices des corrélations observées et reproduites.

3.4.3.5 Rotation oblique.

Lors de l'utilisation de la rotation oblique, la matrice des pondérations factorielles devient la matrice de pattern (pattern matrix). Lorsque les valeurs de la matrice de pattern sont mises au carré, elles représentent la contribution unique de chaque facteur à la variance de chaque variable sans inclure la variance qui provient du chevauchement entre les facteurs. La matrice des corrélations entre les facteurs et la matrice de structure sont alors aussi produites. La matrice de structure représente les corrélations entre les facteurs et les variables. Ces corrélations comprennent la relation unique entre chaque variable et les facteurs (la matrice de pattern) plus la relation entre les différentes variables et la variance due au chevauchement entre les facteurs. La matrice de structure est un produit de la matrice de pattern et de la matrice des corrélations entre les facteurs.

Le choix entre une rotation orthogonale ou oblique doit être fait à la suite de l'extraction des facteurs. Dans la plupart des situations, la rotation oblique semble être plus appropriée que la rotation orthogonale parce que, dans la réalité, les facteurs sont fort probablement corrélés plutôt qu'indépendants les uns des autres. Toutefois, les résultats de la rotation oblique doivent être présentés à l'aide de la matrice de structure et de la matrice des corrélations entre les facteurs alors que la rotation orthogonale ne nécessite que la matrice des pondérations factorielles. Il est donc beaucoup plus facile de rapporter les résultats à l'aide d'une rotation orthogonale. Il peut être utile et nécessaire d'analyser la matrice des corrélations entre les facteurs afin de décider quelle rotation est la plus appropriée. S'il y a des corrélations de plus de 0,32 entre les facteurs, cela signifie qu'il y a un chevauchement de 10 % ou plus de variance entre les facteurs et qu'il est alors nécessaire d'utiliser une rotation oblique. L'analyse des diagrammes de dispersions des variables sur les facteurs constitue aussi un indicateur de la rotation à utiliser.

3.4.3.6 Nombre de facteurs.

L'inclusion de plusieurs facteurs dans la solution permet un meilleur accord entre la matrice des corrélations observées et la matrice des corrélations reproduites. De plus, la présence de plusieurs facteurs permet d'expliquer un plus grand pourcentage de la variance présente dans les données. Toutefois, plus les facteurs sont nombreux dans la solution, moins cette dernière est précise. La sélection adéquate du nombre de facteurs est donc primordiale lors d'une analyse factorielle. Il est possible d'estimer le nombre de facteurs présents par l'analyse du diagramme des éboulements (scree plot) des valeurs propres (eigenvalues) sur les facteurs. Normalement, le diagramme des éboulements décroît, c'est-à-dire que la valeur propre pour le premier facteur est la plus élevée, mais cette valeur baisse pour les quelques facteurs suivants puis elle atteint de petites valeurs pour les derniers facteurs. Le nombre de facteurs est déterminé par le point dans le diagramme où l'inclinaison de la ligne descendante change brusquement de direction, c'est le point de chute. Cette méthode pour déterminer le nombre de facteurs n'est toutefois pas exacte car elle implique un jugement à propos de l'endroit du point de chute dans le diagramme et les différents juges ne sont alors pas complètement fidèles. Une autre méthode utilisée pour déterminer le nombre de facteurs

consiste à faire quelques analyses factorielles en spécifiant à chaque fois un nombre différent de facteurs et en analysant la matrice des corrélations résiduelles.

3.4.3.7 Interprétation des facteurs.

L'importance d'un facteur est estimée par la proportion de variance ou de covariance expliquée par celui-ci à la suite de la rotation. La proportion de variance attribuable à un facteur n'est pas la même avant et après la rotation car celle-ci tend à redistribuer la variance parmi les facteurs. Après une rotation orthogonale, l'importance d'un facteur est reliée à la somme de ses pondérations au carré (SSL). La variance expliquée par ce facteur est égale à la somme des pondérations au carré des variables sur ce facteur SSL divisée par le nombre de variables. La covariance expliquée par un facteur est égale à la somme des pondérations au carré des variables sur ce facteur divisée par la somme totale des pondérations au carré. Lorsqu'une rotation oblique est utilisée, il est possible d'obtenir des indications des proportions de variance et de covariance expliquées par les différents facteurs en utilisant les mêmes méthodes décrites ci-haut avant d'effectuer la rotation, mais elles ne constituent que des estimations approximatives des proportions réelles obtenues après la rotation. En effet, il est difficile d'identifier la variance propre à chaque facteur dans une rotation oblique puisque les différents facteurs sont corrélés et partagent donc une portion de la variance.

L'interprétation d'un facteur nécessite la compréhension de la dimension sous-jacente qui unifie le groupe de variables qui ont une forte pondération sur ce facteur. À la suite d'une rotation orthogonale, les différentes variables de la matrice des pondérations factorielles sont rassemblées en sous-groupes, en facteurs, et il faut trouver un concept qui unifie toutes ses variables. Plus une variable a un poids important sur un facteur, plus elle représente une mesure pure de ce facteur. Par convention, les variables comprises dans un facteur doivent au moins avoir une pondération factorielle égale ou supérieure à 0,32. Selon Comrey et Lee (1992), des pondérations supérieures à 0,71 sont considérées comme excellentes, des pondérations supérieures à 0,63 sont jugées comme très bonnes, 0,55 sont bonnes; 0,45 convenables et des pondérations se situant entre 0,32 et 0,45 sont faibles. À la suite d'une rotation oblique, le processus est le même, mais il est effectué à partir de la matrice de pattern.

Toutefois, les valeurs dans la matrice de pattern ne représentent pas les corrélations entre les variables et les facteurs comme dans la matrice des pondérations factorielles, mais elles représentent plutôt la relation unique entre chaque variable et chaque facteur. Quant aux corrélations entre les variables et les facteurs, représentées dans la matrice de structure, elles sont trop importantes à cause de la présence de chevauchement entre les facteurs. Il est ainsi possible qu'une variable corrèle avec un facteur par sa corrélation avec un autre facteur et que cette corrélation ne soit pas directe.

4. Résultats

4.1 Entente interjuges.

4.1.1 Condition dossier.

4.1.1.1 Paire de juges 1.

Les coefficients de kappa de la paire de juges 1 à la condition dossier pour les items des dimensions de la diffusion de l'identité (dimension 1), des mécanismes de défense primitifs (dimension 2) et du contact avec la réalité (dimension 3) varient entre 0,00 pour l'item 2.7 et 0,86 pour l'item 1.3. (Tableau 2.). La moyenne des kappas pour tous les items des dimensions 1, 2 et 3 est de 0,50 ce qui représente un coefficient de kappa modéré selon Landis et Koch (1977). Il a été impossible de calculer les coefficients de kappa des items 3.3 et 3.4 car les deux juges ont coté absence de l'item dans tous les cas. Les pourcentages d'accord pour tous les items varient entre 0,53 pour l'item 2.4 et 1,00 pour les items 3.3 et 3.4. La moyenne des pourcentages d'accord est de 0,82. Quant aux relations d'objet et au diagnostic structural, des coefficients de kappa pondéré de 0,73 et de 0,75 ont été obtenus, ce qui est considérable (Landis et Koch, 1977. Un kappa de 0,84, un kappa presque parfait, a été obtenu pour l'entente interjuges des dimensions 1 et 2. Finalement, le kappa de la dimension 3 est de 0, mais le pourcentage d'entente interjuges est de 0,94, ce qui est excellent.

4.1.1.2 Paire de juges 2.

Les coefficients de kappa pour les items des dimensions 1, 2 et 3 varient entre -0,15 (item 2.2) et 1,00 (item 1.2) et la moyenne des coefficients de kappa pour tous les items est de 0,43, ce qui est modéré. Les pourcentages d'accord pour les items de ces trois dimensions varient entre 0,60 (item 2.4) et 1,00 (items 1.2, 3.1 et 3.4) et la moyenne est de 0,84. Il a été impossible de calculer les kappas pour les items 3.1 et 3.4. Des coefficients de kappa de 0,00 ont été obtenus pour les items 3.2 et 3.3 car toutes les cotes se sont retrouvées sur la même ligne ou la même colonne dans le calcul du coefficient de kappa, ce qui conduit

automatiquement à un kappa de zéro. Un coefficient de kappa pondéré de 0,44 a été obtenu pour les relations d'objets et un coefficient de kappa pondéré de 0,57 a été obtenu pour le diagnostic structural, ce qui représente respectivement des kappas raisonnable et modéré. Un coefficient de kappa de 0,71 a été obtenu pour les dimensions 1 et 2, ce qui est considérable. Finalement, il a été impossible de calculer le coefficient de kappa pour la dimension 3, mais le pourcentage d'entente interjuges est de 0,87.

4.1.1.3 Paire de juges 3.

En ce qui concerne la paire de juges 3, les coefficients de kappa des items des dimensions 1, 2 et 3 varient entre 0,56 (item 1.4) et 1,00 (items 2.5, 2.6 et 3.3) et la moyenne est de 0,78, ce qui représente un kappa considérable. Les pourcentages d'accord varient entre 0,80 (item 2.3) et 1,00 (items 2.5, 2.6 et 3.3) et la moyenne est de 0,93. Des kappas pondérés de 1,00, des kappas parfaits, ont été obtenus pour la qualité des relations d'objet, le diagnostic structural et des kappas de 1,00 ont été obtenus pour les dimensions 1 et 2. Le kappa de la dimension 3 a été impossible à calculer.

4.1.2 Condition vidéo.

4.1.2.1 Paire de juges 1.

Les coefficients de kappa pour la paire de juges 1 à la condition vidéo varient entre 0,00 (item 1.1 et 3.1) et 0,50 (item 2.6) (Tableau 3.). La moyenne des coefficients de kappa pour les dimensions 1,2 et 3 est de 0,28, ce qui constitue un kappa raisonnable. Il a été impossible de calculer les coefficients de kappa des items 2.7, 3.2, 3.3, 3.4 et de la dimension contact avec la réalité étant donné la distribution des cotations des deux juges. Les items 1.1 et 3.1 ont des coefficients de kappa de 0,00 alors que les kappas des items 1.2, 2.1, 2.4 et 2.5 de même que le kappa de la qualité des relations d'objet sont faibles, c'est-à-dire qu'ils se situent entre 0,00 et 0,20. Les kappas des items 1.3, 2.2, 2.3 de même que le diagnostic structural et les dimensions 1 et 2 sont raisonnables, c'est-à-dire qu'ils se situent entre 0,21 et 0,40 et, finalement, les kappas des items 1.4 et 2.6 sont modérés, ils se situent entre 0,41 et 0,60.

4.1.2.2 Paire de juges 2.

Les coefficients de kappa de la paire de juges 2 à la condition vidéo varient entre $-0,19$ (item 1.1) et $0,84$ (item 2.5). La moyenne des kappas pour les dimensions 1, 2 et 3 est de $0,30$, ce qui constitue un kappa raisonnable. L'item 1.1 a un kappa de $-0,19$, ce qui indique un accord moindre que ce qui est attendu par la chance (Tinsley et Weiss, 1975). Les kappas des items 2.2, 3.1, 3.2, 3.3 et le kappa de la dimension 3 sont égaux à zéro. Les kappas des items 1.2, 1.4, 2.3 et 2.6 se situent entre $0,21$ et $0,40$, ce qui est raisonnable. Les kappas des items 1.3, 2.1, 2.4, 2.5, de même que les kappas du diagnostic structural et ceux des dimensions 1 et 2 sont modérés, c'est-à-dire qu'ils se situent entre $0,40$ et $0,60$. Le kappa de l'item 2.7 est considérable et les kappas de l'item 2.5 et celui de la qualité des relations d'objet sont presque parfaits.

4.2 Équivalence.

Les moyennes des kappas des items 1.4 et 2.3 sont inférieures à zéro, c'est-à-dire que l'accord observé est moindre que celui qui serait attendu par la chance (Tableau 4.). Les moyennes des kappas des items 3.3 et 3.4 sont égaux à zéro. Les moyennes des kappas des items 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7 et 3.1 sont faibles, inférieures à $0,20$. Les kappas des items 1.3 et 3.2 sont raisonnables, entre $0,20$ et $0,40$ et finalement les moyennes des kappas des dimensions diffusion de l'identité, mécanismes de défense primitifs et contact avec la réalité de même que ceux du diagnostic structural et celui de la qualité des relations d'objets sont modérés, c'est-à-dire qu'ils se situent entre $0,41$ et $0,60$.

Les moyennes des coefficients de kappa des items des dimensions 1, 2 et 3 varient entre $-0,11$ (item 1.4) et $0,33$ (item 3.2). L'item 1.4 est celui dont la moyenne est la plus faible, soit $-0,11$, ce qui représente un kappa mauvais qui indique que l'entente observée est moindre que celle qui serait attendue par la chance. Les kappas de cet item varient entre $-0,30$ et $0,05$. Quant à l'item 3.2, celui dont la moyenne est la plus élevée, les kappas de cet item varient entre $-0,11$ et $0,81$. Les moyennes de pourcentages d'accord varient entre $0,52$ pour les items 1.4 et 2.3 et $0,94$ pour l'item 3.4.

La moyenne des coefficients de kappa en ce qui a trait à l'évaluation des relations d'objet est de 0,51, ce qui constitue un kappa modéré. Les kappas varient entre 0,30 ce qui est un kappa raisonnable et 0,81 ce qui représente un kappa presque parfait.

La moyenne des kappas du diagnostic structural est de 0,48 ce qui est un kappa modéré et les valeurs des coefficients de kappa varient entre 0,38 et 0,61. Quant aux kappas des dimensions 1 et 2, ils varient entre 0,38 et 0,67 et la moyenne est de 0,50. Finalement, la moyenne des kappas de la dimension 3 est 0,45 ce qui constitue un kappa modéré et ses valeurs varient entre 0 et 1.

4.3 Validité interne.

4.3.1 Limitations.

La première étape en vue d'effectuer l'analyse factorielle exploratoire était celle de l'étude des différents obstacles possibles à l'utilisation de celle-ci. Il a tout d'abord fallu regrouper les items 3.1 et 3.2 (item Reality 1.) et les items 3.3 et 3.4 (item Reality 2.) car tous variaient dans moins de 10 % des cas. Une fois ce regroupement effectué, l'item Reality 1. et l'item Reality 2. variaient pour 15% et 10% des sujets respectivement. Par ailleurs, les items 2.2, 2.4 et 2.6 ne variaient que dans 12%, 16% et 11% des cas respectivement. Malgré leur faible pourcentage de variance, ces items ont tous été conservés pour les analyses factorielles à cause de leur importance dans le modèle théorique de Kernberg (1995).

L'échantillon de sujets utilisé afin d'effectuer les analyses factorielles est composé de 130 sujets, ce qui constitue un échantillon faible selon Comrey et Lee (1992). Toutefois, l'analyse des corrélations entre les 16 variables du PODF révèle la présence de 10 corrélations significatives à 0,10, de 16 corrélations significatives à 0,05 et de 26 corrélations significatives à 0,01. De ces 26 corrélations, 21 sont supérieures à 0,30 (Tableau 5.). De plus, il était attendu que l'analyse factorielle exploratoire ne produirait que quelques facteurs distincts, c'est-à-dire des facteurs qui représenteraient chaque structure de personnalité. Deux éléments permettent

la poursuite de l'analyse factorielle malgré la petite taille de l'échantillon : la présence de fortes corrélations et celle de quelques facteurs distincts, permettent la poursuite de l'analyse factorielle.

La distribution des données a ensuite été étudiée. Étant donné que toutes les variables à l'exception de la qualité des relations d'objet et du diagnostic structural sont dichotomiques, c'est-à-dire qu'elles sont cotées selon qu'elles sont présentes ou non, il est impossible d'assumer la distribution normale des données. Cependant, il était théoriquement attendu que les données de la qualité des relations d'objet, du diagnostic structural ou de n'importe laquelle des variables du PODF ne se distribuent pas normalement. En effet, il était attendu qu'il y ait plus de sujets utilisant des relations d'objet de type borderline de haut niveau (2c) ou névrotique (3) que de sujets borderlines de moyen (2b) ou de bas niveau (2c) et de sujets psychotiques (1) dans l'échantillon de sujets. De plus, il était attendu que les variables les plus régressées ne varient que très peu. En outre, ces analyses factorielles avaient pour objectif de résumer les relations entre les variables puisque la structure factorielle du PODF n'a jamais été étudié. Dans ces conditions, il n'est donc plus aussi important d'assumer la normalité des données (Tabachnik et Fidell, 1996). L'analyse de la distribution des données a été effectuée à l'aide de la voussure et de la kurtose de chaque variable. La voussure concerne la symétrie de la distribution des données. Elle indique la position centrale de la moyenne dans la distribution des données. La kurtose quant à elle, concerne la hauteur de la distribution, elle révèle si une variable a une distribution de données trop haute avec de longues et minces queues, ou trop basse avec de grosses et épaisses queues. Lorsqu'une variable a une distribution normale, les valeurs de la voussure et de la kurtose sont de zéro. Dans le cas d'une voussure positive, cela indique qu'il y a plus de données à la gauche de la distribution et que la queue de droite est trop longue. Si la voussure est négative, il y a plus de données à la droite de la distribution et la queue de gauche est trop longue. Une kurtose positive indique que la distribution des données est trop haute avec de longues queues et une kurtose négative indique que la distribution est trop basse et qu'il y a trop de données dans les queues. Une kurtose anormale, qui n'est pas de zéro, produit une sous-estimation de la variance d'une variable. Les valeurs de kurtose et de voussure les plus élevées sont celles des items 2.2, 2.7, Reality 1. et Reality 2 et les valeurs des voussures sont positives pour certaines variables et négatives pour d'autres.

Ces résultats suggèrent que les corrélations entre les variables ont été diminuées, que la variance a été sous-estimée et que la valeur de l'analyse factorielle est donc moindre que si les valeurs étaient normalement distribuées. Toutefois, puisque l'analyse factorielle avait pour but de résumer les relations entre les variables, aucune transformation de données n'a été effectuée.

Par ailleurs, les distributions de chaque paire de variables permettent l'étude de la linéarité des relations. Or, il existe 91 distributions de paires de variables pour les 14 variables du PODF. La distribution de la variable avec la valeur de voussure la plus basse (item 1.2) et de la variable avec la valeur de voussure la plus élevée (item Reality 2.) a été étudiée puisqu'elle doit sûrement être parmi les pires et cette distribution ne suggérerait pas la présence d'une relation non-linéaire. La linéarité des relations est donc assumée.

La matrice des corrélations entre les variables (Tableau 5.) ne révélait la présence d'aucune corrélation trop élevée, entre 0,90 et 1,00, indice de l'absence de multicollinéarité et de singularité. De plus, la valeur propre la plus faible dans l'analyse en composantes principales est de 0,1998 et suggérerait elle aussi l'absence de multicollinéarité et de singularité.

La présence de plusieurs fortes corrélations dans la matrice des corrélations révèle qu'il est possible de la factoriser. De plus, l'analyse de la matrice des corrélations partielles (Tableau 7.) indique que les fortes corrélations de la matrice des corrélations deviennent plus faibles, ce qui suggère la présence de facteurs. Finalement, la valeur de la mesure de l'échantillon de Kaiser (MSA) s'élève à 0,707, ce qui est un indice de la présence de quelques facteurs parmi les variables.

4.3.2 Analyse factorielle exploratoire à trois facteurs.

L'analyse du diagramme des éboulements (Tableau 8.) suggère la présence de trois facteurs puisque le point de chute se situe après le troisième facteur. Une première analyse factorielle exploratoire en spécifiant trois facteurs a donc été effectuée à l'aide de la procédure «factor» de SAS.

La matrice des pondérations factorielles et celle des corrélations résiduelles ont été obtenues à la suite de l'extraction des facteurs (Tableau 9. et Tableau 10.). Alors qu'il est impossible d'interpréter la matrice des pondérations factorielles avant d'effectuer une rotation, les valeurs à l'extérieur de la diagonale dans la matrice des corrélations résiduelles varient entre $-0,156$ (item 2.5 vs Reality2.) et $0,095$ (item 2.5 vs item 2.7). Cette matrice compte 23 corrélations modérées, à savoir des corrélations supérieures à $0,05$ en valeur absolue, la présence de ces nombreuses corrélations laisse présager la présence d'autres facteurs.

Après l'extraction des facteurs, l'analyse de la matrice des corrélations entre les facteurs (Tableau 11.) révèle que la corrélation entre le facteur 1 et le facteur 3 est de $0,406$ ce qui indique qu'il est plus approprié d'effectuer une rotation oblique qu'une rotation orthogonale.

La matrice de structure obtenue après la rotation oblique rapporte les corrélations entre les facteurs et les différentes variables, la matrice des pondérations factorielles devient la matrice de pattern (Tableau 12.). Seules les pondérations factorielles supérieures à $0,32$ ont été rapportées et les autres ont simplement été remplacées par un tiret parce qu'elles ne contribuent pas de façon significative au facteur. L'analyse de la matrice de pattern indique que les items Reality 1. (voir le formulaire du PODF, Annexe C), Tableau, Reality 2., 2.2, Relation et 1.4 appartiennent au premier facteur alors que les items 2.1, 1.2, 1.3, 2.3 et 1.1 appartiennent au deuxième facteur et, finalement, que les items 1.4 et 2.4 tiennent du troisième facteur. Quant aux items 2.5, 2.7 et 2.6, ils ne sont reliés à aucun facteur puisque leur pondération factorielle est inférieure à $0,32$ pour tous les facteurs. La variable 1.4 est une variable complexe puisqu'elle appartient à la fois au premier et au troisième facteur.

Le premier facteur a une contribution unique de $0,692$ ($0,832^2$) à la variance de l'item Reality 1., de $0,561$ à la variance de Reality 2., de $0,156$ à la variance de l'item 2.2, de $0,487$ à la variance de l'item Relation et de $0,111$ à la variance de l'item 1.4. Le second facteur a une contribution unique de $0,452$ à la variance de l'item 2.1, de $0,339$ à la variance de l'item 1.2, de $0,318$ à la variance de l'item 2.3 et de $0,153$ à la variance de l'item 1.1. Quant au troisième

facteur, il a une contribution unique de 0,308 à la variance de l'item 1.4 et de 0,25 à la variance de l'item 1.4.

Il est impossible de calculer la variance et la covariance propre à chaque facteur à la suite d'une rotation oblique car ceux-ci se chevauchent et partagent une portion de variance. Toutefois, la matrice des pondérations factorielles (Tableau 9.) nous permet d'obtenir un estimé grossier de la variance et de la covariance de chaque facteur. Ainsi, le premier facteur explique approximativement 22 % de la variance, le second en explique approximativement 9,5 % et le troisième facteur en explique quant à lui approximativement 3,9 %. Ainsi, le premier facteur explique 62,1 % de la covariance dans la solution, le second 26,8 % et le troisième 11,1 %.

Les corrélations multiples au carré des scores factoriels prédits à partir des scores réels des variables (squared multiple correlations of factor scores predicted from scores on observed variables; SMC) sont de 0,841 pour le premier facteur, de 0,763 pour le second et de 0,613 pour le troisième. Les valeurs de cet indice signifient que les deux premiers facteurs produits par cette solution sont bien définis par les variables et ont une bonne cohérence interne, c'est-à-dire que les axes des facteurs sont bien situés dans l'espace et que les facteurs sont stables. Quant au troisième facteur, il est moins bien circonscrit par les variables et a une moins bonne cohérence interne, mais cela est suffisant. Les variables ne sont cependant pas bien définies par cette solution puisque seulement deux d'entre elles ont des pondérations factorielles excellentes (Tableau 12.) et que trois variables n'appartiennent à aucun des trois facteurs. De plus, il y a de nombreuses corrélations résiduelles modérées, certaines sont même élevées, et la contribution unique de chaque facteur à la variance de chaque variable a tendance à être faible.

Malgré le fait que la matrice des corrélations résiduelles suggère la présence d'autres facteurs, une seconde analyse factorielle exploratoire a été effectuée après la première car le troisième facteur n'est pas clairement défini et il ne contient que deux variables dont l'une d'elles est complexe, c'est-à-dire qu'elle appartient à plus d'un facteur. De plus, le troisième facteur n'explique qu'une faible portion de la variance dans les données et aussi une très faible

partie de la covariance dans la solution. Une seconde analyse factorielle exploratoire a donc été effectuée, mais en spécifiant seulement deux facteurs.

4.3.3 Analyse factorielle exploratoire forcée à deux facteurs.

L'extraction des facteurs a produit la matrice des pondérations factorielles et la matrice des corrélations résiduelles (Tableau 13. et Tableau 14.). Alors qu'il est impossible d'interpréter la matrice des pondérations factorielles avant d'effectuer une rotation, les valeurs à l'extérieur de la diagonale dans la matrice des corrélations résiduelles varient entre $-0,188$ (Reality 1. vs item 2.4) et $0,178$ (item 2.4 vs item 1.4). Cette matrice compte 29 corrélations modérées, à savoir des corrélations supérieures à 0,05 en valeur absolue, la présence de ces nombreuses corrélations révèle la présence d'autres facteurs, mais cela était attendu puisque la matrice des corrélations résiduelles de la solution à trois facteurs suggérait déjà la présence d'autres facteurs.

Après l'extraction des facteurs, l'analyse de la matrice des corrélations entre les facteurs (Tableau 15.) révèle que la corrélation entre le facteur 1 et le facteur 2 est de 0,349, suggérant qu'il est plus approprié d'effectuer une rotation oblique.

La matrice de structure obtenue après la rotation oblique rapporte les corrélations entre les facteurs et les différentes variables, la matrice des pondérations factorielles devient la matrice de pattern (Tableau 16.). Seules les pondérations factorielles supérieures à 0,32 ont été rapportées et les autres, parce qu'elles ne contribuent pas de façon significative au facteur, ont simplement été remplacées par un tiret. L'analyse de la matrice de pattern indique que les items Reality 2., Reality 1., 1.4, 2.2 et Relation appartiennent au premier facteur alors que les items 2.1, 1.3, 1.2, 2.3, 1.1, 2.4 et 2.7 appartiennent au deuxième facteur. En ce qui concerne les items 2.5 et 2.6, ils n'appartiennent à aucun facteur puisque leur pondération factorielle est inférieure à 0,32 pour les deux facteurs. Cette solution ne contient aucune variable complexe.

Le premier facteur a une contribution unique de $0,562$ ($0,750^2$) à la variance de l'item Reality 2., de 0,468 à la variance de Reality 1., de 0,383 à la variance de l'item 1.4, de 0,189 à

la variance de l'item 2.2 et de 0,557 à la variance de l'item Relation. Le second facteur a une contribution unique de 0,465 à la variance de l'item 2.1, de 0,368 à la variance de l'item 1.3, de 0,345 à la variance de l'item 1.2, de 0,341 à la variance de l'item 2.3, de 0,164 à la variance de l'item 1.1, de 0,112 à la variance de l'item 2.4 et finalement de 0,103 à la variance de l'item 2.7.

Il est impossible de calculer la variance et la covariance propres à chacun des facteurs à la suite d'une rotation oblique car ceux-ci se chevauchent et partagent une portion de la variance. La matrice des pondérations factorielles (Tableau 13.) nous permet d'obtenir un estimé grossier de la variance et de la covariance de chaque facteur. Les deux facteurs expliquent approximativement 22,1 % et 10,4 % de la variance respectivement. De plus, ils comptent pour 68 % et 32 % de la covariance dans la solution respectivement.

Les corrélations multiples au carré des scores factoriels prédits à partir des scores réels des variables (squared multiple correlations of factor scores predicted from scores on observed variables; SMC) sont de 0,849 pour le premier facteur et de 0,776 pour le second. Les valeurs de cet indice signifient que les deux facteurs produits par cette solution sont bien définis par les variables et ont une bonne cohérence interne, c'est-à-dire que les axes des facteurs sont bien situés dans l'espace et que les facteurs sont stables. Malgré le fait que les facteurs soient bien définis par les variables, ces dernières ne sont pas bien définies par cette solution. En effet, seulement une variable a une pondération factorielle excellente (Tableau 16.) et deux variables n'appartiennent à aucun facteur. De plus, il y a de nombreuses corrélations résiduelles modérées et certaines sont même élevées. Finalement, la contribution unique de chaque facteur à la variance de chaque variable a tendance à être faible.

5. Discussion

5.1 Entente interjuges.

À la condition dossier, les moyennes des kappas de tous les items des dimensions 1, 2 et 3 des paires de juges 1 et 2 sont presque identiques, c'est-à-dire 0,49 et 0,43 respectivement. Il existe cependant des écarts entre les kappas de la qualité des relations d'objet et du diagnostic structural. La paire de juges 1 a un kappa pondéré de 0,75 pour la qualité des relations d'objets et un kappa pondéré de 0,81 pour le diagnostic structural alors que la paire de juges 2 a un kappa pondéré de 0,44 pour la qualité des relations d'objet et un kappa pondéré de 0,57 pour le diagnostic structural. En ce qui concerne les moyennes des kappas de tous les items à la condition vidéo, ils sont aussi très similaires, soit 0,24 pour la paire de juges 1 et 0,30 pour la paire de juges 2, mais il existe encore des écarts pour les kappas de la qualité des relations d'objet, pour ceux du diagnostic structural et pour ceux des dimensions 1 et 2. Ces écarts sont inversés à la condition vidéo alors que les kappas de la paire de juges 2 sont supérieurs à ceux de la paire de juges 1.

Il est possible d'expliquer ces écarts par les différences qui existent entre les deux groupes de sujets dans leurs diagnostics sur l'axe II du DSM-IV (APA, 1994) et dans leurs histoires de psychoses antérieures. Les diagnostics des sujets du premier groupe sont en effet plus lourds que ceux du deuxième groupe. Trois sujets du premier groupe avaient reçu un diagnostic de trouble de personnalité appartenant au Cluster A et 4 autres avaient une histoire de psychoses antérieures alors qu'un seul du second groupe avait reçu un diagnostic de trouble de personnalité du Cluster A et aucun n'avait une histoire de psychoses antérieures. Le premier groupe de sujets est donc plus «lourd» que le second et les paires de juges sont parvenues à une meilleure entente lorsqu'ils jugeaient le groupe de sujets le plus «lourd». Ceci suggère que le PODF permet la distinction entre la structure de personnalité psychotique et les structures de personnalité borderline et névrotique alors que la distinction entre les structures de personnalité borderline et névrotique semble plus difficile. De plus, les kappas des items de la dimension contact avec la réalité et le kappa de cette dimension viennent appuyer le fait que le PODF permet une bonne distinction entre la structure psychotique et les structures

borderline et névrotique. En effet, il a été impossible de calculer de nombreux kappas car tous les juges étaient en accord sur l'évaluation de l'item en question. De plus, de nombreux kappas sont de zéro du fait que toutes les cotes se sont retrouvées sur la même ligne ou dans la même colonne du calcul. D'ailleurs, les pourcentages d'entente sont très bons dans tous les cas où le kappa est de zéro. Il semble donc plus difficile de s'entendre sur les diagnostics de plus haut niveaux, c'est-à-dire entre les structures borderline et névrotique, que sur ceux de bas niveaux, entre les structures psychotique et borderline. L'ajout d'items névrotiques dans la dimension mécanismes de défense comme par exemple l'intellectualisation, l'isolation, la somatisation, la dénégation, le refoulement etc. permettrait sans aucun doute un meilleur diagnostic différentiel entre la structure de personnalité borderline et la structure de personnalité névrotique. De plus, l'ajout d'items permettant d'identifier une bonne intégration du Moi faciliterait aussi une distinction plus nette entre les structures de personnalité borderline et névrotique. Pour ce faire, il pourrait être utile de fournir les descriptions des autres significatifs, des parents et de soi dans le matériel de cotation du PODF. Il serait à ce moment sûrement intéressant de se pencher sur les travaux de Blatt (1974, 1990) concernant la qualité des relations objectales et l'intégration de l'identité des structures borderline et névrotique. Il pourrait être aussi utile de se pencher sur les valeurs, les rôles sociaux tels que définis par Erikson (1956).

Par ailleurs, à la condition dossier, les écarts entre la paire de juges 3 et les paires de juges 1 et 2 semblent importants. En effet, la moyenne des kappas sur les items des dimensions 1, 2 et 3 est de 0,78 pour la paire de juges 3, ce qui est beaucoup plus élevé que la moyenne pour les deux autres paires de juges. De plus, les kappas de la qualité des relations d'objet et du diagnostic structural sont de 1,00, ce qui est supérieur à la paire de juges 2, mais semblable à la paire de juges 1. Ces écarts peuvent sans doute être partiellement expliqués par la différence de taille des échantillons, à savoir 30 sujets pour la paire de juges 3 comparativement à 15 sujets pour les paires de juges 1 et 2. De plus, l'évaluation de l'entente interjuges entre la paire de juges 3 a été faite très peu de temps après la formation alors que les ententes des paires de juges 1 et 2 ont été faites quelques mois après la formation. Toujours à la condition dossier, les kappas les plus faibles pour les paires de juges 1 et 2 à la condition dossier ont été obtenus sur les items 1.4, 2.2, 2.4 et 2.6. L'item 2.2 représente l'idéalisation

primitive tandis que l'item 2.6 représente la dévalorisation. Ces deux variables sont intimement liées l'une à l'autre puisque, selon Kernberg (1995), la présence d'idéalisation primitive d'un objet sert souvent à protéger un sujet de la dévalorisation d'un autre objet. La faiblesse des kappas de ces items peut sans doute s'expliquer par le fait que le PODF ne permet pas de faire la distinction entre l'idéalisation primitive et l'idéalisation de type névrotique ou l'identification. En effet, le PODF ne contient pas d'item névrotique qui, semble-t-il, pourrait être fort utile dans la distinction entre certains mécanismes de défense primitifs et d'autres, plus évolués. D'ailleurs, l'item 2.4 représente le mécanisme de défense du déni, il peut être parfois difficile de distinguer en seulement quelques récits le déni du refoulement. L'ajout de mécanismes de défense plus évolués ou de type névrotique dans le PODF permettrait sans doute une meilleure distinction entre les différents mécanismes de défense. Finalement, l'item 1.4 représente la perception appauvrie des autres. Il est possible d'expliquer le kappa plus faible obtenu à cet item par le fait qu'il semble difficile d'évaluer la présence ou l'absence de cette variable par le biais de quelques récits, car il se peut que le sujet ne parle que très peu des autres dans ses récits ou ne reste que très vague dans la description qu'il en fait, rendant alors l'évaluation de cette variable très difficile. Afin de pallier cette difficulté, l'ajout de la description des parents et des autres significatifs permettrait sans doute une meilleure évaluation de cette variable.

Par ailleurs, les kappas obtenus à la condition vidéo sont beaucoup moins bons que ceux obtenus à la condition dossier. L'explication de cette diminution des ententes interjuges peut tenir au fait que les entrevues d'accueil sont des entrevues non-structurées qui ont toutes été faites par des étudiants à la maîtrise avec très peu d'expérience clinique. Il est même arrivé, en certaines occasions, que l'étudiant ne pose aucune question au sujet. Il apparaît donc que certaines questions devraient être posées de façon systématique au cours de ces entrevues afin de mieux faire ressortir la structure de personnalité des sujets. D'autre part, il apparaît plus ardu de reconnaître les différents mécanismes de défense et les différentes manifestations de la diffusion de l'identité au cours d'une entrevue non-structurée. Dans ce cas, la création d'un aide-mémoire ou d'un barème de cotation serait utile.

Les résultats de l'entente interjuges indiquent donc qu'il est possible de s'entendre sur le diagnostic structural, la qualité des relations d'objet et les trois autres dimensions de la théorie de Kernberg (1995) comme ils sont opérationnalisés dans le PODF. Ces résultats suggèrent aussi qu'il est possible d'en venir à une entente sur les différentes variables du modèle de Kernberg (1995), mais qu'il faudrait toutefois ajouter des items permettant de mieux différencier les structures névrotique et borderline. La structure névrotique est actuellement une structure par défaut, elle n'est cotée que s'il y a absence de toutes les dimensions, cela semble diminuer l'entente interjuges.

5.2 Équivalence.

Les kappas moyens de l'équivalence entre la paire de juges 1 et la paire de juges 2 pour les dimensions 1 et 2 sont négatifs ou faibles. Deux kappas moyens des items de la dimension 3 sont nuls, un est faible et le dernier est raisonnable. Finalement, les kappas moyens des dimensions 1 et 2, celui de la qualité des relations d'objet et celui du diagnostic structural sont modérés alors que celui de la dimension 3 est raisonnable. Tout comme pour les conditions dossier et vidéo, les kappas moyens des items de la dimension 3 de même que le kappa moyen de la dimension 3 ne semblent pas représentatifs de la réalité. En effet, les moyennes des pourcentages d'entente de cette dimension sont excellentes et il semble donc que les kappas soient diminués par les forts pourcentages d'entente interjuges, tous les juges étaient en accord concernant la présence ou l'absence d'une variable ou pour laquelle toutes les cotes se sont retrouvées sur la même ligne ou la même colonne dans le calcul du kappa. La moyenne des kappas de la dimension contact avec la réalité a, elle aussi, été affaiblie par ce phénomène comme en témoigne l'excellente moyenne des pourcentages d'entente interjuges. Ceci indique ici aussi que le PODF permet de distinguer la structure psychotique des structures borderline et névrotique. Tout comme les résultats de la condition vidéo, les kappas des items des dimensions 1 et 2 sont dus au manque de rigueur dans les entrevues non-structurées. Cependant, il est aussi possible que ces résultats soient dus au fait que les sujets n'utilisent pas toujours les mêmes mécanismes de défense ou que les manifestations de la diffusion de l'identité ne soient pas toujours les mêmes. En effet, les sujets font appel à de nombreux mécanismes de défense et il se peut que ceux qui sont mis de l'avant au cours d'une entrevue

non-structurée ne soient pas les mêmes que ceux qui sont mis de l'avant au cours d'une évaluation. Cela peut aussi expliquer le fait que la qualité des relations d'objet soit la variable qui apparaisse comme la plus stable. En effet, la qualité des relations d'objet ne varie pas comme les mécanismes de défense ou les manifestations de la diffusion de l'identité. De plus, les moyennes des kappas du diagnostic structural et des dimensions 1 et 2 sont modérées, ce qui est supérieur aux moyennes de tous les items. Ceci suggère que les juges parviennent à s'entendre sur la présence ou l'absence d'une dimension et que le diagnostic structural peut être constant malgré le faible accord sur les différentes variables. Ainsi, cela supporte l'hypothèse selon laquelle les sujets n'utilisent pas toujours les mêmes mécanismes de défense ou que la diffusion de l'identité ne se manifeste pas toujours de la même façon, mais que la qualité des relations d'objet et que les dimensions restent toujours présentes ou absentes selon la structure de personnalité.

5.3 Validité interne.

5.3.1 Analyse factorielle exploratoire à trois facteurs.

Le premier facteur regroupe les items Reality 1., Reality 2., 2.2, Relation et 1.4. L'item Reality 1. représente deux variables de la dimension contact avec la réalité, soit d'une part le manque de différenciation entre soi et autrui et d'autre part le manque de différenciation entre le contenu intra-psychique et les perceptions et stimuli externes. L'item Reality 2. représente aussi deux variables de la dimension contact avec la réalité, l'un étant l'incapacité à évaluer ses propres émotions, conduites et pensées de façon réaliste en fonction des normes sociales courantes et l'autre, la présence d'émotions, de pensées ou de conduites franchement inappropriées ou bizarres. L'item 2.2 représente le mécanisme de défense de l'idéalisation primitive, l'item Relation représente la qualité des relations d'objet et l'item 1.4 représente la variable perception appauvrie des autres de la dimension diffusion de l'identité. Cette dernière variable est toutefois complexe, en effet elle appartient à plus d'un facteur, ce qui rend son interprétation plus difficile. Ce facteur est celui qui explique la plus grande proportion de variance dans les données et de covariance dans la solution. Les items Reality 1., Reality 2. ont tous deux des pondérations factorielles supérieures à 0,71, ce qui est excellent selon

Comrey et Lee (1992). Ces deux items semblent indiquer que ce facteur regroupe les items plus primitifs, régressés. L'item Relation a une pondération de -0,698, ce qui est très bon (Comrey et Lee, 1992). Toutefois, la relation entre ce premier facteur et l'item Relation est négative, indice que plus la valeur de l'item Relation est basse, plus ce facteur tend à être fort. Ainsi, cette relation entre le premier facteur et l'item relation supporte l'hypothèse que ce premier facteur regroupe les variables les plus primitives et a donc tendance à regrouper les structures de personnalité psychotique et borderline de bas niveau. L'item 2.2 a une pondération factorielle de 0,395 et l'item 1.4 en a une de 0,33 ce qui en fait deux items faibles (Comrey et Lee, 1992). Malgré cela, ces deux items supportent l'hypothèse que ce premier facteur soit un facteur «psychotique».

Le second facteur regroupe les items 2.1, 1.2, 1.3, 2.3 et 1.1. L'item 2.1 et 2.3 représentent respectivement les mécanismes de défense du clivage et de l'identification projective. Les items 1.1, 1.2 et 1.3 appartiennent tous à la dimension diffusion de l'identité et représentent respectivement l'expérience subjective du vide, les perceptions de soi et des autres contradictoires et les comportements contradictoires qui ne peuvent être intégrés à l'expérience émotionnelle. L'item 2.1 a une pondération factorielle de 0,672, ce qui est très bon (Comrey et Lee, 1992). Les items 1.2, 1.3 et 2.3 ont des pondérations factorielles de 0,582, 0,564 et 0,561 respectivement, ce qui est bon (Comrey et Lee, 1992). Finalement, l'item 1.1 a une pondération factorielle de 0,391, ce qui est faible (Comrey et Lee, 1992). Le mécanisme de défense du clivage, utilisé massivement par les borderlines, provoque et maintient la diffusion de l'identité et il est à la base de l'identification projective. Il semble donc que ce facteur regroupe les variables utilisées en prépondérance par les individus présentant une structure de personnalité borderline.

Finalement, le troisième facteur regroupe les items 1.4 et 2.4. L'item 1.4 qui représente la perception appauvrie des autres a une pondération factorielle de 0,555 et l'item 2.4 qui représente le mécanisme de défense du déni, a une pondération factorielle de 0,500. Ces deux items sont donc convenables (Comrey et Lee, 1992). Ce facteur est toutefois difficile à interpréter puisqu'il contient seulement deux variables et que l'une d'elles, l'item 1.4 est complexe. Il est possible de poser l'hypothèse que ce facteur tend à regrouper les éléments

narcissiques à l'intérieur de la structure borderline. En effet, le déni de type borderline et la perception appauvrie des autres ou l'incapacité de prêter une identité propre à l'autre permettent au sujet de tolérer des états émotionnels contradictoires sans angoisse et de contrôler l'autre sans lui prêter d'identité propre. Il semble donc que ce facteur pourrait être un facteur reflétant la structure de personnalité borderline de type narcissique. Cependant, il est logique de croire qu'un tel facteur contiendrait aussi les mécanismes de défense de l'omnipotence, de la dévalorisation et du contrôle omnipotent. Leur absence peut probablement être en partie expliquée par la faible variation de ces items dans l'échantillon de sujets. D'ailleurs, ces trois items ne correspondent à aucun facteur dans la solution à trois facteurs.

Les deux premiers facteurs de cette analyse factorielle exploratoire sont clairs et semblent confirmer l'hypothèse que les différentes variables du PODF se regroupent selon les différentes structures de personnalité. Toutefois, le troisième facteur est beaucoup moins net que les deux premiers et semble indiquer que les variables pourraient en fait se regrouper en sous-groupes dans la structure de personnalité borderline. Malgré cela, une seconde analyse factorielle a donc été effectuée afin d'éliminer le troisième facteur puisqu'il n'était pas clair et ne contenait que deux variables.

5.3.2 Analyse factorielle exploratoire à deux facteurs.

Le premier facteur est presque identique au premier facteur de l'analyse factorielle à trois facteurs car il regroupe lui aussi les items Reality 2., Reality 1., 1.4, 2.2 et Relation. Les items Reality 2. et Relation ont respectivement des pondérations factorielles de 0,750 et de -0,746 ce qui est excellent (Comrey et Lee, 1992). Les items Reality 1. et 1.4 ont des pondérations de 0,684 et de 0,619, ce qui est très bon (Comrey et Lee, 1992). Finalement, l'item 2.2 a une pondération de 0,435, ce qui est faible (Comrey et Lee, 1992). Dans l'analyse factorielle à trois facteurs, l'item 1.4 était aussi présent dans ce facteur, mais il était alors une variable complexe. Les items de ce facteur représentent les variables de la dimension contact avec la réalité, la perception appauvrie des autres, l'idéalisation primitive et la qualité des relations d'objet. La relation entre ce facteur et la qualité des relations d'objet est ici négative,

c'est-à-dire que plus la qualité des relations d'objet est faible, plus ce facteur sera fort. Il semble donc que ce premier facteur soit tout comme pour l'analyse factorielle à trois facteurs, un facteur qui regroupe les variables du PODF propre à la structure psychotique.

Le second facteur regroupe les items 2.1, 1.3, 1.2, 2.3 et 1.1 tout comme le second facteur de l'analyse factorielle à trois facteurs, de même que les items 2.4 et 2.7. L'item 2.4 appartenait au troisième facteur lors de l'analyse factorielle à trois facteurs et l'item 2.7 n'appartenait à aucun facteur. L'item 2.1 a une pondération factorielle de 0,682 ce qui est très bon (Comrey et Lee, 1992). Les items 1.3, 1.2 et 2.3 ont respectivement des pondérations factorielles de 0,607, 0,587 et 0,584, ce qui est bon (Comrey et Lee, 1992). Finalement, les items 1.1, 2.4 et 2.7 ont des pondérations factorielles faibles (Comrey et Lee, 1992). Ce facteur regroupe donc les variables des perceptions de soi contradictoires et des comportements contradictoires qui ne sont pas intégrables à l'expérience émotionnelle de même que les mécanismes de défense du clivage, de l'identification projective, du déni et du contrôle omnipotent. Alors que le premier facteur regroupe les éléments plus primitifs, ce facteur rassemble les éléments de la diffusion de l'identité qui est causée par le clivage et par ses dérivés comme l'identification projective, le déni et le contrôle omnipotent. Il apparaît donc que le second facteur regroupe les variables propres à la structure borderline. Cette seconde analyse factorielle exploratoire produit deux facteurs clairs et distincts, elle ne contient aucune variable complexe et seulement deux variables appartiennent à aucun facteur. Le premier facteur en est un qui regroupe les éléments propres à la structure de personnalité psychotique et le second facteur regroupe les éléments qui sont propres à la structure borderline et névrotique par défaut puisque cette dernière est une structure qui n'est cotée que s'il y a absence des trois dimensions et pour laquelle les relations d'objet sont les plus élevées.

Cependant, les corrélations résiduelles de l'analyse factorielle à deux et à trois facteurs suggéraient la présence d'au moins un autre facteur, mais la taille de l'échantillon de même que la faible variance de certaines variables n'ont pas permis de tester un modèle à 4 ou à 5 facteurs. Afin de tester un modèle avec trois facteurs clairs et distincts, il faudrait tout d'abord grossir la taille de l'échantillon puis ajouter des items névrotiques afin de permettre une meilleure distinction entre les structures borderline et névrotique. Cela faciliterait du coup

l'émergence de variables marqueuses propres à chaque structure de personnalité, des variables qui corréleront fortement avec un seul facteur peu importe la technique d'extraction ou de rotation utilisée et qui ont des pondérations factorielles supérieures à 0,80. Ces variables sont très importantes car elles définissent la nature du facteur. D'une part, les variables Reality 1. et 2. semblent être les variables marqueuses du premier facteur et le mécanisme de défense du clivage (item 2.1) semble être la variable marqueuse du second facteur dans les deux analyses factorielles effectuées en dépit du fait que seulement l'item Reality 1. ait une pondération factorielle supérieure à 0,80 dans l'analyse factorielle à trois facteurs. Selon Tabachnik et Fidell (1996), il est souhaitable d'avoir 5 à 6 variables que l'on sait propres à un facteur lors d'une analyse factorielle exploratoire. De plus, le troisième facteur de la solution à trois facteurs suggère que la structure borderline se divise peut-être en fait en sous-structures de personnalité. Ainsi, les données s'organisent peut-être selon les différentes relations d'objet et il y aurait alors plus d'un facteur à l'intérieur de la structure de personnalité borderline. Finalement, un changement dans la cotation des variables du PODF pourrait ajouter de la variance dans les données, soit faire apparaître la cote «légère présence» entre l'absence et la présence. Cette modification qui s'appliquerait seulement aux variables et non à la présence ou à l'absence des dimensions permettrait peut-être de mieux distinguer la structure de personnalité borderline de la structure névrotique.

Conclusion générale

Le PODF est un instrument clinique dont la cotation fait grandement appel au jugement clinique. Il a été conçu pour être utilisé à partir de plusieurs types de matériel clinique. Cet instrument a été développé à partir du modèle théorique des structures de personnalité de Kernberg (1995) et il vise à en opérationnaliser les différentes dimensions, qui sont la diffusion de l'identité, les mécanismes de défense primitifs, le contact avec la réalité et la qualité des relations d'objet. Chacune de ces dimensions est sous-tendue par différentes variables.

La dimension diffusion de l'identité est définie par (1) l'expérience subjective du vide, (2) les perceptions de soi et des autres contradictoires, (3) les comportements contradictoires qui ne sont pas intégrables à l'expérience émotionnelle et (4) la perception appauvrie des autres. La dimension mécanismes de défense primitifs est définie par (1) le clivage, (2) l'idéalisation primitive, (3) l'identification projective, (4) le déni de type borderline, (5) l'omnipotence, (6) la dévalorisation et (7) le contrôle omnipotent. Quant à la dimension contact avec la réalité est sous-tendue par (1) le manque de différenciation entre soi et autrui, (2) le manque de différenciation entre le contenu intra-psychique et les perceptions et les stimuli externes, (3) l'incapacité à évaluer ses propres émotions, conduites et pensées de façon réaliste en fonction des normes sociales courantes et (4) la présence d'émotions, de pensées ou de conduites franchement inappropriées ou bizarres. Finalement, il existe 3 grands types de relations d'objets : fusionnelles caractérisées par l'angoisse de morcellement, anaclitiques caractérisées par l'angoisse d'abandon et névrotiques caractérisées par l'angoisse de castration. Les relations d'objet anaclitiques de leur côté se divisent cependant en trois sous-types : anaclitiques avec peur de l'objet, anaclitiques avec contrôle de l'objet et anaclitiques avec peur de l'abandon comme tel.

Le modèle de Kernberg (1995) tient son originalité et son importance dans de nombreux éléments. Il intègre tout d'abord des éléments de la classification catégorielle et dimensionnelle de la psychopathologie, il définit les notions de personnalité et de structure de

personnalité et il tient aussi compte d'un axe normalité - pathologie. De plus, il tente d'intégrer des éléments de la psychologie du Moi et de la théorie des relations d'objets. Kernberg (1995) a aussi développé un traitement spécifique à la structure de personnalité borderline à partir de ce modèle.

Cette recherche présentait les premiers tests empiriques auxquels a été soumis le PODF. Elle se divisait en 4 parties : (1) l'évaluation de l'entente interjuges à partir de matériel d'évaluation et (condition dossier) (2) à partir d'entrevues d'accueil non-structurées (condition vidéo), (3) l'évaluation de l'équivalence entre ces deux types de cotation et (4) l'étude de la validité interne du PODF à l'aide d'analyses factorielles exploratoires. Afin de permettre l'évaluation de l'équivalence, un design de validation-croisée a été utilisé, c'est-à-dire que deux paires de juges ont été formées et que chacune d'elles a coté la moitié des sujets dans une condition et l'autre moitié pour la deuxième condition. Ce design permettait de contrôler l'effet des juges (Zander et al., 1995).

À la condition dossier, les écarts entre les ententes interjuges de la paire de juges 3 et les paires de juges 1 et 2 sur les différents items des dimensions 1 et 2 du PODF peuvent être partiellement expliqués par la différence de taille des échantillons et par le laps de temps écoulé entre l'entraînement et la cotation. D'une part, l'échantillon de la paire de juges 3 est de 30 sujets alors que ceux de la paire de juges 1 et 2 ne sont que de 15, ce qui est petit et le coefficient de kappa est alors très sensible. D'autre part, l'évaluation de l'entente interjuges de la paire de juges 3 a été effectuée immédiatement à la suite de l'entraînement alors que l'évaluation des paires de juges 1 et 2 s'est déroulé sur quelques mois. Il semble que pour la paire de juges 1 et 2, un effet de groupe se soit produit dans les coefficients de kappa de la qualité des relations d'objets, du diagnostic structural et des dimensions 1, 2 et 3. Ceci peut être expliqué par le fait que les diagnostics du premier groupe de sujets sont plus lourds que ceux du second groupes. Trois sujets du premier groupe ont reçu un diagnostic de trouble de personnalité du Cluster A du DSM-IV (APA, 1994) et quatre avaient une histoire de psychoses antérieures alors qu'un seul sujet du second groupe a reçu un diagnostic du Cluster A des troubles de personnalité et aucun n'avait une histoire de psychoses antérieures. Ainsi, l'entente interjuges obtenue à partir du premier groupe de sujets est supérieure à celle du

second groupe. Ces résultats suggèrent que le PODF permet de différencier la structure de personnalité psychotique des structures de personnalité borderline et névrotique, mais qu'il est plus difficile de faire le diagnostic différentiel entre la structure borderline et la structure névrotique. L'ajout d'items visant à évaluer une bonne intégration de l'identité, l'ajout de la description des autres significatifs et des parents par exemple, de même que l'ajout des mécanismes de défense névrotiques (refoulement, intellectualisation, isolation, somatisation, déni) permettraient sans doute d'améliorer le diagnostic différentiel. Pour ce faire, il faudrait se pencher sur les travaux de Blatt (1974/1990) et les travaux d'Erikson (1956) concernant l'intégration du Moi.

Par ailleurs, les résultats de l'entente interjuges à la condition vidéo sur les items des dimensions 1 et 2 sont plus faibles que ceux obtenus à la condition dossier. Il est possible d'expliquer ces résultats par le fait que les entrevues non-structurées ont toutes été effectuées par des étudiants à la maîtrise avec très peu d'expérience clinique. Cela permet de mettre en lumière le fait que certaines questions visant à faire émerger la structure de personnalité devraient être demandées de façon systématique. Les résultats à la condition vidéo et ceux de l'équivalence suggèrent que la diffusion de l'identité ne se manifeste pas toujours de la même façon et que les sujets font appel à différents mécanismes de défense mais que les relations d'objet dont ils font usage restent toujours les mêmes puisque cette variable est la plus stable. De plus, les kappas des dimensions 1 et 2 sont supérieurs à ceux de leurs items et appuient cette hypothèse. Finalement, les kappas des items de la dimension 3 et les kappas de cette dimension semblent avoir été diminués par le très fort pourcentage d'entente à la condition dossier, vidéo et à l'équivalence, indice que le PODF permet de bien distinguer la structure de personnalité psychotique et les structures de personnalité borderline et névrotique.

Deux analyses factorielles exploratoires ont été effectuées. La première contenait trois facteurs et la seconde, deux. Le premier facteur de l'analyse factorielle à trois facteurs a regroupé les quatre variables de la dimension contact avec la réalité, la qualité des relations d'objet et la variable perception appauvrie des autres de la dimension diffusion de l'identité, mais cette dernière était toutefois une variable complexe puisqu'elle appartient aussi au troisième facteur. Le second facteur a réuni trois manifestations de la dimension diffusion de

l'identité, l'expérience subjective du vide, les perceptions de soi et des autres contradictoires et les comportements contradictoires qui ne sont pas intégrables à l'expérience émotionnelle. Ce facteur a aussi inclus deux mécanismes de défense primitifs, le clivage et l'identification projective. Enfin, le troisième facteur contenait seulement deux variables, à savoir le mécanisme de défense du déni et la perception appauvrie des autres de la dimension diffusion de l'identité. Quant aux mécanismes de défense de l'omnipotence, de la dévalorisation et du contrôle omnipotent, ils n'appartiennent à aucun des trois facteurs. Par ailleurs, les valeurs des corrélations résiduelles suggéraient la présence d'un autre facteur. Le premier facteur de cette première analyse regroupe les items les plus primitifs. De plus, la relation de la qualité des relations d'objet avec ce facteur est négative, ce qui suggère qu'il tend à regrouper les éléments propres à la structure psychotique. Le mécanisme de défense du clivage est la variable qui a la plus grande pondération factorielle sur le second facteur. Il est celui qui est le plus utilisé par les gens ayant une structure de personnalité borderline. De plus, le clivage est identifié par Kernberg (1995) comme celui à la base de la diffusion de l'identité. Ce facteur regroupe aussi trois des quatre manifestations de la diffusion de l'identité. Il semble donc que ce facteur a tendance à regrouper les éléments propres à la structure de personnalité borderline. Le troisième facteur quant à lui ne regroupait que deux variables, le mécanisme de défense du déni et la perception appauvrie des autres qui est une variable complexe. De plus, ce facteur n'explique que très peu de la variance dans les données. Sa présence suggère que les données s'organisent peut-être en sous-structures à l'intérieur de la structure borderline. Toutefois, afin de vérifier cette hypothèse, il faudrait ajouter des sujets dans l'échantillon et ajouter des items permettant de faire le diagnostic différentiel entre la structure de personnalité borderline et névrotique.

Une seconde analyse factorielle a donc été effectuée, celle-ci avec deux facteurs seulement. Cette analyse a produit deux facteurs nets et distincts, sans variable complexe. Cependant, elle ne contenait pas de variables marqueuses et les corrélations résiduelles suggéraient la présence d'au moins un autre facteur. Le premier facteur de cette deuxième analyse regroupait les quatre variables de la dimension contact avec la réalité, le mécanisme de défense de l'idéalisation primitive, la perception appauvrie des autres et la qualité des relations d'objet. Le second facteur regroupait les mécanismes de défense du clivage, de

l'identification projective, du déni et du contrôle omnipotent de même que trois des quatre manifestations de la diffusion de l'identité, soit l'expérience subjective du vide, les perceptions de soi et des autres contradictoires et les comportements contradictoires qui ne sont pas intégrables à l'expérience émotionnelle. Le premier facteur regroupe les éléments propres à la structure psychotique et le second, les éléments propres à la structure borderline.

Les futures études devront comporter un plus grand échantillon de sujets, des variables propres à la structure névrotique tels que des mécanismes de défenses et des manifestations d'une bonne intégration de l'identité. Il faudra aussi ajouter la description des autres significatifs à la condition dossier et dans le même sens, certaines questions devront être posées au cours des entrevues non-structurées. Ainsi, il sera possible d'évaluer de nouveau les ententes interjuges à la condition dossier et à la condition vidéo. L'ajout de ces divers éléments permettra aussi une meilleure évaluation de l'équivalence. Il sera alors possible de faire des analyses factorielles à trois facteurs, un pour chaque structure de personnalité, et peut-être même analyses avec quatre ou cinq facteurs, en ajoutant les sous-structures de la structure de personnalité borderline.

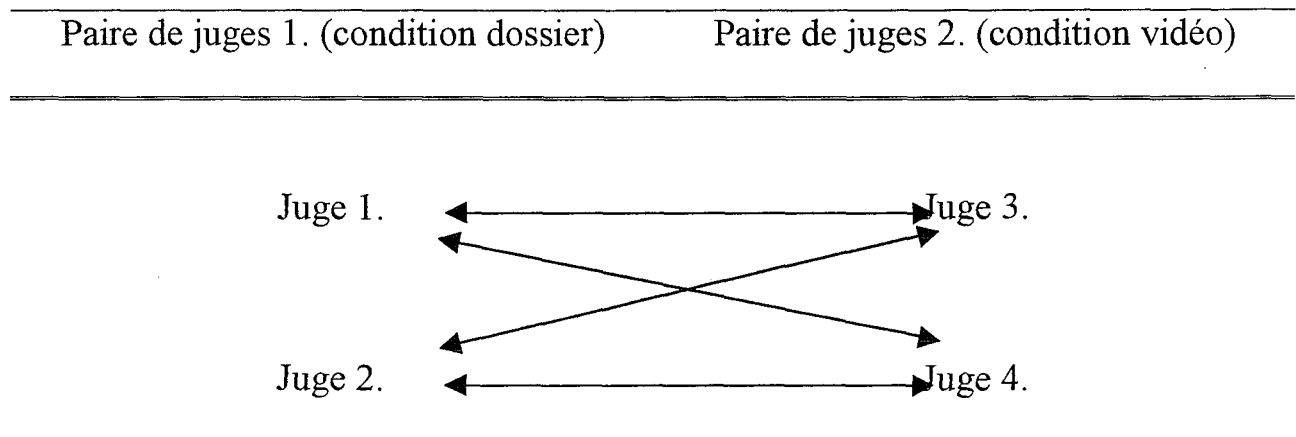
Figures et Tableaux

Figure 1.
Protocole de validation-croisée.

Juges	Condition dossier	Condition vidéo
Paire 1.	Groupe 1. (N=15)	Groupe 2. (N=15)
Paire 2.	Groupe 2. (N=15)	Groupe 1. (N=15)

Figure 2.
Évaluation de l'équivalence.

Groupe de sujets 1. (N=15)



Groupe de sujets 2. (N=15)

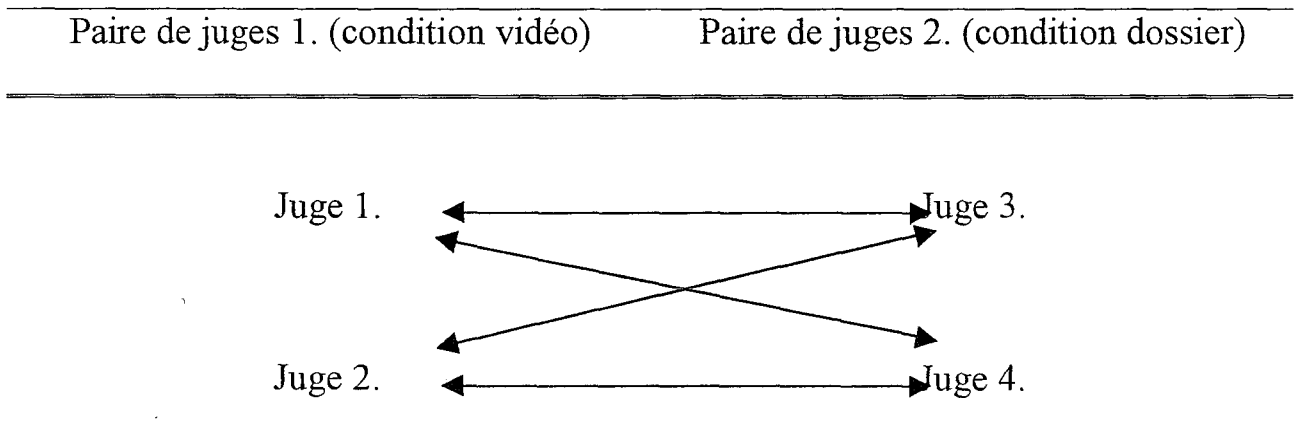


Tableau 1.

Relations entre les Organisations de personnalité, les Troubles de personnalité du DSM-IV et les Dimensions de la théorie de Kernberg.

Organisation de la personnalité	Troubles de la personnalité DSM-IV	Dimensions			Qualité des relations d'objet
		Diffusion de l'identité	Mécanismes de défense primitifs	Contact avec la réalité	
Névrotique	Obsessive-compulsive				Œdipienne avec angoisse de castration
Borderline de haut niveau	Dépendante Histrionique Narcissique Borderline	✓	✓		Anaclitique avec angoisse d'abandon
Borderline de niveau moyen	Antisociale	✓	✓		Anaclitique avec contrôle de l'objet
Borderline de bas niveau	Paranoïde Schizoïde Schizotypique	✓	✓		Anaclitique avec peur de l'objet
Psychotique	Aucun	✓	✓	✓	Symbiotique avec angoisse de morcellement

Tableau 2.
Résultats de l'entente interjuges pour la condition dossier.

		Paire de juges 1. Groupe de sujets 1. N = 15		Paire de juges 2. Groupe de sujets 2. N = 15		Paire de juges 3. N = 30		
		Kappa	%	Kappa	%	Kappa	%	
Items	Dimension 1.	1.1	0,59	0,80	0,81	0,93	0,86	0,93
		1.2	0,84	0,93	1,00	1,00	0,86	0,93
		1.3	0,86	0,93	0,74	0,87	0,93	0,97
		1.4	0,33	0,80	0,50	0,75	0,56	0,83
	Dimension 2.	2.1	0,44	0,73	0,59	0,80	0,75	0,90
		2.2	0,30	0,67	-0,15	0,73	0,78	0,97
		2.3	0,76	0,93	0,67	0,87	0,59	0,80
		2.4	0,10	0,53	0,22	0,60	0,63	0,83
		2.5	0,73	0,87	0,71	0,86	1,00	1,00
		2.6	0,12	0,67	0,12	0,67	1,00	1,00
		2.7	0,00	0,87	0,33	0,80	0,65	0,97
	Dimension 3.	3.1	0,44	0,80	Impossible	1,00	0,65	0,97
		3.2	0,47	0,80	0,00	0,73	0,76	0,93
3.3		Impossible	1,00	0,00	0,93	1,00	1,00	
3.4		Impossible	1,00	Impossible	1,00	0,63	0,93	
Moyenne		0,50	0,82	0,43	0,84	0,78	0,93	
Qualité des relations d'objets		0,73	0,73	0,44	0,67	1,00	1,00	
Diagnostic structural		0,75	0,87	0,57	0,80	1,00	1,00	
Dimensions 1 – 2.		0,84	0,93	0,71	0,87	1,00	1,00	
Dimension 3.		0,00	0,94	Impossible	0,87	Impossible	1,00	

Tableau 3.
Résultats de l'entente interjuges pour la condition vidéo.

		Paire de juges 1 Groupe de sujets 2. N = 15		Paire de juges 2. Groupe de sujets 1. N = 15		
Items		Kappa		Kappa		
			%		%	
Items	Dimension 1.	1.1	0,00	0,80	-0,19	0,67
		1.2	0,18	0,60	0,38	0,73
		1.3	0,25	0,73	0,44	0,73
		1.4	0,44	0,86	0,22	0,53
	Dimension 2.	2.1	0,19	0,53	0,55	0,80
		2.2	0,38	0,73	0,00	0,80
		2.3	0,33	0,73	0,39	0,67
		2.4	0,09	0,47	0,55	0,80
		2.5	0,19	0,67	0,84	0,93
		2.6	0,50	0,73	0,29	0,67
		2.7	Impossible	1,00	0,63	0,93
	Dimension 3.	3.1	0,00	0,93	0,00	0,93
		3.2	Impossible	1,00	0,00	0,73
3.3		Impossible	1,00	0,00	0,80	
3.4		Impossible	1,00	0,42	0,87	
Moyenne			0,28	0,79	0,30	0,77
Qualité des relations d'objets			0,19	0,53	0,81	0,60
Diagnostic structural			0,24	0,60	0,47	0,67
Dimensions 1 - 2			0,24	0,60	0,53	0,80
Dimension 3			Impossible	1,00	0,00	0,87

Tableau 4.

Équivalence entre la condition dossier et la condition vidéo avec les deux groupes de sujets.

			Paire de juges 1 vs Paire de juges 2 Groupe de sujets 1 et 2. N = 30					
Items			Kappa	Kappa	Kappa	% entente	%entente	% entente
			Minimum	moyen	Maximum	Minimum	moyen	Maximum
Items	Dimension 1.	1.1	0,00	0,19	0,41	0,67	0,73	0,80
		1.2	-0,2	0,16	0,50	0,40	0,56	0,73
		1.3	0,00	0,24	0,59	0,47	0,62	0,80
		1.4	-0,30	-0,11	0,05	0,33	0,52	0,73
	Dimension 2.	2.1	-0,25	0,17	0,45	0,53	0,62	0,73
		2.2	-0,15	0,14	0,42	0,53	0,72	0,87
		2.3	-0,33	-0,07	0,17	0,40	0,52	0,60
		2.4	-0,11	0,17	0,59	0,40	0,57	0,87
		2.5	-0,13	0,19	0,45	0,47	0,62	0,73
		2.6	-0,24	0,01	0,41	0,40	0,55	0,73
		2.7	0,00	0,20	1,00	0,67	0,87	1,00
	Dimension 3.	3.1	0,00	0,13	0,44	0,73	0,88	1,00
		3.2	-0,11	0,33	0,81	0,73	0,86	1,00
3.3		0,00	0,00	0,00	0,60	0,91	1,00	
3.4		0,00	0,00	0,00	0,87	0,94	1,00	
Qualité des relations d'objets			0,30	0,51	0,85	0,40	0,60	0,73
Diagnostic structural			0,38	0,48	0,61	0,60	0,73	0,80
Dimensions 1 - 2			0,38	0,50	0,67	0,73	0,78	0,87
Dimension 3			0,00	0,45	1,00	0,80	0,93	1,00

Tableau 5. Matrice des corrélations entre les 14 variables du PODF soumises à l'analyse factorielle.

69

	1.1	1.2	1.3	1.4	2.1	2.2	2.3.	2.4	2.5	2.6	2.7	R. 1	R. 2.	R.O.
1.1	1,000													
1.2	0,163*	1,000												
1.3	0,277	0,332	1,000											
1.4	-0,110	-0,057	0,106	1,000										
2.1	<u>0,208</u>	0,458	0,470	0,043	1,000									
2.2	0,104	0,087	0,130	0,315	0,106	1,000								
2.3	0,158*	0,326	0,348	0,030	0,374	-0,004	1,000							
2.4	<u>0,196</u>	0,158*	0,341	0,333	<u>0,189</u>	0,136	<u>0,219</u>	1,000						
2.5	0,129	0,131	0,119	0,277	0,075	0,154*	0,058	0,031	1,000					
2.6	0,075	0,148*	0,142	<u>0,195</u>	0,137	-0,028	0,084	0,156*	0,075	1,000				
2.7	0,127	0,167*	<u>0,212</u>	<u>0,173</u>	0,248	0,108	<u>0,223</u>	0,158*	<u>0,178</u>	0,050	1,000			
R. 1	0,052	0,061	<u>0,185</u>	<u>0,229</u>	<u>0,209</u>	0,315	0,132	0,017*	0,317	0,005	0,074	1,000		
R. 2	-0,073	0,076	<u>0,211</u>	0,350	0,040	0,268	-0,003	<u>0,204</u>	0,069	0,004	0,060	0,534	1,000	
R.O.	-0,137	<u>-0,218</u>	-0,415	-0,475	-0,35	-0,340	-0,362	-0,340	-0,282	-0,225	-0,148*	-0,613	-0,606	1,000

* : significatif à 0,10

: significatif à 0,05

Italique : significatif à 0,01

Tableau 6.
Kurtose et voussure des variables.

Item		Kurtose	Voussure
1.1	Expérience subjective du vide	0,45	-1,83
1.2	Perceptions de soi et des autres contradictoires	-0,19	-1,99
1.3	Comportements contradictoires	-0,22	-1,98
1.4	Perception appauvrie des autres	1,01	-0,99
2.1	Clivage	-0,69	-1,55
2.2	Idéalisation primitive	2,44	3,99
2.3	Identification projective	0,69	-1,54
2.4	Déni (type borderline)	0,62	-1,64
2.5	Omnipotence	0,45	-1,83
2.6	Dévalorisation	1,86	1,49
2.7	Contrôle omnipotent	2,56	4,63
Reality 1. Manque de différenciation entre soi et les autres ou hallucinations ou délires		2,64	6,29
Reality 2. l'incapacité à évaluer ses propres émotions, conduites et pensées de façon réaliste en fonction des normes sociales courantes et la présence d'émotions, de pensées ou de conduites franchement inappropriées ou bizarres		3,32	10,32
Relation	Qualité des relations d'objet	-0,97	0,01

Tableau 7. Matrice des corrélations partielles en contrôlant l'effet des autres variables.

	1.1	1.2	1.3	1.4	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	R. 1	R. 2.	R.O.
1.1	1,000													
1.2	-0,004	1,000												
1.3	0,146	0,062	1,000											
1.4	-0,242	-0,188	-0,077	1,000										
2.1	0,021	0,331	0,272	-0,011	1,000									
2.2	0,112	0,097	0,006	0,209	-0,012	1,000								
2.3	-0,024	0,173	0,105	-0,083	0,055	-0,131	1,000							
2.4	0,173	0,037	0,170	0,252	0,007	0,003	0,076	1,000						
2.5	0,112	0,173	0,044	0,236	-0,135	-0,036	-0,094	-0,088	1,000					
2.6	0,034	0,117	0,026	0,138	0,000	-0,132	-0,090	0,021	-0,026	1,000				
2.7	0,067	0,018	0,052	0,138	0,146	0,044	0,155	0,031	0,132	-0,08	1,000			
R. 1	0,003	-0,137	-0,066	-0,140	0,142	0,142	0,012	-0,194	0,260	-0,074	-0,019	1,000		
R. 2	-0,146	0,146	0,108	0,074	-0,231	-0,016	-0,272	0,082	-0,234	-0,150	0,068	0,299	1,000	
R.O.	-0,102	0,016	-0,119	-0,290	-0,171	-0,102	-0,349	-0,109	-0,111	-0,212	0,117	-0,355	-0,433	1,000

Tableau 8.
Diagramme de l'éboulement des valeurs propres.

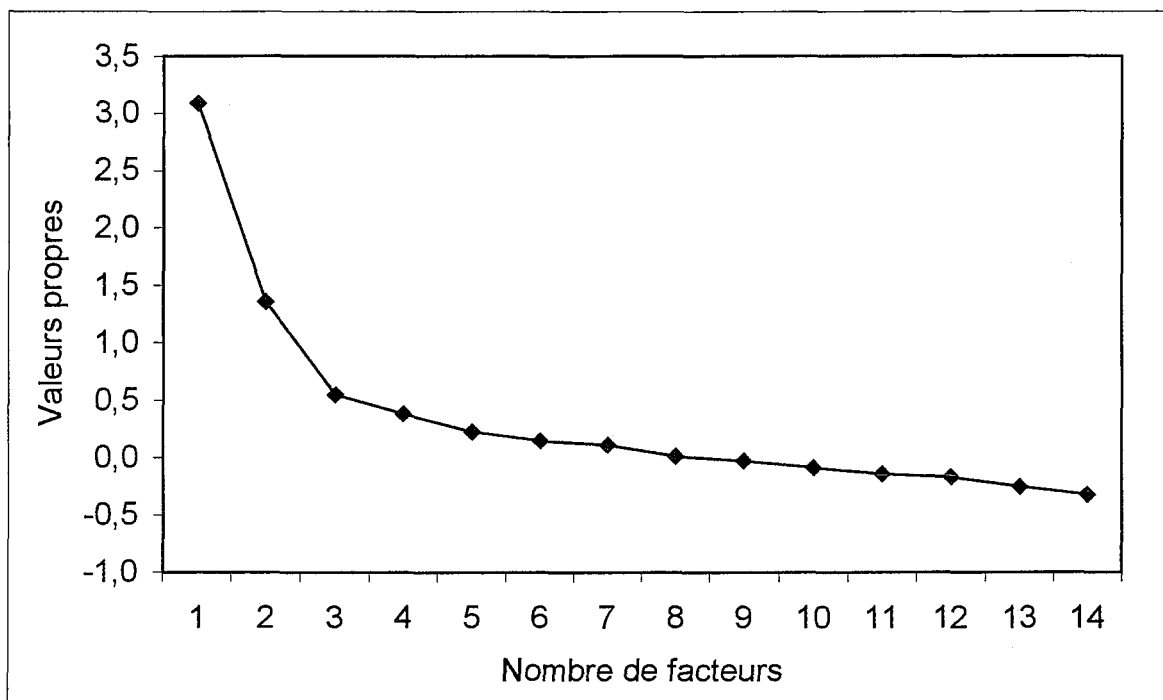


Tableau 9.

Matrice des pondérations factorielles (analyse factorielle à trois facteurs).

Items	Facteur 1.	Facteur 2.	Facteur 3.
Reality 1.	0,575	-0,359	-0,372
1.3	0,563	0,329	0,005
Reality 2.	0,538	-0,469	-0,116
2.1	0,508	0,442	-0,125
1.4	0,461	-0,373	0,412
2.4	0,426	0,112	0,368
2.3	0,415	0,390	-0,044
2.2	0,375	-0,220	0,003
2.5	0,331	-0,099	-0,003
2.7	0,303	0,171	0,102
Relation	-0,859	0,204	0,031
1.2	0,380	0,415	-0,109
1.1	0,231	0,305	-0,021
2.6	0,218	0,103	0,231
% variance	0,220	0,095	0,039
% covariance	0,621	0,268	0,111

Tableau 10. Matrice des corrélations résiduelles (analyse factorielle à trois facteurs).

	1.1	1.2	1.3	1.4	2.1	2.2	2.3.	2.4	2.5	2.6	2.7	R. 1	R. 2.	R.O.
1.1	0,853													
1.2	-0,054	0,672												
1.3	0,047	-0,018	0,575											
1.4	<u>-0,094</u>	-0,033	-0,033	0,479										
2.1	-0,046	<u>0,068</u>	0,039	0,025	0,530									
2.2	<u>0,085</u>	0,037	-0,008	<u>0,058</u>	0,013	0,810								
2.3	-0,058	0,001	-0,014	0,002	-0,015	-0,074	0,673							
2.4	<u>0,071</u>	-0,011	<u>0,062</u>	0,027	-0,031	-0,001	0,014	0,670						
2.5	<u>0,083</u>	0,046	-0,035	<u>0,089</u>	-0,049	0,008	-0,041	<u>-0,097</u>	0,881					
2.6	-0,001	0,048	-0,016	0,038	0,010	<u>-0,087</u>	-0,037	-0,033	0,014	0,889				
2.7	0,008	-0,007	-0,015	<u>0,055</u>	0,032	0,031	0,036	-0,028	<u>0,095</u>	<u>-0,057</u>	0,869			
R. 1	0,021	-0,048	-0,019	-0,017	0,029	0,021	0,017	-0,051	<u>0,090</u>	0,003	-0,001	0,403		
R. 2	<u>-0,057</u>	0,053	<u>0,063</u>	-0,025	-0,040	-0,037	-0,049	<u>0,071</u>	<u>-0,156</u>	-0,038	-0,012	0,014	0,477	
R.O.	-0,001	0,027	0,001	-0,016	-0,004	0,028	<u>-0,083</u>	-0,008	0,023	<u>-0,066</u>	<u>0,074</u>	-0,034	-0,045	0,220

_____ : corrélation supérieure à 0,05

Tableau 11.
Matrice des corrélations entre les facteurs (analyse factorielle à trois facteurs).

	Facteur 1.	Facteur 2.	Facteur 3.
Facteur 1.	1,000		
Facteur 2.	0,288	1,000	
Facteur 3.	0,406	0,213	1,000

Tableau 12.
Matrice de pattern et matrice de structure (analyse factorielle à trois facteurs).

Items	Matrice de pattern			Matrice de structure		
	Facteur 1.	Facteur 2.	Facteur 3.	Facteur 1.	Facteur 2.	Facteur 3.
Reality 1.	0,832	-	-	0,736	0,216	0,086
Reality 2.	0,749	-	-	0,710	0,072	0,279
2.2	0,395	-	-	0,427	0,111	0,250
Relation	-0,698	-	-	-0,836	-0,467	-0,509
2.1	-	0,672	-	0,238	0,684	0,155
1.2	-	0,582	-	0,140	0,572	0,095
1.3	-	0,564	-	0,316	0,622	0,304
2.3	-	0,561	-	0,170	0,569	0,170
1.1	-	0,391	-	0,050	0,377	0,088
1.4	0,333	-	0,555	0,495	-0,002	0,643
2.4	-	-	0,500	0,236	0,317	0,534
2.5	-	-	-	0,330	0,164	0,206
2.7	-	-	-	0,154	0,314	0,243
2.6	-	-	-	0,090	0,187	0,302

Tableau 13.
Matrice des pondérations factorielles (analyse factorielle à deux facteurs).

Items	Facteur 1.	Facteur 2.
Reality 1.	0,575	-0,359
1.3	0,563	0,329
Reality 2.	0,538	-0,469
2.1	0,508	0,442
1.4	0,461	-0,373
2.4	0,426	0,112
2.3	0,415	0,390
2.2	0,375	-0,220
2.5	0,331	-0,099
2.7	0,303	0,171
2.6	0,218	0,103
Relation	-0,859	0,204
1.2	0,380	0,415
1.1	0,231	0,305
% variance	0,221	0,104
% covariance	0,68	0,32

Tableau 14. Matrice des corrélations résiduelles (analyse factorielle à deux facteurs).

	1.1	1.2	1.3	1.4	2.1	2.2	2.3.	2.4	2.5	2.6	2.7	R. 1	R. 2.	R.O.
1.1	0,854													
1.2	<u>-0,051</u>	0,684												
1.3	0,047	-0,018	0,575											
1.4	<u>-0,102</u>	<u>-0,078</u>	-0,031	0,648										
2.1	-0,043	<u>0,082</u>	0,039	-0,026	0,546									
2.2	<u>0,085</u>	0,036	-0,008	<u>0,059</u>	0,012	0,810								
2.3	<u>-0,057</u>	0,006	-0,014	-0,016	-0,009	-0,074	0,675							
2.4	<u>0,064</u>	<u>-0,051</u>	<u>0,064</u>	<u>0,178</u>	<u>-0,077</u>	0	-0,002	0,806						
2.5	0,003	0,047	-0,035	<u>0,088</u>	-0,049	0,008	-0,041	<u>-0,099</u>	0,881					
2.6	-0,006	0,023	-0,015	<u>0,133</u>	-0,019	<u>-0,087</u>	-0,047	<u>0,051</u>	0,013	0,942				
2.7	0,006	-0,018	-0,014	0,097	0,019	0,031	0,031	0,010	<u>0,095</u>	-0,034	0,879			
R. 1	0,029	-0,008	-0,020	<u>-0,17</u>	<u>0,075</u>	0,020	0,033	<u>-0,188</u>	0,091	<u>-0,083</u>	-0,391	0,541		
R. 2	<u>-0,054</u>	<u>0,066</u>	<u>0,062</u>	-0,073	-0,026	-0,038	-0,044	0,028	<u>-0,156</u>	<u>-0,065</u>	-0,023	<u>0,057</u>	0,491	
R.O.	-0,002	0,024	0,001	-0,003	-0,008	0,028	<u>-0,085</u>	0,003	0,023	<u>-0,059</u>	<u>0,077</u>	-0,046	-0,049	0,221

_____ : corrélation supérieure à 0,05

Tableau 15.
Matrice des corrélations entre les facteurs (analyse factorielle à deux facteurs).

	Facteur 1.	Facteur 2.
Facteur 1.	1,000	
Facteur 2.	0,349	1,000

Tableau 16.
Matrice de pattern et matrice de structure (analyse factorielle à deux facteurs).

Items	Matrice de pattern		Matrice de structure	
	Facteur 1.	Facteur 2.	Facteur 1.	Facteur 2.
Reality 2.	0,750	-	0,701	0,122
Reality 1.	0,684	-	0,677	0,220
1.4	0,619	-	0,587	0,213
2.2	0,435	-	0,435	0,153
Relation	-0,746	-	-0,844	-0,539
2.1	-	0,682	0,213	-0,673
1.3	-	0,607	0,318	0,644
1.2	-	0,587	0,117	0,556
2.3	-	0,584	0,160	0,568
1.1	-	0,405	0,044	0,371
2.4	-	0,334	0,310	0,402
2.7	-	0,321	0,174	0,343
2.6	-	-	0,135	0,234
2.5	-	-	0,335	0,195

Bibliographie

American Psychiatric Association. (1952). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: Auteur.

American Psychiatric Association. (1968). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2^e éd.). Washington, DC: Auteur.

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3^e éd.). Washington, DC: Auteur.

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3^e éd. révisée). Washington, DC: Auteur.

American Psychiatric Association (1990a). SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-III-R. Washington, DC: Auteur.

American Psychiatric Association (1990b). SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-III-R. Washington, DC: Auteur.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4^e éd.). Washington, DC: Auteur.

Bélangier, (1988). Mesure des phénomènes. Dans Robert, M., Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie (3^e Éd.) (pp. 213-227). Edisem & Maloine.

Bergeret, J. (1974). La personnalité normale et pathologique. Paris: Bordas.

Brenner, C. (1973). An elementary Textbook of Psychoanalysis. New York: Anchor Books.

Clark, L. A., Watson, D., & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. Annual Review of Psychology, 46, 121-153.

Clarkin, J. F., Hull, J. W., Cantor, J., Sanderson, C. (1993). Borderline personality disorder and personality traits: A comparison of SCID-II BPD and NEO-PI. Psychological Assessment, 5, 472-476.

Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. (1999). Psychotherapy for Borderline Personality. New York: Jon Wiley and Sons.

Cohen, J. A. (1960). Coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement, 20, 623-631.

Cohen, J. A. (1968). Weighted kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement partial credit. Psychological Bulletin, 70, 213-220.

Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). A first course in factor analysis (2^e Éd.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Costa, P. T., McCrae, R.R. (1985). The NEO Personality Inventory manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Derksen, J. J., Hummelen, J W., Bouwens, P. J. (1994) Interrater reliability of the structural interview. Journal of Personality Disorders, 8, 131-139.

Dyce, J. A. (1994). Personality Disorders: Alternatives to the official diagnostic system. Journal of Personality Disorders, 8, 77-88.

Erikson, E. H. (1956). The problem of Ego identity. Journal of the American Psychoanalytic Association, 4, 56-121.

Ewen, R. B. (1998). An Introduction to Theories of Personality (5^e éd.). London: Lawrence Erlbaum Associates.

Eysenck, H. J. (1987). The definition of personality disorders and the criteria appropriate to their description. Journal of Personality Disorders, 1, 211-219.

Fabrega, H., Ulrich, R., Pilkonis, P., & Mezzich, J. E. (1992). Pure personality disorders in an intake psychiatric settings. Journal of Personality Disorders, 6, 153-161.

Fairbairn, W. R. D. (1952). Psychoanalytic Studies of the Personality. London: Routledge et Kegan Paul.

Frances, A. (1982) Categorical and dimensional systems of personality diagnosis: A comparison. Comprehensive Psychiatry, 23, 516-527.

Freud, S. (1933). Nouvelles conférences d'introduction sur la psychanalyse. Traduit par A Berman (1936). Gallimard: Paris.

Gabbard, G. O. (1994). Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: The DSM-IV Edition (2^e éd.). Washington, DC & London, England: American Psychiatric Press inc.

Gangestad, S., & Snyder, M. (1985). "To carve nature at its joints": On the existence of discrete classes in personality. Psychological Review, 92, 317-349.

Greenacre, P. (1958). Early physical determinants in the development of the sense of identity. . Journal of the American Psychoanalytic Association, 6, 612-627.

Hartmann, H. (1939). Ego Psychology and the Problem of Adaptation. Traduit par Rapaport, D. (1958). New York: International Universities Press.

Jacobson, E. (1964). The self and object world. New York: International Universities Press.

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. Psychometrika, 39, 31-36.

Kendall, R. (1982). The choice of diagnostic criteria for biological research. Archives of General Psychiatry, 39, 1334-1339.

Kernberg, O. F., Seltzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C. & Appelbaum, A. H. (1989). Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients. New York: Basic Books.

Kernberg, O. F., & Clarkin, J. F. (1993). Developing a disorder-specific manual: The Treatment of Borderline Character Disorder. Dans Miller, N. E., Luborsky, L., Barber, J. P., & Doherty, J. P. (Éd.), Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice (pp. 227-244). New York: Basic Books.

Kernberg, O. F. (1975). Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Aronson.

Kernberg, O. F. (1980). Internal World and External Reality. New York: Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1983). Object relations theory and character analysis. Journal of the American Psychoanalytic Association, 31, 247-272.

Kernberg, O. F. (1987). Projection and projective identification: developmental and clinical aspects. Journal of the American Psychoanalytic Association, 35, 795-819.

Kernberg, O. F. (1990). New perspectives in psychoanalytic affect theory. Dans Plutchik, R & Kellerman, H. (Éd.), Emotion: Theory, Research and Experience (pp. 115-130). New York: Academic Press.

Kernberg, O. F. (1995). A psychoanalytic theory of personality disorders. Dans Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (Éd.), Major theories of personality disorders (pp. 106-140). New York: The Guilford Press.

Kernberg, O. F. (1996, Décembre). Concept structural des troubles de personnalité limite. Conférence présentée au Colloque sur les troubles de personnalité, Québec, Canada.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., & al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity study. Archives of General Psychiatry, *51*, 8-19.

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics, *33*, 159-174.

Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1990). Vocabulaire de psychanalyse. Paris: PUF.

Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (1995) The personality disorders: History, classification, and research issues. Dans Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (Éd.), Major theories of personality disorders (pp. 1-35). New York: The Guilford Press.

Livesley, W. J. (1991). Classifying personality disorders: ideal types, prototypes or dimensions? Journal of Personality Disorders, *5*, 52-59.

Loranger, A. W., Sussman, V. L., Oldham, J. M. & Russakoff, L. M. (1987). The personality disorder examination: a preliminary report. Journal of Personality Disorders, *1*, 1-13.

Luborsky, L., Crits-Christoph, P. (1998). Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method (2^e Éd.). Washington, DC: American Psychological Association.

Mahler, M. S., Pine, F., Bergman, A. (1975). The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation. London: Hutchinson.

Miller, N. E. (1993). Diagnosis of personality disorder: Psychodynamic and empirical issues. Dans Miller, N. E., Luborsky, L., Barber, J. P., & Doherty, J. P. (Éd.), Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice (pp. 127-151). New York: Basic Books.

Millon, T. (1987). Millon clinical multi-axial inventory II. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Moore, B. E., & Fine, B. D. (Éd.) (1990). Psychoanalytic Terms and Concepts. New Haven & London: The American Psychoanalytic Association and Yale University Press.

Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., & al. (1992). Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. American Journal of Psychiatry, *149*, 213-220.

Rapaport, D. (1951). Organization and Pathology of Thought: Selected Sources. New York: Columbia University Press.

Sander, M. A. (1995). Identity. Dans Moore, B. E, & Fine, B. D. (Éd.), Psychoanalysis The Major Concepts. (pp. 471-474). New Haven & London: Yale University Press.

Segal, D. L., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1994). Reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R: An evaluative review. Comprehensive Psychiatry, 35, 316-327.

Streiner, D., L. (1995). Learning how to differ: agreement and reliability statistics in psychiatry. Canadian Journal of Psychiatry, 40, 60-66.

Tabachnik, B G. & Fidell, L S. (1996). Using Multivariate Statistics (3^e Éd.). Harper Collins College Publishers.

Tinsley, H., E., A., & Weiss, D., J. (1975). Research methodology. Journal of Counseling Psychology, 22, 358-376.

Trull, T. J, Widiger, T. A., & Guthrie, P. (1990). Categorical versus Dimensional Status of Borderline Personality Disorder. Journal of Abnormal Psychology, 99, 40-48.

Widiger, T. A. (1992). Categorical versus dimensional classification: Implications from and for research. Journal of Personality disorders, 6, 287-300.

Widiger, T. A., & Frances, A. (1985). The DSM-III personality disorders: Perspectives from psychology. Archives of General Psychiatry, 42, 615-623.

Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1987). Behavioral indicators, hypothetical constructs, and personality disorders. Journal of Personality Disorders, 1, 82-87.

Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1990). Categorical versus dimensional status of borderline personality disorder. Journal of abnormal Psychology, 99, 40-48.

Willick, M. S. (1995). Defenses. Dans Moore, B. E, & Fine, B. D. (Éd.), Psychoanalysis The Major Concepts. (pp. 485-493). New Haven & London: Yale University Press.

Winnicott, D. W. (1971). Playing and Reality. New York: Basic Books.

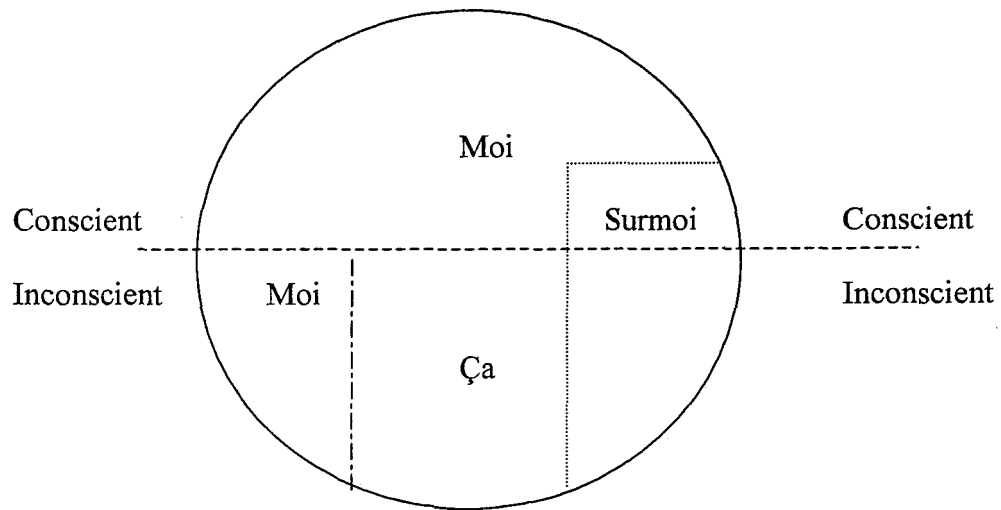
Zander, B., Strack, M., Cierpka, M., Reich, G., Staats, H. (1995). Coder agreement using the german edition of Luborsky's CCRT method in videotaped or transcribed RAP interviews. Psychotherapy Research, 5, 231-236.

Annexes

Annexe A.

Modèle structural de Freud

Modèle structural de la personnalité.

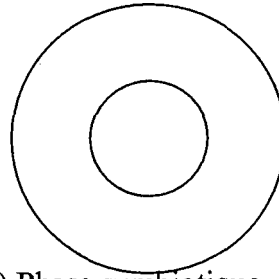


Note. Cette figure provient du livre intitulé Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice : The DSM-IV Edition (p. 31), écrit par Gabbard, G. O., 1994, Washington D. C.: American Psychiatric Press Inc.

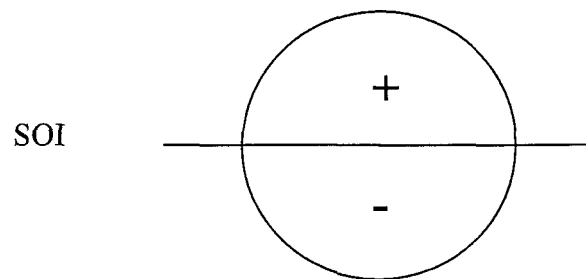
Annexe B.

Développement des relations d'objet selon Mahler

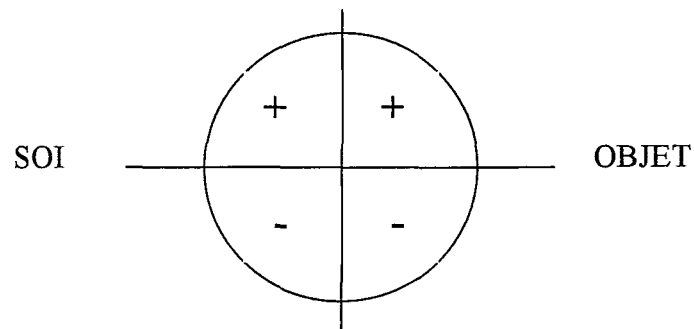
Développement de relations d'objet.



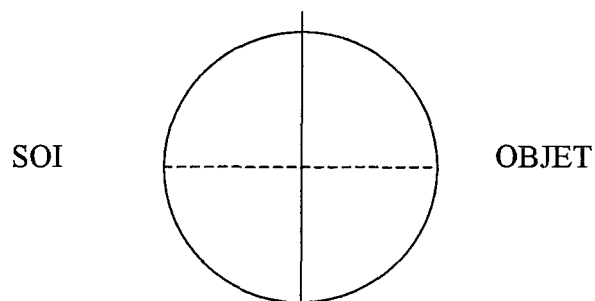
a) Phase symbiotique



b) Début de la phase de séparation-individuation



c) Fin de la phase de séparation-individuation



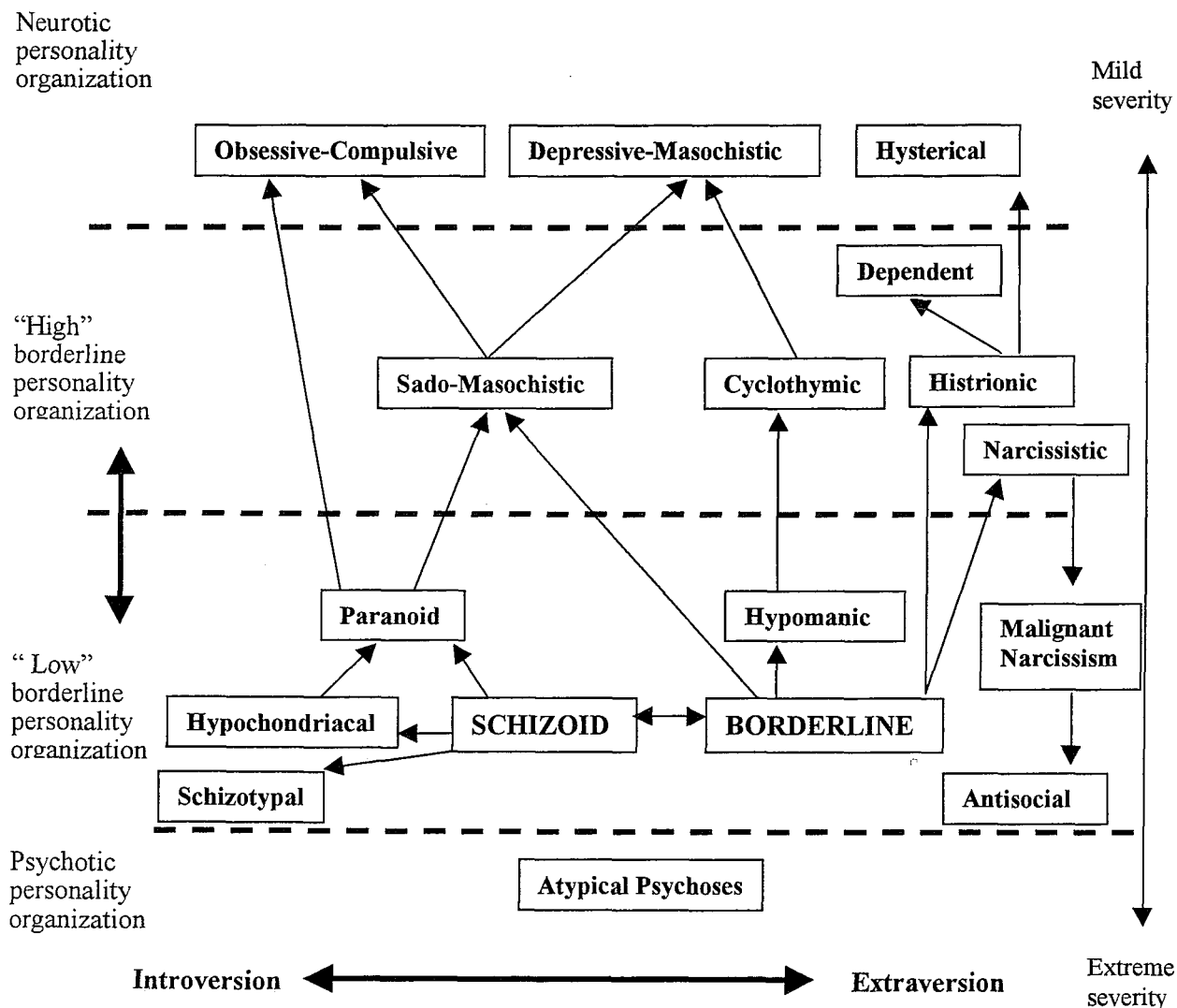
d) Phase de la permanence de l'objet

Annexe C.

Modèle psychodynamique des troubles de la personnalité de Kernberg (1995)

Modèle psychodynamique des troubles de la personnalité.

OTTO F. KERNBERG



Personality disorders: Their mutual relationships.

Note. Cette figure provient du livre intitulé Major theories of personality disorders (p. 119), écrit par Lenzenweger, M.F. et Clarkin, J.F., 1995, New York: The Guilford Press

Annexe D.

Formulaire du PODF

Personality Organization Diagnostic Form.

Diguer & Normandin

Groupe de Recherche et de Formation en Intervention Clinique, Université Laval. © 1996

Subject: _____ Evaluator: _____ Date: _____
 Material used for evaluation: _____

Instructions: Mark off (✓) all items which are characteristic of the subject's psychological functioning.

1. Identity Diffusion

- 1.1. Subjective experience of emptiness
- 1.2. Contradictory self-perceptions or object-perceptions
- 1.3. Contradictory behaviors that cannot be integrated with emotional experiences
- 1.4. Shallow, flat, impoverished perceptions of others

2. Primitive Defense Mechanisms

- 2.1. Splitting: division of others into "all good" and "all bad" or
 sudden and complete reversal of feelings and conceptualizations about others or self.
- 2.2. Primitive idealization: unrealistic, artificial and powerful images of others in terms of their all-good qualities.
- 2.3. Primitive projection and projective identification: ◆ experience of the projected impulse, and ◆ fear of the other, and ◆ need to control this other.
- 2.4. Denial (borderline type): memory of perceptions, thoughts or feelings about splitted parts of self or others without emotional relevance or
 lack of concern, anxiety of emotional reaction about serious or pressing need, conflict or danger.
- 2.5. Omnipotence: highly inflated, grandiose self-representations
- 2.6. Devalorisation: depreciated, emotionally degrading representations of others.
- 2.7. Omnipotent control

3. Lack of Reality Testing

- 3.1. Lack of differentiation between self and others.
- 3.2. Failure to differentiate intrapsychic from external origins of perceptions and stimuli (hallucinations or delusions).
- 3.3. Lack of the capacity to evaluate realistically one's own affect, behavior and thought content in terms of ordinary social norms in the session.
- 3.4. Presence of grossly inappropriate or bizarre affects, thought contents or behaviors.

4. Quality of Object Relations

- 1. Symbiotic with fear of disintegration and annihilation
- 2a. Low Borderline Organization with fear of the object (schizoid, schizotypal, paranoid, hypomania).
- 2b. Low Borderline Organization with control of the object (malignant narcissism, antisocial)
- 2c. High Borderline Organization with fear of abandonment (borderline sado-masochistic, cyclothymic, histrionic, narcissism, dependant).
- 3. Œdipal with fear of castration - depression (hysteria, depressive masochistic, obsessive-compulsive).

Guidelines for Diagnosis

Personality Organizations	Structural Characteristics			
	Identity Diffusion	Primitive Defenses	Lack of Reality Testing	Type of Object Relations
Neurotic				3
Borderline	✓	✓		2a, 2b, 2c
Psychotic	✓	✓	✓	1
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe E.

Manuel de cotation du PODF

PERSONALITY ORGANIZATION DIAGNOSTIC FORM

MANUAL FOR SCORING.

Étienne Hébert

Louis Diguier

École de psychologie

Université Laval, Québec, Canada

© Hébert et Diguier

Contents

THE PODF MANUAL FOR SCORING	1161
Contents	112
Otto F. Kernberg's Object Relations theory.	116
Empirical Scoring Model for Kernberg's Theory.	117
1. Identity Diffusion.	119
Definition.	119
Clinical manifestation.	119
1.1 Subjective experience of emptiness.	120
Scoring this item.	120
1.2. Contradictory self-perceptions or object-perceptions.	120
Scoring this item.	120
Contradictory object-perceptions.	120
Contradictory self-perceptions.	120
1.3. Contradictory behaviors that cannot be integrated with emotional experiences.	121
Scoring this item.	121
1.4. Shallow, flat, impoverished perceptions of others.	122
Scoring this item.	122
2. Primitive Defense Mechanisms.	123
Definition and clinical manifestation.	123
2.1. Splitting: <input type="checkbox"/> division of others into "all good" and "all bad" or	
<input type="checkbox"/> sudden and complete reversal of feelings and conceptualizations about	
others or self.	124
Definition and clinical manifestations.	124
Scoring this item.	124
2.2. Primitive idealization: unrealistic, artificial and powerful images of others in terms	
of their all-good qualities.	125
Definition and clinical manifestations.	125
Scoring this item.	125
2.3. Primitive projection and projective identification: <input checked="" type="checkbox"/> experience of the projected	
impulse, and <input checked="" type="checkbox"/> fear of the other, and <input checked="" type="checkbox"/> need to control this other.	125
Definition and clinical manifestations.	125
Scoring this item.	125
2.4. Denial (borderline type): <input type="checkbox"/> memory of perceptions, thoughts or feelings about split	
parts of self or others without emotional relevance or	
<input type="checkbox"/> lack of concern, anxiety of emotional reaction about serious	
or pressing need, conflict or danger.	126
Definition and clinical manifestations.	126
Scoring this item.	126

	113
2.5. Omnipotence: highly inflated, grandiose self-representations.	126
Definition and clinical manifestations.	126
Scoring this item.	127
2.6. Devaluation: depreciated, emotionally degrading representations of others.	127
Scoring this item.	127
2.7. Omnipotent control.	128
Scoring this item.	128
3. Lack of Reality Testing.	129
Definition and clinical manifestations.	129
Scoring this dimension.	129
3.1. Lack of differentiation between self and others.	130
Scoring this item.	130
3.2. Failure to differentiate intra-psychic from external origins of perceptions and stimuli (hallucinations or delusions).	130
Scoring this item.	130
3.3. Lack of capacity to realistically evaluate one's own affect, behavior, and thought content in terms of ordinary social norms in the session.	131
Scoring this item.	131
3.4. Presence of grossly inappropriate or bizarre affects, thought contents or behaviors.	131
Scoring this item.	131
4. Quality of Object Relations.	132
Definition.	132
Scoring this item.	132
1. Symbiotic with fear of disintegration and annihilation.	132
Definition and clinical manifestations.	132
2. Borderline Object relations.	133
Definition and clinical manifestations.	133
2a. Low Borderline Organization with fear of the object (schizoid, schizotypal, paranoid, hypomania).	134
Specification.	134
2b. Low Borderline Organization with control of the object (malignant narcissistic, antisocial).	134
Specifications.	134
2c. High Borderline Organization with fear of abandonment (borderline sadomasochistic, cyclothymic, histrionic, narcissistic, dependent).	135
Evaluation.	135
3. Oedipal with fear of castration - depression (hysteria, depressive masochistic, obsessive- compulsive).	135
Definition.	135
References	136

EXAMPLES	137
Example A.	138
Psychotic Personality Organization.	139
PODF.	139
Demographics.	140
SCID-II: Scoring sheet.	141
SCID-I: Scoring sheet.	144
Narratives	147
Narrative 1.	147
Narrative 2.	147
Narrative 3.	147
Example B.	149
Low Borderline Personality Organization.	150
PODF.	150
Demographics.	151
SCID-II: Scoring sheet.	152
SCID-I: Scoring sheet.	154
Narratives.	156
Narrative 1.	156
Narrative 2.	156
Narrative 3.	158
Example C.	161
Medium Borderline Personality Organization.	162
PODF.	162
Demographics.	163
SCID-II: Scoring sheet.	164
Narratives.	166
Narrative 1.	166
Narrative 2.	166
Narrative 3.	167
Narrative 4.	167
Example D.	168
High Borderline Personality Organization.	169
PODF.	169
Demographics.	170
SCID-II: Scoring sheet.	171
SCID-I: Scoring sheet.	173
Narratives.	175
Narrative 1.	175
Narrative 2.	175
Narrative 3.	176

Example E.	178
Neurotic Personality Organization.	179
PODF.	179
Demographics.	180
SCID-II: Scoring sheet.	181
SCID-I: Scoring sheet.	183
Narratives	185
Narrative 1.	185
Narrative 2.	185
Narrative 3.	186

THE PODF MANUAL FOR SCORING

Otto F. Kernberg's Object Relations theory.

Kernberg (1995) proposes a mixed model for personality organizations and personality disorders integrating both category-based (e.g. DSM) and dimensional (e.g. 5-factor) approaches (Lenzenweger and Clarkin, 1995). This model defines three types of personality organizations (psychotic, borderline, and neurotic) and is based on an Object Relations theory, which combines etiological, developmental, structural, and impulse action elements, within a scale ranging from normalcy to pathology. These three organizations can be distinguished based on four dimensions of psychological functioning: integration of self, defense mechanisms, perception of reality, and object relations (see Figure 1).

Figure 1. Kernberg's model of personality organizations.

Personality Organization	DSM-IV Personality Disorders	Dimensions			
		Identity Diffusion	Primitive Defense mechanisms	Lack of Reality Testing	Object Relations
Neurotic	Obsessive-compulsive				Oedipal with fear of castration
High Borderline	Dependent Histrionic Narcissistic Borderline	✓	✓		Anaclitic with fear of abandonment
Medium Borderline	Antisocial	✓	✓		Anaclitic with control of the object
Low Borderline	Paranoid Schizoid Schizotypal	✓	✓		Anaclitic with fear of the object
Psychotic	None	✓	✓	✓	Symbiotic with fear of annihilation

Empirical Scoring Model for Kernberg's Theory.

There are very few instruments which make it possible to measure the various dimensions in Kernberg's theory in a way allowing to formulate a structural diagnosis. For a long time the only available tool was the Structural Assessment Interview (SAI; Kernberg et al., 1975), an interview aiming at the emergence of the subject's personality structure thanks to psychodynamic techniques such as clarification, confrontation and interpretation. Although recent studies have tended to show its reliability (Derksen, Hummelen, & Bouwens, 1994), the SAI is costly and can only be used by experienced clinicians. Kernberg and Clarkin (1985) thus developed the Inventory of Personality Organization (IPO). As it is a self-revealing questionnaire, the IPO is less costly and easier to use than its predecessor. However, it is still in the development phase and its psychometric properties have not yet been clearly established.

The PODF is a scoring grid serving to make Kernberg's theory (1995) operational. From the start, we wanted the PODF to be a very flexible and relatively easy instrument. It is therefore meant to be used in any type of context (outpatient clinics, in-patient clinics, and laboratories) as well as with all kinds of materials (more or less structured interviews, clinical files, personality test results, etc). We believe its use may help develop and refine the evaluation and treatment of personality disorders. Recent studies have shown that the PODF has satisfactory psychometric properties.

The PODF may be scored from different types of materials: content intakes, more or less unstructured interviews, accounts of interpersonal interactions, clinical files, various test results (MMPI, MCMI, SCID...), etc. Obviously, the present paper does not allow for detailed examples and illustrations of each item based on all possible types of materials. We have had to make choices and we believe our readers can easily generalize from the explanations provided here and extend them to the kinds of materials available to them. The materials used here include: (1) demographic data, (2) the Structured Clinical Interview for DSM-III-R; Personality Disorders (SCID-II), a semi-structured interview for evaluating Axis II of DSM-III-R (APA, 1987), (3) the Structured Clinical Interview for DSM-III-R; Axis I (SCID-I), a

semi-structured interview for evaluating Axis I of DSM-III-R (APA, 1987), and finally (4) the Relationship Anecdotes Paradigm (RAP), a non-structured interview developed by Luborsky (1978b) aiming to elicit accounts of interpersonal interactions on the part of the subject.

1. Identity Diffusion.

Definition.

Identity diffusion is characteristic of borderline and psychotic personality organizations. Theoretically, the following assumptions underlie the lack of integration of self and of the concept of significant other: (a) In borderline personality organization, there is enough differentiation of self-representations from object representations to permit the maintenance of ego boundaries (That is, sharp delimitation between the self and others). In psychotic structures, by contrast, a regressive refusion, or lack of differentiation between self and object representations is present. (b) In contrast to neurotic structure, where all self images (both “good” and “bad”) have been integrated into a comprehensive self, and where “good” and “bad” images of others can be integrated into comprehensive concepts of others, in borderline personality organization such integration fails, and both self and objects representations remain multiple, contradictory, affective – cognitive representations of self and others. (c) This failure to integrate “good” and “bad” aspects of the reality of self and others is presumably due to the predominance of severe early aggression activated in these patients: Dissociation of “good” and “bad” self and object representations in effect protects love and goodness from contamination by overriding hate and badness (Kernberg, 1980).

Clinical manifestation.

Diagnostically, identity diffusion appears in the patient’s inability to convey significant interactions with others to an interviewer, who thus cannot emotionally empathize with the patient’s conception of himself and others in such interactions.

In the interview, identity diffusion is reflected in a history of grossly contradictory behavior, or in an alternation between emotional states implying such grossly contradictory behavior and perception of self that the interviewer finds it very difficult to see the patient as a “whole” human being.

Identity diffusion is also reflected in descriptions of significant persons in the patient's life that do not permit the interviewer "to put them together", to gain any clear picture of them; the description of significant others is frequently so grossly contradictory that they sound more like caricatures than like real people (Kernberg, 1980).

1.1 Subjective experience of emptiness.

Scoring this item.

For this item to be scored, the subject must report that he often feels bored or empty inside. For example, in SCID-II, if the score given by the subject for question #100 ("Do you often feel bored or empty inside?") is 3, then item 1.1 must be scored automatically.

1.2. Contradictory self-perceptions or object-perceptions.

Scoring this item.

Contradictory object-perceptions.

If the subject relates a pattern of unstable and intense relationships characterized by alternating extremes of over-idealizing and belittling, then item 1.2 must be scored. For example, if the score given by the subject for SCID-II question # 89 ("Do your relationships with people you really care about have a lot of ups and downs? Were there times when you thought they were everything you wanted and then other times when you thought they were terrible?") is 3, then item 1.2 must be scored automatically.

Contradictory self-perceptions.

If the subject relates marked and persistent identity disturbance manifested by uncertainty about at least two of the following: self-image, sexual orientation, long-term goals or career choice, type of friends desired, preferred values, then item 1.2 must be scored.

SCID-II questions # 96-99 may constitute good examples of contradictory self-perceptions:

Question # 96: "Are you different with different people or in different situations so that you sometimes don't know who you really are?"

Question # 97: "Are you often confused about your long-term goals or career plans?"

Question # 98: "Do you often change your mind about the types of friends or lovers you want? (Do you ever feel confused about whether you're gay or straight?)"

Question # 99: "Are you often not sure what your real values are?"

1.3. Contradictory behaviors that cannot be integrated with emotional experiences.

Scoring this item.

For this item to be scored, the subject must report potentially dangerous and self-destructive impulsive behaviors, e.g. compulsive spending, compulsive sexual behavior, substance abuse, shoplifting, reckless driving, compulsive eating. However, suicidal or self-mutilation behaviors are not included. If the subject reports having temper outbursts, with displays of uncontrollable anger (e.g. frequent displays of temper, anger, recurrent physical fights), then item 1.3 must be scored.

SCID-II questions # 90-93 may constitute good examples of contradictory behaviors that cannot be integrated with emotional experiences.

Question # 90: "Have you often done things impulsively? What kinds of things?"

Question #92: "How about..."

- ... buying things you really couldn't afford?
- ... having sex with people you hardly knew, or "unsafe sex"?
- ... drinking too much or taking drugs?
- ... driving recklessly?
- ... uncontrollable eating?
- ... shoplifting?"

Question # 93: “Do you often have temper outbursts or get so angry that you lose control? Do you hit people or throw things when you get angry?”

1.4. Shallow, flat, impoverished perceptions of others.

Scoring this item.

For this item to be scored, the descriptions of others given by the subject in at least 2 out of 3 accounts must be a lot poorer than what is normally expected, or there must not be any show of empathy towards others. Others are seen as mere utility objects, significantly lacking psychological depth and consistency. It is virtually impossible to come up with a representation of such others.

SCID-I and SCID-II do not provide direct information for this item. Narratives and other session material do.

2. Primitive Defense Mechanisms.

Definition and clinical manifestation.

In a neurotic personality structure, the defensive organization centers on repression and other higher-level defensive operations such as reaction formation, isolation, undoing, intellectualization, and rationalization. These defenses protect the ego from intra-psychic conflicts by rejecting a drive derivative or its ideational representation, or both, from the conscious ego.

Borderline and psychotic structures, in contrast, are characterized by a predominance of primitive defensive operations, especially the mechanism of splitting. They protect the ego by means of dissociation, or actively keeping apart contradictory experiences of the self and of significant others. When such mechanisms predominate, contradictory ego states are alternatively activated. As long as these contradictory ego states can be kept separate from each other, anxiety related to these conflicts is prevented and controlled. The mechanism of primitive dissociation, or splitting, and the associated mechanisms of primitive idealization, primitive types of projection (particularly projective identification), denial, omnipotence, and devaluation protect the borderline patient from intra-psychic conflict but at the cost of weakening ego functioning, thereby reducing adaptive effectiveness and flexibility in life. These same primitive defensive operations when found in psychotic organization protect the patient from further disintegration of the boundaries between self and object (Kernberg, 1980; Moore & Fine, 1995, Moore & Fine, 1990).

2.1. Splitting: □ division of others into "all good" and "all bad" or
□ sudden and complete reversal of feelings and conceptualizations about others or
self.

Definition and clinical manifestations.

Probably the clearest manifestation of splitting is the division of external objects into “all good” and “all bad”, with the concomitant possibility of complete, abrupt shifts of an object from one extreme to the other — that is, sudden and complete reversals of all feelings and conceptualizations about a particular person. Extreme repetitive oscillation between contradictory self concepts is another manifestation of the mechanism of splitting. An increase in the patient’s anxiety when contradictory aspects of his self-image or his object representations are pointed out to him also indicates the mechanism of splitting.

Scoring this item.

This item can be scored on the basis of narratives, session materials, and SCID-II. For this item to be scored, the subject must show a pattern of unstable and intense relationships characterized by alternating extremes of over-idealizing and belittling. Moreover, if the subject relates evidence of affective instability: marked shifts from baseline mood to depression, irritability, or anxiety, usually lasting a few hours and only rarely more than a few days, then item 2.1 must be scored.

SCID-II questions # 89 and 91 may be good examples of clinical manifestations of this item.

Question # 89: “Do your relationships with people you really care about have a lot of ups and downs?”

Question # 91: “Were there times when you thought they were everything you wanted and then other times when you thought they were terrible? How many relationships were like this? Are you a "moody" person? How long do your "bad" moods last? How often do these mood changes happen?”

2.2. Primitive idealization: unrealistic, artificial and powerful images of others in terms of their all-good qualities.

Definition and clinical manifestations.

This mechanism complicates the tendency to see external objects as either totally good or totally bad by increasing – artificially and pathologically – their “goodness” and “badness”. Primitive idealization creates unrealistic and powerful all-good images. The idealized person may be seen as a potential ally against equally powerful (and equally unrealistic) “all-bad” objects.

Scoring this item.

This item can be scored on the basis of narratives.

2.3. Primitive projection and projective identification: ♦ experience of the projected impulse, and ♦ fear of the other, and ♦ need to control this other.

Definition and clinical manifestations.

In contrast to higher levels of projection characterized by the patient’s attributing to the other person an impulse he has repressed in himself, primitive forms of projection, particularly projective identification, are characterized by (1) the tendency to continue to experience the impulse that is simultaneously being projected onto the other person, (2) fear of the other person under the influence of that projected impulse, and (3) the need to control the other person under the influence of this mechanism.

Scoring this item.

This item can be scored on the basis of narratives.

- 2.4. Denial (borderline type): memory of perceptions, thoughts or feelings about split parts of self or others without emotional relevance or
 lack of concern, anxiety of emotional reaction about serious or pressing need, conflict or danger.

Definition and clinical manifestations.

Denial in borderline patients is typically exemplified by denial of two emotionally independent areas of consciousness; it might be said that denial here simply reinforces splitting. The patient is aware that his/her perceptions, thoughts, and feelings about himself or other people at one time or another are completely opposite to those he has had at other times, but this memory has no emotional relevance and cannot influence the way s/he feels now. Denial may be manifested as a complete lack of concern, anxiety, or emotional reaction about an immediate, serious, pressing need, conflict, or danger in the patient's life, so that the patient calmly conveys his/her cognitive awareness of the situation while denying its emotional implications. Alternatively, an entire area of the patient's subjective awareness may be shut out from his/her subjective experience, thus protecting him/her from a potential area of conflict.

Scoring this item.

This item can be scored on the basis of narratives.

2.5. Omnipotence: highly inflated, grandiose self-representations.

Definition and clinical manifestations.

Both omnipotence and devaluation are derivatives of splitting operations affecting the self and object representation, and are typically represented by the activation of ego states reflecting a highly inflated, grandiose self, in relation to depreciated, emotionally degrading representations of others. Omnipotence and devaluation may become manifest in the patient's descriptions of significant others, as well as his/her behavior and interactions with them.

Scoring this item.

This item can be scored on the basis of narratives, session materials, and SCID-II. For this item to be scored, the subject must show a grandiose sense of self-importance, e.g. exaggerating his/her achievements and talents, or expecting to be noticed as “special” even in the absence of appropriate achievement. The item must also be scored if the subject believes that his/her problems are unique and can be understood only by other special people. Finally, this item must also be scored if the subject is preoccupied with fantasies of unlimited success, power, brilliance, beauty or ideal love, or has a sense of entitlement, i.e. unreasonable expectations of especially favorable treatment, assuming for example that s/he does not have to wait in line when others do, etc.

SCID-II questions # 80-85 may constitute good examples of the clinical manifestations of this item.

Question # 80: “Do you feel you are a person with special talents or abilities?”

Question # 81: “Have people told you that you have too high an opinion of yourself?”

Question # 82: “When you have a problem, do you almost always insist on seeing the top person? Is that true even for a relatively minor problem?”

Question # 83: “Do you often daydream about achieving great things or being famous?”

Question # 84: “Do you often daydream about having a "perfect" romance?”

Question # 85: “Do you think that it's not necessary to follow certain rules or social conventions when they get in your way? Do you feel that your situation is special so that you require preferential treatment?”

2.6. Devaluation: depreciated, emotionally degrading representations of others.Scoring this item.

This item can be scored on the basis of narratives.

2.7. Omnipotent control.

Scoring this item.

This item can be scored on the basis of narratives. For this item to be scored, the objects present in the various descriptions must be seen only as objects, i.e. must not be invested as subjects. Control over objects must be complete, at least at a fantasy level. Such a score almost always automatically implies a 2b score for quality of object relations, either malignant narcissistic or antisocial.

3. Lack of Reality Testing.

Definition and clinical manifestations.

Both neurotic and borderline personality organizations show maintenance of reality testing, in contrast to psychotic personality structures. Therefore, while identity diffusion syndrome and predominance of primitive defensive operations permit structural differentiation of borderline from neurotic conditions, reality testing allows to differentiate borderline personality organization from the major psychotic syndromes. Reality testing is defined by the capacity to differentiate self from non-self, intra-psychic from external origins of perceptions and stimuli, and the capacity to realistically evaluate one's own affect, behavior, and thought content in terms of ordinary social norms. Clinically, reality testing is recognized by (1) the absence of hallucinations and delusions; (2) the absence of grossly inappropriate or bizarre affect, thought content, or behavior; and (3) the capacity to empathize with and clarify other people's observations of what seem to them inappropriate or puzzling aspects of the patient's affects, behavior, or thought content within the context of ordinary social interactions. Reality testing needs to be differentiated from alterations in the subjective experience of reality, which may be present at some time in any patient with psychological distress, and from the alteration of the relation to reality that is present in all character pathology as well as in more regressive, psychotic conditions (Kernberg, 1980).

Scoring this dimension.

In order to score this aspect, one should look for crosschecks between narratives, SCID-I, and SCID-II, especially between SCID-I questions regarding psychoses (section 13, questions 57-70), and SCID-II questions regarding paranoid, schizotypal, and schizoid personality disorders (questions 48-69).

The presence of such items almost invariably involves a psychotic organization or a low borderline organization (2a).

3.1. Lack of differentiation between self and others.

Scoring this item.

This item can be scored on the basis of narratives, session material, SCID-I, and SCID-II. Some SCID-I questions regarding delusions may provide reliable indications of the subject's incapacity to distinguish self from others, but it does not necessarily follow that the item must be scored automatically if the subject answers these questions in the affirmative.

Have you ever received special messages from television, radio, newspapers or familiar objects?

Have you ever had the feeling that someone or something outside yourself was able to control your thoughts or your actions against your will?

Have you ever had the feeling that thoughts that were foreign to you had been introduced into your mind by someone else?

Have you ever had the feeling that someone or something was able to steal your thoughts from your mind?

Have you ever had the feeling that other people could hear your thoughts?

3.2. Failure to differentiate intra-psychic from external origins of perceptions and stimuli (hallucinations or delusions).

Scoring this item.

This item can be scored on the basis of narratives, session material, SCID-I, and SCID-II. Some SCID-I questions regarding hallucinations, as well as SCID-II question # 64, may provide evidence that the subject actually does suffer from an inability to distinguish the intra-psychic from the external origin of stimuli and perceptions, but it does not necessarily follow that the item must be scored automatically if the subject answers these questions in the affirmative.

SCID-I :

Have you ever heard sounds that other people could not hear, such as noises or voices of people whispering or talking?

Have you ever had visions or have you ever seen things that other people could not see?

Have you ever experienced strange sensations in your body or on your skin?

Have you ever perceived smells that others were not able to smell?

SCID-II :

Question # 64: Have you had the experience of looking at a person or at yourself in the mirror and seeing the face change right before your eyes?

3.3. Lack of capacity to realistically evaluate one's own affect, behavior, and thought content in terms of ordinary social norms in the session.

Scoring this item.

This item can be scored on the basis of narratives, session material, SCID-I, and SCID-II. This item must be scored if the subject is unable to realize that other people see him/her as weird, if s/he is incapable of taking a distance from his/her situation, or if s/he relates bizarre things or events during sessions without calling attention to them.

3.4. Presence of grossly inappropriate or bizarre affects, thought contents or behaviors.

Scoring this item.

This item can be scored on the basis of narratives, session material, SCID-I, and SCID-II. This item must be scored if the subject's narratives contain serious flaws either in form or content. The subject's general attitude during the course of the evaluation should also be considered, as well as any relevant data reported in SCID-I and II. Moreover, the various SCID-II questions relating to schizoid, schizotypal, and paranoid personality disorders may provide reliable evidence of the "presence of grossly inappropriate or bizarre affects, thought contents, or behavior."

4. Quality of Object Relations.

Definition.

A closely related structural issue has to do with quality of object relations: the stability and depth of the patient's relations with significant others as manifested by warmth, dedication, concern, and tactfulness. Other qualitative aspects are empathy, understanding, and the ability to maintain a relationship when it is invaded by conflict or frustration. The quality of object relations is largely dependent on identity integration, which includes not only the degree of integration but also the temporal continuity of the patient's idea of self and of others. In a neurotic personality organization, the patient's experience of self remains consistent through time, under varying circumstances and with different people, and s/he experiences conflict when contradictions emerge in his/her image of self. The same applies to his/her experience of others. However, in borderline personality organization, temporal continuity is lost, and such patients have little capacity for a realistic evaluation of others. The borderline patient's long-term relations with others are characterized by an increasingly distorted perception of them. S/he fails to achieve real empathy, relations with others are chaotic or shallow, and intimate relations are usually contaminated by their typical condensation of genital and pre-genital conflicts (Kernberg, 1980).

Scoring this item.

This item can be scored on the basis of narratives, session material, SCID-I, and SCID-II.

1. Symbiotic with fear of disintegration and annihilation.

Definition and clinical manifestations.

The psychotic structure corresponds to a flaw in primary narcissistic organization during the first moments of life. It is impossible for the child to be considered an object that is

separate from the “subject-mother”. Depending on the type of psychosis, this symbiotic relationship with the mother is endlessly repeated on an interpersonal level; a true object relation is not possible, neither genital nor anaclitic, even though the latter mode is certainly less demanding. In the most regressive cases of schizophrenia, the relationship is neither dual nor triadic, let alone triangular. The superego has by no means reached the point where it can play a basic organizational or conflicting role. The self never becomes whole; instead it is fragmented from the start, whether this fragmenting is apparent or whether some fragments are kept together (provided no compensation effect occurs). The underlying anguish is not focussed on genital castration or on the loss of the object, but rather on disintegration, annihilation, bursting. The underlying conflict is caused neither by the superego nor by the ideal of self, but rather by a confrontation between reality and elementary impulses, leading to a denial of all those aspects of reality which have become too much of a burden to bear. It may even lead to delusions if too great a part of reality has been denied and it becomes necessary to invent a new, favorable reality, which, though absurd, is indispensable for life support. Fear of annihilation is a grim kind of anguish made of desperation and withdrawal (Bergeret, 1974).

2. Borderline Object relations.

Definition and clinical manifestations.

Object relations in borderline organization are said to be anaclitic. Typically, borderline object relations rely on the object, in passive expectation begging for positive satisfaction, as well as in aggressive manipulation in ways that may or may not be evident. Anaclitic object relations are indeed highly dependent relations between two people, but such dependence is very different from that which characterizes the symbiotic relation between a psychotic person and his/her mother. The anguish which is typical of borderline organizations is fear of depression. This occurs when the subject imagines that his/her anaclitic object might be taken away from him/her. Thus, this is actually a fear of losing the object, for without the object the anaclitic becomes depressed. Fear of losing the object is somewhere between fear of annihilation and fear of castration. It concerns both the past and the future. As Greenson (1959) points out, it is reminiscent of an unhappy past but by the same token it indicates the

hope of being saved thanks to a relation of dependence which may be fruitful to the other (Bergeret, 1974).

2a. Low Borderline Organization with fear of the object (schizoid, schizotypal, paranoid, hypomania).

Specification.

This type of object relation involves extensive, long-lasting projection of bad internal objects onto external objects. The subject has a deep fear of the object with which mere contact involves the risk of losing his/her identity.

2b. Low Borderline Organization with control of the object (malignant narcissistic, antisocial).

Specifications.

This type of object relation implies the presence of a very archaic, idealized, persecuting and sadistic precursor of the superego. The object relation is basically one of exploitation aiming at gaining omnipotent control of the object.

There is something Machiavellian in this type of object relation; everything is coldly planned and calculated. What differentiates malignant narcissistic personality from antisocial personality is that the former does not engage exclusively in exploitation-type relationships. Indeed, a person suffering from malignant narcissistic personality is capable maintaining some good relationships.

2c. High Borderline Organization with fear of abandonment (borderline sadomasochistic, cyclothymic, histrionic, narcissistic, dependent).

Evaluation.

This item can be scored on the basis of narratives and SCID-II. The subject must report a fear of being abandoned, of being left without anyone to take care of him/her. SCID-II questions # 17 and 101 may provide good examples of the clinical manifestations of object relations typical of high borderline organization.

Question #17: "Do you worry a lot about people that you care about leaving you?"

Question #101: "Have you often become frantic when you thought that someone you really cared about was going to leave you? What have you done?"

3. Oedipal with fear of castration - depression (hysteria, depressive masochistic, obsessive-compulsive).

Definition.

Neurotic object relations are actualized in a fully genital and object mode; the object maintains a proximal position, existing as such and sought for this very reason. Neurotic conflict takes place between the superego and impulses, and is played out within the ego. In a neurotic structure the ego is whole, but may be distorted at its various levels of functioning, either following problems in the Oedipal phase or because of pre-genital fixations which later disturbed genital elaboration; but the ego is never split. The fear specific to neurotic organizations has nothing to do with fear of disintegration, but rather with the danger of castration. Fear of castration is a fear which has to do with guilt, but it is a guilt which is projected erotically into an anticipated future (Bergeret, 1974).

References

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd Edition, Revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bergeret, J. (1974). La personnalité normale et pathologique. Paris: Bordas.

Derksen, J. J., Hummelen, J W., Bouwens, P. J. (1994). Interrater reliability of the structural interview. Journal of Personality Disorders, 8, 131-139.

Greenson, R., R. (1959).

Hébert, É., & Diguer, L. (1999). Construct validity and interrater reliability of the Personality Organization Diagnostic Form (PODF). Poster at the Society for Psychotherapy Research, Braga, Portugal.

Kernberg, O. F. (1980). Internal World and External Reality. New York: Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1995). A psychoanalytic theory of personality disorders. In Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (Ed.), Major theories of personality disorders (pp. 106-140). New York: The Guilford Press.

Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (1995). The personality disorders: History, classification, and research issues. In Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (Ed.), Major theories of personality disorders (pp. 1-35). New York: The Guilford Press.

Moore, B. E., & Fine, B. D. (1995). Psychoanalysis: The major concepts. Yale university Press: New Haven.

Moore, B. E., & Fine, B. D. (1990). Psychoanalytic terms and concepts. The American Psychoanalytic Association and Yale university Press: New Haven and London.

Examples

Example A.

Psychotic Personality Organization

Psychotic Personality Organization

PODF.

1. Identity Diffusion

- 1.1. Subjective experience of emptiness
- 1.2. Contradictory self-perceptions or object-perceptions
- 1.3. Contradictory behaviors that cannot be integrated with emotional experiences
- 1.4. Shallow, flat, impoverished perceptions of others

2. Primitive Defense Mechanisms

- 2.1. Splitting: division of others into "all good" and "all bad" or sudden and complete reversal of feelings and conceptualizations about others or self.
- 2.2. Primitive idealization: unrealistic, artificial and powerful images of others in terms of their all-good qualities.
- 2.3. Primitive projection and projective identification: experience of the projected impulse, and fear of the other, and need to control this other.
- 2.4. Denial (borderline type):
 - memory of perceptions, thoughts or feelings about split parts of self or others without emotional relevance or
 - lack of concern, anxiety of emotional reaction about serious or pressing need, conflict, or danger.
- 2.5. Omnipotence: highly inflated, grandiose self-representations
- 2.6. Devalorization: depreciated, emotionally degrading representations of others.
- 2.7. Omnipotent control

3. Lack of Reality Testing

- 3.1. Lack of differentiation between self and others.
- 3.2. Failure to differentiate intra-psychic from external origins of perceptions and stimuli (hallucinations or delusions).
- 3.3. Lack of capacity to realistically evaluate one's own affect, behavior, and thought content in terms of ordinary social norms in the session.
- 3.4. Presence of grossly inappropriate or bizarre affects, thought contents or behaviors.

4. Quality of Object Relations

- 1. Symbiotic with fear of disintegration and annihilation
- 2a. Low Borderline Organization with fear of the object (schizoid, schizotypal, paranoid, hypomania).
- 2b. Low Borderline Organization with control of the object (malignant narcissism, antisocial)
- 2c. High Borderline Organization with fear of abandonment (borderline sadomasochistic, cyclothymic, histrionic, narcissism, dependent).
- 3. Oedipal with fear of castration - depression (hysteria, depressive masochistic, obsessive-compulsive).

Guidelines for Diagnosis

Personality Organizations	Structural Characteristics			
	Identity Diffusion	Primitive Defenses	Lack of Reality Testing	Type of Object Relations
Neurotic				3
Borderline	✓	✓		2a, 2b, 2c
Psychotic	✓	✓	✓	1
	<input type="checkbox"/>	Diagnosis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Demographics.**AGE**

1. Between 18 and 24
2. Between 25 and 34
3. Between 35 and 44
- 4. Between 45 and 54**
5. 55 years old and over

SEX

1. Male
- 2. Female**

WORK SITUATION (If more than one answer, please indicate all applicable ones)

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 1. Full-time student | 2. Part time student |
| 3. Unemployed | 4. Health and welfare |
| 5. Housekeeper | 6. <u>Retired</u> |
| 7. Work full-time | 8. Work part time |

Type of work: _____

ANNUAL INCOME

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. <u>\$10,000 or less</u> | 2. Between \$10,000 and \$20,000 |
| 3. Between \$20,000 and \$30,000 | 4. Between \$30,000 and \$40,000 |
| 5. Between \$40,000 and \$50,000 | 6. More than \$50,000 |

MARITAL SITUATION

- 1. Single**
2. Married or in cohabitation
3. Divorced and single
4. Divorced but lives with someone
5. Widowed

EDUCATION

- | | | |
|------------|--|-----------------|
| 1. Primary | 2. High school | |
| 3. College | 4. <u>University: Bachelor's Degree</u> | Master's Degree |
| Doctorate | | |

HAS THIS EDUCATION BEEN COMPLETED?

- 1. Yes**
2. No

DO YOU HAVE CHILDREN?

1. Yes

How many? _____

Do you live with them? _____

- 2. No**

Do you live with children under your charge? _____

SCID-II: Scoring sheet.

Question 1.	3	
Question 2.	3	
Question 3.	3	
Question 4.	1	
Question 5.	1	
Question 6.	1	
Question 7.	1	
<u>Avoidant Personality Disorder</u>		
(at least 4 criteria)		2
Question 8.	3	
Question 9.	1	
Question 10.	1	
Question 11.	3	
Question 12.	1	
Question 13.	2	
Question 14.	3	
Question 15.	3	
Criterion no 9		
(question no1)	3	
<u>Dependent Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		3
Question 16.	1	
Question 17.	1	
Questions 18,19.	1	
Question 20.	1	
Question 21.	2	
Questions 22,23.	3	
Question 24.	1	
Question 25.	1	
Question 26.	3	
<u>Obsessive-Compulsive Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1
Question 27.	1	
Question 28.	1	
Question 29.	1	
Question 30.	1	
Question 31.	1	
Question 32.	1	
Question 33.	2	
Question 34.	1	
Question 35.	1	
<u>Passive Aggressive Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Questions 36,37.	1	
Questions 38,39.	1	
Question 40.	1	
Question 41.	1	
Questions 42,43.	1	
Question 44.	1	
Question 45.	1	
Questions 46,47.	1	
<u>Self-Defeating Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1
Question 48	1	
Question 49.	1	
Question 50.	1	
Question 51.	1	
Question 52.	1	
Question 53.	3	
Questions 54,55.	3	
<u>Paranoid Personality Disorder</u>		
(at least 4 criteria)		1
Questions 56,57.	1	
Question 58.	3	
Questions 59,60,61	3	
Questions 62,63,64.	3	
Criterion (5)	1	
Criterion (6)	3	
Criterion (7)	1	
Criterion (8)	3	
Criterion (9)	1	
<u>Schizotypal Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		3
Question 65.	1	
Question 66.	1	
Question 67.	1	
Question 68.	1	
Question 69.	1	
Criterion (6)	3	
Criterion (7)	3	
<u>Schizoid Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 70.	1	
Question 71.	1	
Question 72.	1	
Question 73.	1	
Question 74.	1	
Criterion no 6	1	
Question 75.	1	
Criterion no 8	1	
<u>Histrionic Personality Disorder</u>		
(at least 4 criteria)		1

Question 76.	1	
Questions 77,78		1
Questions 79,80		3
Question 81.	1	
Question 82.	1	
Question 83	1	
Question 84.	1	
Question 85.	1	
Question 86.	1	
<u>Narcissistic Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 87.	1	
Question 88.	1	
Question 89.	1	
Question 90,91.	1	
Question 92.	1	
Q.93,94,95,96	1	
Question 97.	1	
Question 98.	1	
<u>Borderline Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Criterion A 3

Before 15 years old:

Question 99.	3
Question 100.	1
Question 101.	1
Question 102.	1
Question 103.	1
Question 104.	1
Question 105.	1
Question 106.	1
Question 107.	1
Question 108.	1
Question 109.	1
Question 110.	1

End if less than 3 criteria

Since 15 years old:

Criterion 1.	
Criterion 2.	
Criterion 3.	
Criterion 4.	
Criterion 5.	
Criterion 6.	
Criterion 7.	
Criterion 8.	
Criterion 9.	
Criterion 10.	

Antisocial Personality Disorder (criterion A plus 3 criteria before 15 years old plus 4 criteria since 18 years old)

1

Not Otherwise Specified Personality Disorder

1

Summary : This woman claims to be suffering from paranoid schizophrenia. Since 1995, her medications have been Flualexol, Lectopam, and Cogentin. She was a career advisor from 1975 to 1987. She worked as an information agent for Canada Post Corporation from 1987 to 1990, and for what is now the Ministry of Environment and Wildlife from 1990 to 1991. She hasn't worked since that time. She mentioned that she has a special talent to draw astrological birthcharts, of which she drew 200 in 1993. She claims to have had contact with her dead grandmother, who was also clairvoyant. She says her grandmother predicted she would have a very happy life and promised to look after her and protect her. During her evaluation, she reported the fact that she keeps 8 cans of bleach at home and that she could use them to

commit suicide. Finally, she claims to have 3 “loves” in her life. The first is Marco, a former lover who left her for another woman. They had been together from 1987 to 1992. He came back to her 3 months after he had left her for the other woman and has been taking care of her since that time. He acts as her cook. The second is Daniel, a man she went out with in 1985 and 1986. She was alone for 22 days before she started seeing Marco. They have remained friends and he takes her everywhere. He acts as her chauffeur. Finally, Jean-Denis is her lover. She says she needs a lover to protect herself in the event that Marco might abandon her.

SCID-I: Scoring sheet.

<p>1. Major Depressive Disorder</p> <p>1. Yes Depressed</p> <p>2. No</p> <p>3. Yes</p> <p>4. Yes</p> <p>5. Yes</p> <p>Loss of interest</p> <p>6. No</p> <p>7.</p> <p>8.</p> <p>9. No</p> <p>10.</p> <p>11.</p>	<p>4. Panic Disorder</p> <p>30. Yes</p> <p>31. No</p> <p><u>Fear of dying</u></p> <p>32. Yes</p> <p>33.</p>	<p>10. Somatoform Disorders</p> <p>49. No</p> <p>50. No</p> <p>51. No</p> <p>52. No</p>
<p>2. Chronic Major Depressive Disorder or Dysthymic Disorder</p> <p>12. No</p> <p>13.</p> <p>14.</p> <p>15.</p> <p>16.</p> <p>17.</p> <p>18.</p> <p>19.</p> <p>20.</p>	<p>5. Phobias</p> <p>34. Yes</p> <p>35. No</p> <p>36. Yes</p> <p><u>Sight of blood, being in enclosed spaces, thunder and lightning.</u></p>	<p>11. Anorexia Nervosa</p> <p>53. Yes</p> <p>54. Yes</p>
<p>3. Former Major Depressive Disorder, Dysthymic Disorder and Cyclothymic Disorder</p> <p>21. Yes</p> <p>22. No</p> <p>23.</p> <p>24. No</p> <p>25.</p> <p>26. No</p> <p>27.</p> <p>28. No</p> <p>29.</p>	<p>6. Obsessive-Compulsive Disorder</p> <p>37. Yes</p> <p>38. No</p>	<p>12. Bulimia Nervosa</p> <p>55. Yes</p> <p>56. No</p>
	<p>7. Generalized Anxiety Disorder</p> <p>39. No</p> <p>40.</p> <p>41. No</p> <p>42.</p>	<p>13. Psychotic Disorders</p> <p>57. Yes</p> <p>58. No</p> <p>59. Yes</p> <p>60. Yes</p> <p>61. No</p> <p>62. No</p> <p>63. Yes</p> <p>64. Yes</p> <p>65. Yes</p> <p>66. Yes</p> <p>67. Yes</p> <p>68. Yes</p> <p>69. No</p> <p>70. Yes</p>
	<p>8. Alcohol Dependence</p> <p>43. No</p> <p>43.1</p> <p>44. No</p> <p>45. No</p>	<p>14. Adjustment Disorders</p>
	<p>9. Drug Addiction</p> <p>46. No</p> <p>47. No</p> <p>48. No</p>	<p>15. Sexual Disorders</p> <hr/>

Summary of diagnostic interview

For each disorder, give type of subquestions and diagnosis

MOOD DISORDERS: Major Depressive Disorder (single episode or recurrent, chronic or not, with or without psychotic features), Bipolar Disorder (depressed or hypomanic), Cyclothymic Disorder, Dysthymic Disorder.

She feels depressed when she is alone. She has suffered bouts of major depression following psychotic episodes. In 1991 and 92, immediately preceding and following her first psychotic episode, she says she had trouble sleeping and lacked appetite almost every day. She adds that her ability to think and concentrate was impaired and that she kept thinking of death, with recurrent suicidal thoughts. It is important to note that her boyfriend was seeing another woman at the time, although he and the patient were still living together. During her second psychotic episode in 1994, she also experienced loss of appetite and had sleeping problems. She felt empty, tired, aimless, guilty, and hopeless. This psychotic episode occurred following a friend's suicide.

ANXIETY DISORDERS: Panic Disorder, Agoraphobia, Social Phobia, Specific Phobia, Obsessive-compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder.

When psychotic, she cannot turn off the noises and voices she hears.

SUBSTANCE-RELATED DISORDERS: alcohol, drugs, or medications (specify).

SOMATOFORM DISORDERS: Hypochondriasis.

EATING DISORDERS: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa.

From age 15 to 33, she weighed 100 lbs. She is now 140. She was afraid of gaining weight at the time. She saw herself as fat. She didn't want to look like her mother, who is 200 lbs. She says that if she becomes too fat she is going to hate herself.

SCHIZOPHRENIA AND OTHER PSYCHOTIC DISORDERS

She may have suffered her first psychotic episode in 1982, following a car accident. She reports hearing train noises in her head continuously for 6 months. It also seems she suffered paranoid delusions in 1990. She was convinced that her upstairs neighbor was an arsonist and was planning to burn down the building. In 1992, she suffered her first diagnosed psychotic episode, following the breakup of a relationship. She had paranoid delusions about the new woman in her ex-boyfriend's life. She also heard gun shots in the walls and claims to have seen extra-terrestrials. She reports having tried to let herself die, i.e. she stopped going out, eating, drinking water and sleeping, but she was eventually found by her ex-boyfriend who called an ambulance. She suffered a relapse in 1994, following a friend's suicide. She mentions the fact that a rest in hospital was then necessary. She had another relapse in 1996.

after she was physically attacked by her downstairs neighbor. It is possible that she had persecutory delusions about him. She also believes her doctor hypnotized her from a distance during that period. _____

General impression of the subject: _____

Narratives.

Narrative 1.

P. My mother often says to me, 'Friends are better than husbands.' That's because she believes her own husband isn't very fond of her. She says, 'You have friends. They're better than husbands.' That's a sentence she often says to me. She says, 'A friend like D. is better than a husband.' She says, 'A husband wouldn't pick you up. He wouldn't drive you anywhere. He'd say, 'Set it up with the children, do something.' You're lucky because you have three friends, and that's better than husbands.' I'm running out of inspiration now.

T. Take your time. If you're having trouble, you can think about it.

P. Well, there are so many memories.

Narrative 2.

P. I had a sister, L., who died at the age of 12. I was 18. I was very sad. Because she was hit by a car. She was on her bicycle. She was riding her bike along the side of the house to come into the back yard, and at a certain point her right leg was torn away from her body... I mean her left leg, and then she died on the spot. I was very sad because I used to confide in her. But I guess she had been feeling her death coming, because that very morning, she had said to my dad, 'If I was sure to go straight to Heaven I wouldn't mind dying today.' That same evening she was dead.

T. She said that to your father?

P. Yes.

T. Do you recall an event with your sister?

P. Yes. She used to tell me about her boyfriends. She was twelve years old. She had a boyfriend. She was a precocious kid. She was going out with a neighbor that she liked a lot, R. B. She was very much in love. And I would tell her about my own relationships. So we would go for walks and tell each other about our love life, and she was my little confidante. So when she died, I lost my confidante. But I know she's up there somewhere looking after me. She gives me the inspiration to draw my astrological birthcharts. You need inspiration to be able to draw astrological charts. She's like a spiritual guide to me.

Narrative 3.

P. I'm beginning to need a little more time before I can find events to talk about... Oh yes. At home we were eleven children. That meant a lot of people around the table. With my grandmother and my parents there were 14 of us. It was always like a banquet. You see, we'd call it a party, a banquet, because every day it was like a banquet. There were 14 places at the

table. So when I ended up alone at University at age 19, it was extremely difficult for me to be alone, to cook for myself alone, to make things only for myself when I was used to... There were 14 of us. My mother worked and I helped her. Everyone pulled their weight in some measure. And it went very well. Then it seemed the food was no longer good. What I cooked was no good! Only what my mother made was good. So I became anorexic. I weighed 100 lbs. with the same build. So I was anorexic. I was anorexic from age 15 to 33.

T. From age 15...?

P. From 15 to 33.

T. But you said it happened when you were at University.

P. Oh yes, but I was anorexic at the time of the banquets too because I didn't want to get fat. I was careful about what I ate. But it got worse when I started University. I ate hardly anything, a bowl of soup, cream of tomatoes, or a tomato sandwich a day. That and a cup of coffee. That's enough to be called anorexic. I was nothing but skin and bones.

T. Because you were afraid to get fat?

P. Yes, that's right. I was obsessed with that. If I ate, I'd get fat.

T. So, your anorexia wasn't necessarily due to the fact that you couldn't cook for yourself.

P. No, no. (*Silence*) I stopped being anorexic when I met D. He said, 'I prefer my women a little more plump. You ought to gain a little weight.' So I started thinking, 'Ok, I'll gain a little weight.' I got up to 135 lbs. I stayed at 135 lbs. Now I'm 140, so I have 4 lbs. to lose. 5 lbs. to lose. I'm in no rush. If I'm to lose them, then I'll lose them. They say medication makes you put on weight, but in my case the... (?) ... Well it made me put on 10 lbs. in a month. I went up from 140 to 150.

T. The what?

P. Dipracta (?). So I wasn't happy. I banged on his desk. I said, 'That Dipracta! I want you to stop giving me that medication, do you hear? It made me put on 10 lbs. in a month.' I'd been taking it for two months. The first month I didn't gain any weight, but the second month I put on 10 lbs. I ate everything in sight. I was always hungry. At that point I got angry. With my current medication my weight is stable. I could even lose weight with this medication. I'm taking Fluanxol, Lectopan, and... (?).

T. Have you got any other events to relate?

Example B.

Low Borderline Personality Organization

Low Borderline Personality Organization.

PODF.

1. Identity Diffusion

- 1.1. Subjective experience of emptiness
- 1.2. Contradictory self-perceptions or object-perceptions
- 1.3. Contradictory behaviors that cannot be integrated with emotional experiences
- 1.4. Shallow, flat, impoverished perceptions of others

2. Primitive Defense Mechanisms

- 2.1. Splitting: division of others into "all good" and "all bad" or sudden and complete reversal of feelings and conceptualizations about others or self.
- 2.2. Primitive idealization: unrealistic, artificial and powerful images of others in terms of their all-good qualities.
- 2.3. Primitive projection and projective identification: ◆ experience of the projected impulse, and ◆ fear of the other, and ◆ need to control this other.
- 2.4. Denial (borderline type): memory of perceptions, thoughts or feelings about split parts of self or others without emotional relevance or lack of concern, anxiety of emotional reaction about serious or pressing need, conflict, or danger.
- 2.5. Omnipotence: highly inflated, grandiose self-representations
- 2.6. Devalorization: depreciated, emotionally degrading representations of others.
- 2.7. Omnipotent control

3. Lack of Reality Testing

- 3.1. Lack of differentiation between self and others.
- 3.2. Failure to differentiate intra-psychic from external origins of perceptions and stimuli (hallucinations or delusions).
- 3.3. Lack of capacity to realistically evaluate one's own affect, behavior, and thought content in terms of ordinary social norms in the session.
- 3.4. Presence of grossly inappropriate or bizarre affects, thought contents or behaviors.

4. Quality of Object Relations

- 1. Symbiotic with fear of disintegration and annihilation
- 2a. Low Borderline Organization with fear of the object (schizoid, schizotypal, paranoid, hypomania).
- 2b. Low Borderline Organization with control of the object (malignant narcissistic, antisocial)
- 2c High Borderline Organization with fear of abandonment (borderline sadomasochistic, cyclothymic, histrionic, narcissism, dependent).
- 3. Oedipal with fear of castration - depression (hysteria, depressive masochistic, obsessive-compulsive).

Guidelines for Diagnosis

Personality Organizations	Structural Characteristics			
	Identity Diffusion	Primitive Defenses	Lack of Reality Testing	Type of Object Relations
Neurotic				3
Borderline	✓	✓		2a, 2b, 2c
Psychotic	✓	✓	✓	1
		Diagnosis		
Borderline	■	■	<input type="checkbox"/>	2a.

Demographics.**AGE**

1. Between 18 and 24
- 2. Between 25 and 34**
3. Between 35 and 44
4. Between 45 and 54
5. 55 years old and over

SEX

1. Male
- 2. Female**

WORK SITUATION (If more than one answer, please indicate all applicable ones)

- | | |
|----------------------|-------------------------------------|
| 1. Full-time student | 2. Part time student |
| 3. Unemployment | 4. <u>Health and welfare</u> |
| 5. Housekeeper | 6. Retired |
| 7. Work full-time | 8. Work part time |

Type of work: _____

ANNUAL INCOME

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. <u>\$10,000 or less</u> | 2. Between \$10,000 and \$20,000 |
| 3. Between \$20,000 and \$30,000 | 4. Between \$30,000 and \$40,000 |
| 5. Between \$40,000 and \$50,000 | 6. More than \$50,000 |

MARITAL SITUATION

- 1. Single**
2. Married or in cohabitation
3. Divorced and single
4. Divorced but lives with someone
5. Widowed

EDUCATION

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. Primary | 2. High school |
| 3. <u>College</u> | 4. University: Bachelor's Degree, Master's Degree, Doctorate |

HAS THIS EDUCATION BEEN COMPLETED?

- 1. Yes**
2. No

DO YOU HAVE CHILDREN?

1. Yes

How many? _____

Do you live with them? _____

- 2. No**

Do you live with children under your charge? _____

SCID-II: Scoring sheet.

Question 1.	1	
Question 2.	1	
Question 3.	2	
Question 4.	3	
Question 5.	3	
Question 6.	3	
Question 7.	2	
<u>Avoidant Personality Disorder</u>		
(at least 4 criteria)		1
Question 8.	1	
Question 9.	1	
Question 10.	3	
Question 11.	1	
Question 12.	3	
Question 13.	1	
Question 14.	3	
Question 15.	3	
Criterion no 9		
(question no1)	1	
<u>Dependent Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		2
Question 16.	2	
Question 17.	1	
Questions 18,19.	1	
Question 20.	1	
Question 21.	1	
Questions 22,23.		3
Question 24.	1	
Question 25.	1	
Question 26.	1	
<u>Obsessive-Compulsive Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1
Question 27.	2	
Question 28.	1	
Question 29.	3	
Question 30.	1	
Question 31.	3	
Question 32.	1	
Question 33.	3	
Question 34.	1	
Question 35.	1	
<u>Passive Aggressive Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Questions 36,37.	3	
Questions 38,39.	1	
Question 40.	2	
Question 41.	1	
Questions 42,43.	? 2 3	
Question 44.	2	
Question 45.	1	
Questions 46,47.	2	
<u>Self-Defeating Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1
Question 48	1	
Question 49.	3	
Question 50.	3	
Question 51.	1	
Question 52.	3	
Question 53.	3	
Questions 54,55.	1	
<u>Paranoid Personality Disorder</u>		
(at least 4 criteria)		3
Questions 56,57.	3	
Question 58.	3	
Questions 59,60,61	3	
Questions 62,63,64.	3	
Criterion (5)	3	
Criterion (6)	1	
Criterion (7)	1	
Criterion (8)	1	
Criterion (9)	1	
<u>Schizotypal Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		3
Question 65.	1	
Question 66.	1	
Question 67.	1	
Question 68.	1	
Question 69.	1	
Criterion (6)	1	
Criterion (7)	1	
<u>Schizoid Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 70.	1	
Question 71.	1	
Question 72.	3	
Question 73.	2	
Question 74.	2	
Criterion no 6	1	
Question 75.	3	
Criterion no 8	1	
<u>Histrionic Personality Disorder</u>		
(at least 4 criteria)		1

Question 76.	1	
Questions 77,78		2
Questions 79,80		1
Question 81.	1	
Question 82.	3	
Question 83	1	
Question 84.	3	
Question 85.	1	
Question 86.	2	
<u>Narcissistic Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 87.	3	
Question 88.	3	
Question 89.	1	
Question 90,91.	1	
Question 92.	3	
Q.93,94,95,96	3	
Question 97.	1	
Question 98.	3	
<u>Borderline Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		3

Criterion A 3

Before 15 years old:

Question 99.	1
Question 100.	1
Question 101.	1
Question 102.	1
Question 103.	1
Question 104.	1
Question 105.	1
Question 106.	1
Question 107.	1
Question 108.	1
Question 109.	1
Question 110.	1

End if less than 3 criteria

Since 15 years old:

Criterion 1.
Criterion 2.
Criterion 3.
Criterion 4.
Criterion 5.
Criterion 6.
Criterion 7.
Criterion 8.
Criterion 9.
Criterion 10.

Antisocial Personality Disorder (criterion A plus 3 criteria before 15 years old plus 4 criteria since 18 years old)

1

Not Otherwise Specified Personality Disorder

1

Summary : Paranoid personality disorder, schizotypal, borderline.
Dependent personality trait.

 SCID-I: Scoring sheet.

1. Major Depressive Disorder	4. Panic Disorder	10. Somatoform Disorders
1. Yes	30. No	49. No
Depressed	31.	50. No
2. No	32.	51. No
3.	33.	52.
4.		
5.	5. Phobias	11. Anorexia Nervosa
Loss of interest	34.	53.
6.	35.	54.
7.	36.	
8.		12. Bulimia Nervosa
9.		55.
10.	6. Obsessive-Compulsive Disorder	56.
11.	37. Yes	
	38.	13. Psychotic Disorders
2. Chronic Major Depressive Disorder or Dysthymic Disorder		57. Yes
12.	7. Generalized Anxiety Disorder	58. Yes
13.	39. No	59. No
14.	40. No	60. No
15.	41. No	61. No
16.	42. No	62. No
17.		63. Yes
18.	8. Alcohol Dependence	64. Yes
19.	43.	65. Yes
20.	43.1	66. Yes
	44.	67. Yes
	45.	68. Yes
3. Former Major Depressive Disorder, Dysthymic Disorder and Cyclothymic Disorder		69. Yes
21.	9. Drug Addiction	70. No
22.	46.	
23.	47.	14. Adjustment Disorders
24.	48.	
25.		
26.		15. Sexual Disorders
27.		No
28.		
29.		

Summary of diagnostic interview

For each disorder, give type of subquestions and diagnosis.

MOOD DISORDERS: Major Depressive Disorder (single episode or recurrent, chronic or not, with or without psychotic features), Bipolar Disorder (depressed or hypomanic), Cyclothymic Disorder, Dysthymic Disorder.

She has had episodes of major depression in the past

ANXIETY DISORDERS: Panic Disorder, Agoraphobia, Social Phobia, Specific Phobia, Obsessive-compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder.

Obsessions: She is afraid of having sexual feelings for other people but she is not compulsive. She feels anxiety mostly when facing unknown situations.

SUBSTANCE-RELATED DISORDERS: alcohol, drugs, or medications (specify).

She used to drink heavily in the past. She used cocaine for a year, but claims she has given it up.

SOMATOFORM DISORDERS: Hypochondriasis.

EATING DISORDERS: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa.

She had an anorexic episode in 1993.

SCHIZOPHRENIA AND OTHER PSYCHOTIC DISORDERS

General impression of the subject: _____

Narratives.

Narrative 1.

P. Another [event] is that I had started smoking. That was around age 16. So... we... wait a minute now... I was babysitting and I smoked the lady's cigarettes. She'd left them on the table. There were matches in the matchbox. So I took them. I took her cigarettes. Well, I didn't take the whole pack, but I took one. I didn't put it out in the ashtray because I didn't want her to find out I'd been smoking, so I put the butt in my pocket, and I put the matchbox in my jean pocket too. So when my mother did the laundry some time later, she emptied my pockets and said, 'F., what is this? I don't want you to smoke.' I felt bad about it, but after that it was OK. We didn't pursue it. What I wanted to say was, 'Listen, it's none of your business. If I want to smoke, I'll smoke.'

T. So you didn't tell her that?

P. No.

T. No.

P. No, no.

T. What did you answer your mother?

P. Well, I felt bad. At the same time, I don't remember what I said. I said, 'OK'. That's what I said, 'OK'.

T. And what would have happened if you had opposed her, if you had said, 'I'll smoke if I please'?

P. She would have freaked out. And I preferred she didn't freak out, so I said OK.

T. What would have happened if she had freaked out?

P. She would have hurt my feelings, because she could be very hurtful.

T. You were a little afraid of her reaction?

P. Hum.

T. OK.

Narrative 2.

P. After that... The events, can they be... I'm kind of short on events. Can they be events that are happening now, as well?

T. Yes.

P. Well, these days, with my boyfriend, I don't really know where we're heading. And he... I wanted to leave him because I was tired of spending my evenings rocking with him. We've been doing this for 2 years... Actually we've been doing it for 4 years. I'm sick of it.

T. You spend your evenings rocking together, is that it?

P. Well yes. And I'm completely sick of it! And I'm sick of leaving the day center and going up to his place carrying all my stuff and all that, you know. I'm fed up. I'm never home. And... and he's passive. He doesn't do anything. Well, he cleans up his apartment, but that's it. And he never talks to me. I said to him, 'I'm leaving you.' It really upset me. It hurt me deeply in my heart. But then, well, we called each other, and yesterday he came over. We had a beer. I hardly slept. I slept badly. We made love and all that. I don't know, I started to appreciate him. Maybe we'll go on together. I said... He said, 'Want to get back together?' I don't know. I have my doubts on how long we can last. Because sometimes I love him like crazy, but other times I don't love him at all. Sometimes I can even hate him. I'm unstable. I don't know what to do about that.

T. But was it hard to leave him?

P. At first it was hard. It lasted a week...

T. How did you feel?

P. Oh I felt... it burned inside. It hurt. I felt torn. As if all my wounds were coming to the surface. Wounds coming back to the surface. It hurt. Because for me, going out with a guy is like medicating my wounds.

T. Oh yes?

P. Yes.

T. How does it help your wounds?

P. It... it's like it protects me from what I'm feeling. You know, I can't hurt when I'm with a guy. It's like I'm being protected from my previous wounds. My psychiatrist said that. She said, 'Being with a guy doesn't heal your wounds.'

T. And what did you think of that?

P. She's right. It's because when I'm not going out with a guy, everything starts to wake up inside of me. I have a lot of emotions and...

T. What kind of emotions?

P. Well... I'm bored or I'm merry. I'm happy. I'm nervous. I can get nervous inside, excited. When I don't have a boyfriend, I feel like making changes in my life. I feel like dressing the way I want and buying my own things. I often have the impression that if I left him, I would get to know myself better.

T. And what's keeping you from leaving him?

P. Well, I get bored. I don't miss him, but I get bored. I'm afraid my life isn't worth anything. I'm afraid I'll drop everything, all my plans. I'm afraid I'll let myself go.

T. OK.

P. I'm afraid I'm going to put myself down, because now my boyfriend has such a high opinion of me. That's it.

T. OK.

Narrative 3.

T. OK. We need one more.

P. Well, once, with a friend of mine... I was 17 at the time. She said, 'Come, let's smoke a joint of hash.' I said, 'All right'. But I was afraid because I'd had the experience of a bad trip before. That time I only smoked to keep up with her. She wanted to, so... I smoked a joint... And when we were both stoned out I was walking down the street and I saw my younger brother playing hockey on the skating rink. We walked right passed it. I said he can't see me with my eyes like that, as though he could see from that far away! He can't... Then I felt completely abandoned. I felt terrible. I was on a really bad trip. I would have liked... I didn't want my brother to see me but at the same time I would have liked to go to him and say, 'I'm not feeling well'... I wanted to...

T. But you felt like you had been abandoned by someone...?

P. By someone. But I don't know exactly who. Maybe by J., my friend.

T. Were you alone or was she with you?

P. I was with her in the street. We were walking. Then a truck drove by and it made so much noise that I started to scream. I got scared... I was afraid I'd die. I'm not kidding! Then we went to her place (*laughs*). I was stoned out of my mind, and so was J. Then I got paranoid about her parents. I knew... I had the feeling everybody could tell we were stoned. Then I felt bad. Even talking about it now, I feel bad.

T. Oh yes?

P. Yes. I said, 'J., you want to go down to the basement?' She said, 'All right'. Then her boyfriend called. He missed her. She said to him, 'Why don't you come over?' But then what happened was that he sat on the bed in the basement, and I... I couldn't stop laughing. I couldn't help myself. So J. started laughing too. At that point her boyfriend thought we were laughing at him, because he didn't know we'd been smoking. Then he got angry. And I couldn't stop laughing. So he left and J. went after him. Then she told me to leave. At that point I was really upset. I felt terrible. Really bad. Even now, I still feel upset.

T. How does it make you feel?

P. Well it grabs me right here, in my heart. It makes me feel anxious.

T. Thinking about that time?

P. Yes. It's making me feel anxious.

T. Because she told you to leave?

P. Yes. Being left completely alone with myself, being stoned and having to go back home. It was the fact of... of being stoned and being all alone, you know. So... It's like, just talking about it, it's like I'm still stoned. It's like I'm still stoned now.

T. But how did you feel inside when she told you to leave?

P. I felt awful. I had to face her parents once again, because they were watching TV in the living room. I had to say goodbye. How did I feel? I felt really all alone.

T. So then you went back home?

P. It's because I was thinking, 'She'd rather be with her boyfriend than with me,' you know. It hurt my feelings, you know.

T. What happened?

P. So I went for a long walk. I was afraid in the dark. I took a long walk so I could wake up a little and get back home. When I got home to my parents' I said, 'Hi mom, hi dad'. My parents hadn't divorced yet. I went straight to bed. But they were getting divorced, that's right. Then I heard my father say, 'Well I'll come back, and everything's going to be all right.' Then I heard voices. I said, 'Mom...' The curtain was scaring me, the light... I was on a really bad trip. I was scared out of my mind. I said, 'Mom, come here.' So I told her I had taken drugs. And I said, 'I'm stoned and I'm scared... Is dad going to come back?' That's right, he wasn't living with us anymore. Then I said, 'You said you were getting back together.' And I didn't want them to get back together.

T. You didn't?

P. No, because my father made me feel too awful. He used psychological violence against me. He was always attacking us, always reprimanding us. He was never happy. Ouch! It's hard to talk about that.

T. Yes.

P. (*Sigh...*) Then my mother said, 'Well no, we didn't talk about that; go to sleep.' She reassured me. That's it. This is the end of it.

Example C.

Medium Borderline Personality Organization

Medium Borderline Personality Organization.

PODF.

1. Identity Diffusion

- 1.1. Subjective experience of emptiness
- 1.2. Contradictory self-perceptions or object-perceptions
- 1.3. Contradictory behaviors that cannot be integrated with emotional experiences
- 1.4. Shallow, flat, impoverished perceptions of others

2. Primitive Defense Mechanisms

- 2.1. Splitting: division of others into "all good" and "all bad" or sudden and complete reversal of feelings and conceptualizations about others or self.
- 2.2. Primitive idealization: unrealistic, artificial and powerful images of others in terms of their all-good qualities.
- 2.3. Primitive projection and projective identification: experience of the projected impulse, and fear of the other, and need to control this other.
- 2.4. Denial (borderline type): memory of perceptions, thoughts or feelings about split parts of self or others without emotional relevance or lack of concern, anxiety of emotional reaction about serious or pressing need, conflict, or danger.
- 2.5. Omnipotence: highly inflated, grandiose self-representations
- 2.6. Devalorization: depreciated, emotionally degrading representations of others.
- 2.7. Omnipotent control

3. Lack of Reality Testing

- 3.1. Lack of differentiation between self and others.
- 3.2. Failure to differentiate intra-psychic from external origins of perceptions and stimuli (hallucinations or delusions).
- 3.3. Lack of capacity to realistically evaluate one's own affects, behavior, and thought contents in terms of ordinary social norms in the session.
- 3.4. Presence of grossly inappropriate or bizarre affects, thought contents or behavior.

4. Quality of Object Relations

- 1. Symbiotic with fear of disintegration and annihilation
- 2a. Low Borderline Organization with fear of the object (schizoid, schizotypal, paranoid, hypomania).
- 2b. Low Borderline Organization with control of the object (malignant narcissistic, antisocial)
- 2c High Borderline Organization with fear of abandonment (borderline sadomasochistic, cyclothymic, histrionic, narcissism, dependent).
- 3. Oedipal with fear of castration - depression (hysteria, depressive masochistic, obsessive-compulsive).

Guidelines for Diagnosis

Personality Organizations	Structural Characteristics			
	Identity Diffusion	Primitive Defenses	Lack of Reality Testing	Type of Object Relations
Neurotic				3
Borderline	✓	✓		2a,2b, 2c
Psychotic	✓	✓	✓	1
Borderline	■	■	<input type="checkbox"/>	2b.

Demographics.**AGE**

1. Between 18 and 24
2. Between 25 and 34
3. Between 35 and 44
4. Between 45 and 54
5. **55 years old and over**

SEX

1. **Male**
2. Female

WORK SITUATION (If more than one answer, please indicate all applicable ones)

- | | |
|---------------------------------|-----------------------|
| 1. Full-time student | 2. Part time student |
| 3. Unemployment | 4. Health and welfare |
| 5. Housekeeper | 6. Retired |
| 7. <u>Work full-time</u> | 8. Work part time |

Type of work: Shop owner**ANNUAL INCOME**

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. \$10,000 or less | 2. Between \$10,000 and \$20,000 |
| 3. Between \$20,000 and \$30,000 | 4. <u>Between \$30,000 and \$40,000</u> |
| 5. Between \$40,000 and \$50,000 | 6. More than \$50,000 |

MARITAL SITUATION

1. **Single**
2. Married or in cohabitation
3. Divorced and single
4. Divorced but lives with someone
5. Widowed

EDUCATION

- | | |
|------------|--|
| 1. Primary | 2. <u>High school</u> |
| 3. College | 4. University: Bachelor's Degree, Master Degree, Doctorate |

HAS THIS EDUCATION BEEN COMPLETED?

1. **Yes**
2. No

DO YOU HAVE CHILDREN?

1. Yes

How many? _____

Do you live with them? _____

2. **No**

Do you live with children under your charge? _____

SCID-II: Scoring sheet.

Question 1.	3	
Question 2.	3	
Question 3.	1	
Question 4.	3	
Question 5.	1	
Question 6.	2	
Question 7.	1	
<u>Avoidant Personality Disorder</u>		
(at least 4 criteria)		2

Question 8.	1	
Question 9.	1	
Question 10.	1	
Question 11.	1	
Question 12.	1	
Question 13.	1	
Question 14.	?	
Question 15.	2	
Criterion no 9 (question no1)	3	
<u>Dependent Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 16.	1	
Question 17.	1	
Questions 18,19.	2	
Question 20.	3	
Question 21.	1	
Questions 22,23.	1	
Question 24.	3	
Question 25.	1	
Question 26.	3	
<u>Obsessive-Compulsive Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 27.	1	
Question 28.	3	
Question 29.	1	
Question 30.	1	
Question 31.	1	
Question 32.	2	
Question 33.	3	
Question 34.	1	
Question 35.	2	
<u>Passive Aggressive Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Questions 36,37.	2	
Questions 38,39.	3	
Question 40.	1	
Question 41.	3	
Questions 42,43.	3	
Question 44.	1	
Question 45.	2	
Questions 46,47.	1	
<u>Self-Defeating Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 48	2	
Question 49.	2	
Question 50.	1	
Question 51.	3	
Question 52.	2	
Question 53.	3	
Questions 54,55.	1	
<u>Paranoid Personality Disorder</u>		
(at least 4 criteria)		1

Questions 56,57.	1	
Question 58.	1	
Questions 59,60,61	1	
Questions 62,63,64.	1	
Criterion (5)	1	
Criterion (6)	2	
Criterion (7)	1	
Criterion (8)	1	
Criterion (9)	2	
<u>Schizotypal Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 65.	3	
Question 66.	1	
Question 67.	1	
Question 68.	3	
Question 69.	1	
Criterion (6)	1	
Criterion (7)	1	
<u>Schizoid Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 70.	1	
Question 71.	1	
Question 72.	1	
Question 73.	3	
Question 74.	1	
Criterion no 6	1	
Question 75.	1	
Criterion no 8	1	
<u>Histrionic Personality Disorder</u>		
(at least 4 criteria)		1

Question 76.	1	
Questions 77,78		3
Questions 79,80		2
Question 81.	1	
Question 82.	2	
Question 83	3	
Question 84.	3	
Question 85.	1	
Question 86.	2	
<u>Narcissistic Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 87.	3	
Question 88.	3	
Question 89.	3	
Question 90,91.	3	
Question 92.	3	
Q.93,94,95,96	3	
Question 97.	3	
Question 98.	1	
<u>Borderline Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		3

Criterion A 3

Before 15 years old:

Question 99.	3
Question 100.	3
Question 101.	3
Question 102.	1
Question 103.	1
Question 104.	1
Question 105.	1
Question 106.	3
Question 107.	3
Question 108.	3
Question 109.	3
Question 110.	1

End if less than 3 criteria

Since 15 years old:

Criterion 1.	1
Criterion 2.	3
Criterion 3.	3
Criterion 4.	3
Criterion 5.	3
Criterion 6.	1
Criterion 7.	3
Criterion 8.	1
Criterion 9.	3
Criterion 10.	1

Antisocial Personality Disorder (criterion A plus 3 criteria before 15 years old plus 4 criteria since 18 years old)

3

Not Otherwise Specified Personality Disorder 1

Summary : This man suffers from borderline personality disorder and antisocial personality disorder, with a past showing a pattern of isolation and criminal behavior. He is very diffident. There is also evidence of sexual disorder, as he is known to have abused young boys.

Narratives.

Narrative 1.

P. At age 18, I joined the Army, but I switched to the Air Force because it was the Korean War and I wasn't interested in going to get myself shot at in Korea. So I switched to the Air Force. I stayed 10 years with the Air Force. Lots of ups and downs there.

P. Like... er... let's say... In Germany, a gang of us were on guard duty. And when you're on guard duty you're not allowed to sleep. If you did and you got caught, automatically you got 30 days in jail. So one night we started our shift. I was with a friend of mine, X, André X, from Montreal. Military Police trucks would come and check if we were sleeping. They'd turn off their headlights. André said, 'We got a couple of weeks of this, so let's set them straight right now.' We had a loaded gun. He started shooting at the truck. The headlights were turned back on immediately, and they sounded the alarm. When they got to us they said, 'What do you guys think you're doing?' We said, 'We called out three times. We heard some noise. We started shooting.' They never came back during the week we were on guard duty.

Narrative 2.

P. Other events... Like speaking of anger... There were two or three guys at the store. I'd get real angry, 'cause some people took valuable cards and unobtrusively slid them in among the others and tried to pull a fast one on me. Now I'm not the kind of guy that just looks on and says, 'You made a mistake here.' I'd go, 'You're a fucking bastard trying to do this to me. You know what that's worth, I know you do. What are you trying to do?' I tell them frankly, 'I think you're an asshole.' And when they tell me I insulted them in front of people, I say, 'You stop being an asshole and I'll stop insulting you. You try to pull a fast one on me and you think... Good going, moron.'

T. Do you remember a specific time when this happened?

P. Yes... There was a guy who was handicapped. He was handicapped... he had a cane. He was one that did stuff like that. So he took some cards. All 10¢ cards, because a lot of times I don't even count them. I'll just let you count them, like... I'll take your word. Once... ? ... look at that... That time... He'd been there before... But that time, I took the cards and I looked them over. I said, 'You obviously take me for a fool because you know sports, you know the players. You know what the cards are worth, you got the book in your pocket. You know their value and then you try to pull a fast one...'

T. Intentionally...

P. Intentionally. I gave him a piece of my mind. He came back later. I said to him, 'Don't touch anything... hands off... Scram out of here... Go somewhere else. I don't want to see you in here. You try to do stuff like that, I'm not interested.'

Narrative 3.

P. Besides that... When I drive, I don't drink anymore... I don't even have a glass of wine. I used to be a true alcoholic... I've even seen hitchhikers, people bumming a ride and then asking me if they could get off 'cause I was so drunk.

T. Do you remember an event...?

P. One night, I was in British Columbia. So I take off in the evening... The only thing I can remember is I wake up next morning, the car is overturned. I'm inside the car, on some logging road. And I'm wondering how the hell I got there. The car is totaled. But how did I get there? At that point I decided to stop driving, instead of stopping the booze. It was easier to just stop driving. But I... after that I was boozing all the time. Was it to forget the other stuff?

T. To forget the other stuff?...

P. The child molesting... 'cause sometimes, I had to try and forget because you know, even if you don't feel too guilty about it, you know... After that I stopped... I'd get drunk often..., often. Getting drunk... Playing cards... I'm really good at cards, at remembering the cards... really, really good.

Narrative 4.

P. Yes... When I was working in stores, we often caught kids shoplifting. I remember one case when I'd caught a kid stealing, and what I used to do was to lock them up in the basement. I'd wait until they got out of the store... then I'd pull them back in and lock them up in the basement. Then you're supposed to take their name, their phone number, and call the parents. Right then and there, you know what they're going to write on the piece of paper won't be their real name and real phone number. So I'd tell them, 'OK, now. You got a choice: you change that, because if I call that number once and it's not the right place, I call the police instead. You want to change it?' It just so happened that his dad was a lawyer. I explained he had to come and get his kid. When his father came in, I said, 'Now we got to do something. What do we do? You want us to give him a good scare? What do we do?' He said, 'We need to scare him.' So we brought him up from the basement, and then... 'Did you have that in your pocket? Did you pay for it?' His father said, 'It's Friday, we're going to the cottage.' He said to me, 'Take him back to the basement and call the police. I'll come and pick him up at the police station on Monday. I'll come back Monday and we can settle this.' The kid said, 'You can't leave me here!' He said, 'Oh yes, I can.' So I took the kid back to the basement, and the man said, 'Let him stew for about three hours. I'll pick him up in three hours.' So, when his father came back in three hours, he was one unhappy kid. It was only years later, to make a long story short, that I ran into him. He said to me, 'I've never been so scared, and I've never touched anything after that.'

Example D.

High Borderline Personality Organization

High Borderline Personality Organization.

PODF.

1. Identity Diffusion

- 1.1. Subjective experience of emptiness
- 1.2. Contradictory self-perceptions or object-perceptions
- 1.3. Contradictory behaviors that cannot be integrated with emotional experiences
- 1.4. Shallow, flat, impoverished perceptions of others

2. Primitive Defense Mechanisms

- 2.1. Splitting: division of others into "all good" and "all bad" or sudden and complete reversal of feelings and conceptualizations about others or self.
- 2.2. Primitive idealization: unrealistic, artificial and powerful images of others in terms of their all-good qualities.
- 2.3. Primitive projection and projective identification: experience of the projected impulse, and fear of the other, and need to control this other.
- 2.4. Denial (borderline type): memory of perceptions, thoughts or feelings about split parts of self or others without emotional relevance or lack of concern, anxiety of emotional reaction about serious or pressing need, conflict, or danger.
- 2.5. Omnipotence: highly inflated, grandiose self-representations
- 2.6. Devalorization: depreciated, emotionally degrading representations of others.
- 2.7. Omnipotent control

3. Lack of Reality Testing

- 3.1. Lack of differentiation between self and others.
- 3.2. Failure to differentiate intra-psychoic from external origins of perceptions and stimuli (hallucinations or delusions).
- 3.3. Lack of capacity to realistically evaluate one's own affects, behavior, and thought contents in terms of ordinary social norms in the session.
- 3.4. Presence of grossly inappropriate or bizarre affects, thought contents or behavior.

4. Quality of Object Relations

- 1. Symbiotic with fear of disintegration and annihilation
- 2a. Low Borderline Organization with fear of the object (schizoid, schizotypal, paranoid, hypomania).
- 2b. Low Borderline Organization with control of the object (malignant narcissism, antisocial)
- 2c. High Borderline Organization with fear of abandonment (borderline sadomasochistic, cyclothymic, histrionic, narcissism, dependent).
- 3. Oedipal with fear of castration - depression (hysteria, depressive masochistic, obsessive-compulsive).

Guidelines for Diagnosis

Personality Organizations	Structural Characteristics			Type of Object Relations
	Identity Diffusion	Primitive Defenses	Lack of Reality Testing	
Neurotic				3
Borderline	✓	✓		2a, 2b, 2c
Psychotic	✓	✓	✓	1
Borderline	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2c.

Demographics.**AGE**

1. Between 18 and 24
- 2. Between 25 and 34**
3. Between 35 and 44
4. Between 45 and 54
5. 55 years old and over

SEX

- 1. Male**
2. Female

WORK SITUATION (If more than one answer, please indicate all applicable ones)

- | | |
|----------------------|-------------------------------------|
| 1. Full-time student | 2. Part time student |
| 3. Unemployment | 4. <u>Health and welfare</u> |
| 5. Housekeeper | 6. Retired |
| 7. Work full-time | 8. Work part time |

Type of work: _____

ANNUAL INCOME

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. <u>\$10,000 or less</u> | 2. Between \$10,000 and \$20,000 |
| 3. Between \$20,000 and \$30,000 | 4. Between \$30,000 and \$40,000 |
| 5. Between \$40,000 and \$50,000 | 6. More than \$50,000 |

MARITAL SITUATION

- 1. Single**
2. Married or in cohabitation
3. Divorced and single
4. Divorced but lives with someone
5. Widowed

EDUCATION

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. Primary | 2. High school |
| 3. <u>College</u> | 4. University: Bachelor's Degree, Master Degree, Doctorate |

HAS THIS EDUCATION BEEN COMPLETED?

- 1. Yes**
2. No

DO YOU HAVE CHILDREN?

1. Yes
How many? _____
Do you live with them? _____

2. No

Do you live with children under your charge? _____

SCID-II: Scoring sheet.

Question 1.	1	
Question 2.	1	
Question 3.	1	
Question 4.	1	
Question 5.	1	
Question 6.	1	
Question 7.	1	
<u>Avoidant Personality Disorder</u>		
(at least 4 criteria)		1

Question 8.	1	
Question 9.	1	
Question 10.	1	
Question 11.	1	
Question 12.	1	
Question 13.	1	
Question 14.	3	
Question 15.	2	
Criterion no 9		
(question no1)	1	
<u>Dependent Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 16.	1	
Question 17.	1	
Questions 18,19.	1	
Question 20.	1	
Question 21.	1	
Questions 22,23.	2	
Question 24.	1	
Question 25.	1	
Question 26.	1	
<u>Obsessive-Compulsive Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 27.	1	
Question 28.	1	
Question 29.	1	
Question 30.	1	
Question 31.	1	
Question 32.	1	
Question 33.	2	
Question 34.	1	
Question 35.	1	
<u>Passive Aggressive Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Questions 36,37.	1	
Questions 38,39.	1	
Question 40.	1	
Question 41.	1	
Questions 42,43.	1	
Question 44.	1	
Question 45.	1	
Questions 46,47.	3	
<u>Self-Defeating Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 48	1	
Question 49.	1	
Question 50.	2	
Question 51.	1	
Question 52.	1	
Question 53.	1	
Questions 54,55.	1	
<u>Paranoid Personality Disorder</u>		
(at least 4 criteria)		1

Questions 56,57.	3	
Question 58.	1	
Questions 59,60,61	2	
Questions 62,63,64.	1	
Criterion (5)	1	
Criterion (6)	1	
Criterion (7)	1	
Criterion (8)	1	
Criterion (9)	1	
<u>Schizotypal Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 65.	1	
Question 66.	1	
Question 67.	1	
Question 68.	1	
Question 69.	1	
Criterion (6)	1	
Criterion (7)	1	
<u>Schizoid Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 70.	1		
Question 71.	1		
Question 72.	1		
Question 73.	2		
Question 74.	1 2		
Criterion no 6	1		
Question 75.	1		
Criterion no 8	1		
<u>Histrionic Personality Disorder</u>			
(at least 4 criteria)			1

Question 76.	1		
Questions 77,78		1	
Questions 79,80			3
Question 81.	1		
Question 82.		3	
Question 83	1		
Question 84.	1		
Question 85.	1		
Question 86.	1 2		
<u>Narcissistic Personality Disorder</u>			
(at least 5 criteria)			1

Question 87.	1		
Question 88.		3	
Question 89.		3	
Question 90,91.		3	
Question 92.		3	
Q.93,94,95,96		3	
Question 97.	1		
Question 98.		3	
<u>Borderline Personality Disorder</u>			
(at least 5 criteria)			3

Criterion A 3

Before 15 years old:

Question 99.	1		
Question 100.	1		
Question 101.			3
Question 102.	1		
Question 103.	1		
Question 104.	1		
Question 105.	1		
Question 106.	1		
Question 107.	1		
Question 108.		2	
Question 109.			3
Question 110.	1		

End if less than 3 criteria

Since 15 years old:

Criterion 1.	1		
Criterion 2.			3
Criterion 3.			
Criterion 4.	1		
Criterion 5.	1		
Criterion 6.	1		
Criterion 7.			3
Criterion 8.	1		
Criterion 9.	1		
Criterion 10.	1		

Antisocial Personality Disorder (criterion A plus 3 criteria before 15 years old plus 4 criteria since 18 years old)

1

Not Otherwise Specified Personality Disorder **1 2 3**

Summary : He suffers from borderline personality disorder.

SCID-I: Scoring sheet.

1. Major Depressive Disorder	4. Panic Disorder	10. Somatoform Disorders
1. No	30. No	49. No
Depressed	31.	50. No
2.	32.	51. No
3.	33.	52. No
4.		
5.	5. Phobias	11. Anorexia Nervosa
Loss of interest	34. No	53. No
6. No	35. No	54.
7.	36. No	12. Bulimia Nervosa
8.		55. No
9.	6. Obsessive-Compulsive Disorder	56.
10.	37. No	13. Psychotic Disorders
11.	38. No	57. No
2. Chronic Major Depressive Disorder or Dysthymic Disorder	7. Generalized Anxiety Disorder	58. Yes
12. No	39. No	59. No
13.	40.	60. No
14.	41.	61. No
15.	42.	62. No
16.	8. Alcohol Dependence	63. No
17.	43.	64. No
18.	43.1	65. No
19.	44.	66. Yes
20.	45.	67. No
3. Former Major Depressive Disorder, Dysthymic Disorder and Cyclothymic Disorder	9. Drug Addiction	68. No
21. No	46.	69. No
22.	47.	70. No
23.	48. No	14. Adjustment Disorders
24.		<u>No</u>
25.		15. Sexual Disorders
26.		<u>No</u>
27.		
28.		
29.		

Summary of diagnostic interview

For each disorder, give type of subquestions and diagnosis.

MOOD DISORDERS: Major Depressive Disorder (single episode or recurrent, chronic or not, with or without psychotic features), Bipolar Disorder (depressed or hypomanic), Cyclothymic Disorder, Dysthymic Disorder.

He has previously had an episode of major depression. He has also suffered episodes of mania, but he's borderline...

ANXIETY DISORDERS: Panic Disorder, Agoraphobia, Social Phobia, Specific Phobia, Obsessive-compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder.

SUBSTANCE-RELATED DISORDERS: alcohol, drugs, or medications (specify).

At age 17, he used drugs everyday. However, he claims he doesn't anymore.

SOMATOFORM DISORDERS: Hypochondriasis.

EATING DISORDERS: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa.

SCHIZOPHRENIA AND OTHER PSYCHOTIC DISORDERS

General impression of the subject: _____

Narratives.

Narrative 1.

P. I regret taking (*name of a medication*)... (*silence*). Well, at one point I was at the hospital and I had an appointment with my psychiatrist. I was talking philosophy and all that. It seemed to bother her. I was asking questions.

T. ... questions...

P. Well, like, 'Define psychosis.' And she answered... losing contact with reality. I said, 'What's reality?' So she freaked. The interview normally lasted about an hour, but after half an hour she decided to call it quits. I left feeling that, among other things, it hadn't been very useful to come...

T. How did you feel about the fact that she wouldn't answer your questions and that she let you leave after half an hour?

P. Well I... I wondered about it... and I still wonder about the... the validity of that kind of psychiatry. I talk to psychiatrists and I ask them if I have to take medication all the time. They tell me yes, I do. I don't think it's necessary. That's about it.

T. So how do you feel about all that psychiatry?

P. Well, I feel alone against a huge system, a big machine. So it's a huge fight.

T. You feel you're fighting all that?

P. Yes, well yes, because... in my opinion I don't need... It's true I've been helped and I've helped myself a lot, but... Medication may be good, but I don't think it's... for the rest of your life.

Narrative 2.

P. Another event could be last night. Yesterday, when I left the presbytery, I went... I came here to the hospital. I wanted to ask a girl who plays badminton with me how it was going with respect to my reactions and all that. I was feeling a bit paranoid because I hadn't slept much. She said, 'Come on, R., why make such a fuss about nothing?' ... She said, 'Do you feel like going out tonight?' I said, 'Yeah, I guess so.' She said, 'I need to have a shower. Can you wait for me until a quarter past six?... Can you come back?' I said, 'No, I'll stay here. I'll have a chat with the nurse.' I knew the nurse, and the clerk too. So then I went out... I mean, I stayed and I talked with a nurse I'd known for a long time. So after that... I've a lot of details to tell you about...

T. Try to concentrate on a single event.

P. Yeah, that's right. When she arrived, she was all spiffy. She arrived at six thirty, and she was all prettied up. We left. We took the bus. We went walking on Grande-Allée. I got money from the ATM machine and we went to a restaurant. I hadn't eaten, and I was hungry. I had a headache. I went to the washroom. She ordered a beer, so I ordered a beer; it was a two-for-one night. So then I ordered something to eat. She said, 'I'm starting to feel a little drunk.' Because after that, she'd ordered two more beers, and I ordered another one for myself. Then she was telling me jokes and I was in pretty good company. At one point I said... 'I'm out of cigarettes.' And a guy standing at an angle from me heard me when I said that. So he took out a cigarette and gave me a light. So I shook his hand and said, 'Thanks.' So I went out with her, and we walked down Grande-Allée. I held her hand. We walked; we went all the way to the Terrace. We kissed, but without... you know, just... Then I felt like... you know...

T. It turned you on a little?

P. No. Yeah, maybe a little... I was... I felt a little... er... Well, you know, when I was kissing her, I wasn't kissing her, like... with love, you know. It was just a presence. So we continued to walk, we took St-Jean Street to come back. I was feeling pretty good... We took the bus, I rang the bell, I got off, I left her on the bus. I went back home. As usual, on my way home I'd bought a beer.

T. Is that relationship with her still going on, or does it end there, the time that you spent together, the event you just described?

P. Er...

T. Have you spoken to her since then?

P. No.

T. So that's how it ended. You went back home, you had a beer, and that was that.

P. Yeah.

Narrative 3.

P. Well... In my second year of high school, it was during history class and at a certain point, I walked in... The teacher (*giggles*)... The teacher said, 'You're not coming in this morning.' So I went for a walk. I don't know how it happened, but I told my parents, and they were furious with the teacher... What might have happened during that time!

T. Why did the teacher say that?

P. Because I was... (*giggle*) a handful. I was hard to handle. I mean, I was the leader in that class.

T. Why didn't she want you to come in that morning?

P. Oh, she was fed up with me. But at one point... it's because there was a lot of stuff happening. People weren't against me, they were with me all the way. I was the leader of a class of 30 people. I remember once, a gang of us, during a class. We started to sing "Return to sender" by Elvis. We knew all the words, we were Elvis fans, and we sang that. We were the only ones singing, and everybody heard us. And this teacher wasn't very young, so she'd got to the point where she couldn't take it anymore.

T. And how did you feel when she said you couldn't come into the classroom?

P. Well, now, I don't think... what I did was never violent, it was mostly goofing around. I went out and I didn't go back in.

T. But how did it make you feel, her throwing you out like that?

P. Well, I went walking on a railroad track.

T. But were you angry or were you happy to go out?

P. No, I wasn't too happy, but I wasn't mad at her. I just had an hour to kill outside.

T. You had no particular feelings at that point?

P. Well, I kind of liked that class, but I didn't have any particular feelings...

T. But the fact of being kicked out?

P. Well, I would have preferred to stay in the class, I guess.

Example E.

Neurotic Personality Organization

Neurotic Personality Organization.

PODF.

1. Identity Diffusion

- 1.1. Subjective experience of emptiness
- 1.2. Contradictory self-perceptions or object-perceptions
- 1.3. Contradictory behaviors that cannot be integrated with emotional experiences
- 1.4. Shallow, flat, impoverished perceptions of others

2. Primitive Defense Mechanisms

- 2.1. Splitting: division of others into "all good" and "all bad" or sudden and complete reversal of feelings and conceptualizations about others or self.
- 2.2. Primitive idealization: unrealistic, artificial and powerful images of others in terms of their all-good qualities.
- 2.3. Primitive projection and projective identification: experience of the projected impulse, and fear of the other, and need to control this other.
- 2.4. Denial (borderline type): memory of perceptions, thoughts or feelings about split parts of self or others without emotional relevance or lack of concern, anxiety of emotional reaction about serious or pressing need, conflict, or danger.
- 2.5. Omnipotence: highly inflated, grandiose self-representations
- 2.6. Devalorization: depreciated, emotionally degrading representations of others.
- 2.7. Omnipotent control

3. Lack of Reality Testing

- 3.1. Lack of differentiation between self and others.
- 3.2. Failure to differentiate intra-psychoic from external origins of perceptions and stimuli (hallucinations or delusions).
- 3.3. Lack of capacity to realistically evaluate one's own affects, behavior, and thought contents in terms of ordinary social norms in the session.
- 3.4. Presence of grossly inappropriate or bizarre affects, thought contents or behaviors.

4. Quality of Object Relations

- 1. Symbiotic with fear of disintegration and annihilation
- 2a. Low Borderline Organization with fear of the object (schizoid, schizotypal, paranoid, hypomania).
- 2b. Low Borderline Organization with control of the object (malignant narcissism, antisocial)
- 2c. High Borderline Organization with fear of abandonment (borderline sadomasochistic, cyclothymic, histrionic, narcissism, dependent).
- 3. Oedipal with fear of castration - depression (hysteria, depressive masochistic, obsessive-compulsive).

Guidelines for Diagnosis

Personality Organizations	Structural Characteristics			
	Identity Diffusion	Primitive Defenses	Lack of Reality Testing	Type of Object Relations
Neurotic				3
Borderline	✓	✓		2a, 2b, 2c
Psychotic	✓	✓	✓	1
Borderline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.

Demographics.**AGE**

1. **Between 18 and 24**
2. Between 25 and 34
3. Between 35 and 44
4. Between 45 and 54
5. 55 years old and over

SEX

1. Male
2. **Female**

WORK SITUATION (If more than one answer, please indicate all applicable ones)

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 1. <u>Full-time student</u> | 2. Part time student |
| 3. Unemployment | 4. Health and welfare |
| 5. Housekeeper | 6. Retired |
| 7. Work full-time | 8. <u>Work part time</u> |

Type of work: _____

ANNUAL INCOME

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. <u>\$10,000 or less</u> | 2. Between \$10,000 and \$20,000 |
| 3. Between \$20,000 and \$30,000 | 4. Between \$30,000 and \$40,000 |
| 5. Between \$40,000 and \$50,000 | 6. More than \$50,000 |

MARITAL SITUATION

1. Single
2. **Married or in cohabitation**
3. Divorced and single
4. Divorced but lives with someone
5. Widowed

EDUCATION

- | | |
|------------|---|
| 1. Primary | 2. High school |
| 3. College | 4. <u>University: Bachelor's Degree</u> , Master Degree, Doctorate |

HAS THIS EDUCATION BEEN COMPLETED?

1. Yes
2. **No**

DO YOU HAVE CHILDREN?

1. Yes
How many? _____
Do you live with them? _____
2. **No**
Do you live with children under your charge? **No.**

SCID-II: Scoring sheet.

Question 1.	2	
Question 2.	1	
Question 3.	1	
Question 4.	1	
Question 5.	1	
Question 6.	1	
Question 7.	1	
<u>Avoidant Personality Disorder</u>		
(at least 4 criteria)		1

Question 8.	1	
Question 9.	2	
Question 10.	2	
Question 11.	1	
Question 12.	1	
Question 13.	1	
Question 14.	1	
Question 15.	1	
Criterion no 9		
(question no1)	2	
<u>Dependent Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 16.	1	
Question 17.	1	
Questions 18,19.	1	
Question 20.	1	
Question 21.	1	
Questions 22,23.	1	
Question 24.	1	
Question 25.	1	
Question 26.	1	
<u>Obsessive-Compulsive Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 27.	1	
Question 28.	1	
Question 29.	1	
Question 30.	1	
Question 31.	1	
Question 32.	1	
Question 33.	1	
Question 34.	1	
Question 35.	1	
<u>Passive Aggressive Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Questions 36,37.	1	
Questions 38,39.	1	
Question 40.	1	
Question 41.	1	
Questions 42,43.	1	
Question 44.	1	
Question 45.	1	
Questions 46,47.	1	
<u>Self-Defeating Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 48	1	
Question 49.	1	
Question 50.	1	
Question 51.	1	
Question 52.	1	
Question 53.	1	
Questions 54,55.	1	
<u>Paranoid Personality Disorder</u>		
(at least 4 criteria)		1

Questions 56,57.	1	
Question 58.	1	
Questions 59,60,61	1	
Questions 62,63,64.	1	
Criterion (5)	1	
Criterion (6)	1	
Criterion (7)	1	
Criterion (8)	1	
Criterion (9)	1	
<u>Schizotypal Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 65.	1	
Question 66.	2	
Question 67.	1	
Question 68.	1	
Question 69.	1	
Criterion (6)	1	
Criterion (7)	1	
<u>Schizoid Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 70.	1	
Question 71.	1	
Question 72.	1	
Question 73.	1	
Question 74.	1	
Criterion no 6	1	
Question 75.	1	
Criterion no 8	1	
<u>Histrionic Personality Disorder</u>		
(at least 4 criteria)		1

Question 76.	1	
Questions 77,78		1
Questions 79,80		1
Question 81.	1	
Question 82.	1	
Question 83	1	
Question 84.	1	
Question 85.	1	
Question 86.	1	
<u>Narcissistic Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Question 87.	1	
Question 88.	1	
Question 89.	1	
Question 90,91.	1	
Question 92.	1	
Q.93,94,95,96	1	
Question 97.	1	
Question 98.	1	
<u>Borderline Personality Disorder</u>		
(at least 5 criteria)		1

Criterion A **3**

Before 15 years old:

Question 99.	1
Question 100.	1
Question 101.	1
Question 102.	1
Question 103.	1
Question 104.	1
Question 105.	1
Question 106.	1
Question 107.	1
Question 108.	1
Question 109.	1
Question 110.	1

End if less than 3 criteria

Since 15 years old:

Criterion 1.	1
Criterion 2.	1
Criterion 3.	1
Criterion 4.	1
Criterion 5.	1
Criterion 6.	1
Criterion 7.	1
Criterion 8.	1
Criterion 9.	1
Criterion 10.	1

Antisocial Personality Disorder (criterion A plus 3 criteria before 15 years old plus 4 criteria since 18 years old)

1

Not Otherwise Specified Personality Disorder **1**

Summary : _____

SCID-I: Scoring sheet.

1. Major Depressive Disorder	4. Panic Disorder	10. Somatoform Disorders
1. No	30. No	49. No
Depressed	31. No	50. No
2. No	32. No	51. No
3.	33. No	52. No
4.		
5.	5. Phobias	11. Anorexia Nervosa
Loss of interest	34. No	53. No
6. No	35. No	54. No
7.	36. No	
8.		12. Bulimia Nervosa
9. No	6. Obsessive-Compulsive Disorder	55. No
10. No	37. No	56. No
11. No	38. No	
2. Chronic Major Depressive Disorder or Dysthymic Disorder	7. Generalized Anxiety Disorder	13. Psychotic Disorders
12. No	39. No	57. No
13.	40. No	58. No
14.	41. No	59. No
15.	42. No	60. No
16.		61. No
17.	8. Alcohol Dependence	62. No
18.	43. No	63. No
19.	43.1 <u>0</u>	64. No
20.	44. No	65. No
	45. No	66. No
3. Former Major Depressive Disorder, Dysthymic Disorder and Cyclothymic Disorder	9. Drug Addiction	67. No
21. No	46. No	68. No
22.	47. No	69. No
23.	48. No	70. No
24.		14. Adjustment Disorders
25.		
26.		15. Sexual Disorders
27.		
28.		
29.		

Summary of the diagnostic interview

For each disorder, give type of subquestions and diagnosis.

MOOD DISORDERS: Major Depressive Disorder (single episode or recurrent, chronic or not, with or without psychotic features), Bipolar Disorder (depressed or hypomanic), Cyclothymic Disorder, Dysthymic Disorder.

Nil.

ANXIETY DISORDERS: Panic Disorder, Agoraphobia, Social Phobia, Specific Phobia, Obsessive-compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder.

Nil.

SUBSTANCE-RELATED DISORDERS: alcohol, drugs, or medications (specify).

Nil.

SOMATOFORM DISORDERS: Hypochondriasis.

Nil.

EATING DISORDERS: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa.

Nil.

SCHIZOPHRENIA AND OTHER PSYCHOTIC DISORDERS

Nil.

General impression of the subject: Subject is very cooperative.

Narratives.

Narrative 1.

P. What comes to mind now is a time when I was with my boyfriend, and I decided to go and choose a dog. We wanted a dog, so we chose a St Bernard. That time we went... the puppies were born and all that, so we went there to choose one. It was a lot of fun because we were the two of us in a kind of pen where there were like 12 St-Bernards. It was this big! We were together; we had decided that we should, like, feel something stronger for the dog to make us choose one in particular. He's the one who chose it because the puppy kind of went to him. I don't know, it was funny, we were laughing because all the other puppies started climbing onto us. Finally we said, 'Gees, we'll have to take all of them.' I don't know, I was feeling really happy in that situation, and it was fun. We were like two kids, you know. We were filled with wonder at that little dog. We chose him and (?) ... It was like, clear to me we should take that one, because I thought he was like... I'd felt like... like there was a kind of feeling with that one. We took him to his parents' place and all that. We've never regretted our choice, but it was mostly when we went to pick him out, it's like... I don't know if it brought us closer or something like that, but it was something we'd been waiting to do for a long time and we were like happy to be doing it together.

T. Hum. Perfect.

P. OK.

T. Go on... I need about 10 like that.

P. OK.

Narrative 2.

P. Of course, many things like that happened, but I don't know if I feel like talking about them...

T. It's as you wish. If something comes to mind and you want to talk about it...

P. Well, maybe when I started going out with the guy I'm with now. Again, er... we'd gone to... well, to their place, you know, hers and my father's. And I knew it would happen because he hadn't been to University, because he only had a high school degree... He's working now, and that didn't do at all, she was really, like... er... nasty. Well, anyway she said nasty things all day, the day that we got there and all that. And as soon as she had a chance, for example she took advantage of getting pictures in the car that she wanted to show us, and she just stood there saying, 'Yeah, anyway, it's quite a choice you made... he hasn't even been to college...' And she was looking at me with those eyes, the kind of eyes she has when she's angry... that make me feel, like, really small, as if I was five years old. It freezes me completely. Then we came back... I don't know, but I was feeling really bad in that... After

that, I don't know, he'd gone to the washroom, and she started with the wise cracks again, really nasty things. And after that she pretended like there was nothing the matter. I was feeling pretty bad; I didn't know what to say. There was some interaction, except it really threw me, the fact that she would say stuff like that, and again, I couldn't answer her. At that point I felt really, like, helpless, and it showed. Then he'd come back, and I couldn't manage a smile. Stuff like that. (*Inaudible*) She would comment as soon as he was out of earshot, she'd bombard me with nasty comments, and my dad was there and like, he didn't say anything. Anyway.

T. Did it end in any particular way?

P. Well, finally the weekend was over and we left. But it didn't... Every time, it was the same thing for the whole weekend. That time it ended because we left, not because I said stop it. Because I was incapable of telling them. I was too scared to say that. I felt, like, too... really I don't know... like crushed. And she would have retorted something that would have really hurt me.

T. She would have seen you?

P. Something really hurtful... something even stronger than what I would have said.

T. If you had answered her.

P. Yes, it would have made it worse, somehow, I think. I knew it would stop as soon as we left. So that's how it ended. She triggered some pretty strong feelings in me. She had the upper hand because she knew that (?).

Narrative 3.

T. There is no rush. Take your time, now.

P. I don't want to talk only about conflicts. It's what comes to mind, but in the end it always comes to the same thing. My father's stuff (?). I always have the same reaction with him. But I could tell you about a time when I was with my father... well, with her too. We were having supper, I must have been about 12. We were having supper, and the phone rang. So his wife went to take the call and started talking in the living room. Me and my dad were talking about something, I don't remember what. (?) And when she came back, we stopped. I finished, or at least my dad finished his sentence. So then she said, 'Why did you stop talking? Talk to me!' And she started to freak out, really freak out, and she called us hypocrites and all kinds of names like that. My father was talking a little, but I wasn't saying anything at all. And then she started throwing dishes around, anyway. And she was saying all kinds of things to me... that I wasn't... that I didn't have enough class to... OK, that's it, I was supposed to go to her niece's. So she was saying I wouldn't be able to go and spend a week at her niece's in Montreal because I didn't have enough class to be staying with Xs, her surname, you know. That's right. Anyway, there was a big fight about that. And I remember I called one of my aunts and I said, 'Look, can I come and spend a week at your place?' It was hell, and I wanted

to leave, but I was so scared. I told my father that I wanted to leave and all that. I especially remember the morning after that fight, because it had created a huge fight. Except I know the next morning my father had left for work and he was supposed to come and pick me up at noon to take me to the bus, and she was there, and she had a test at the doctor's. And I was so scared that I was, like, lying in my bed and I pretended to be sleeping. And I heard her come up the stairs and I was afraid she'd come and start on me again. Because, that's right, they'd had their own fight about that the night before, so then she was going to blame me. I was really afraid of her, really afraid, so I pretended to be asleep. And I think, anyway, I think she looked in to see if I was sleeping and she went out again. I called my father and said, 'Come and get me,' and I was going to wait longer for the bus. Because what I wanted was to leave. I was so scared she'd come back and like... confront me, that, you know, I called him so he'd come and pick me up and he came. It ended because I left, and things calmed down, otherwise, I don't know... I could have... it could have ended, I don't know, with us trying to explain that we hadn't been talking about her, because the situation had degenerated into a kind of... I don't know what to call it... I can still picture myself in my bed, scared senseless that she would come back and get on my case again. Only verbally, though. Often, it would probably have been only verbal. I was so scared... I think I was also afraid she'd come and... I don't know, beat me, even though I know she probably wouldn't have done it, but I was just as afraid of her coming to talk to me as of her coming to beat me up, I think. It ended because I left and I knew she'd calm down at that point.

T. What was your father's reaction in all that?

P. Well, obviously... he'd say, 'You know... I don't know, we weren't talking about you. What's all the fuss about?' He was defending me a little, except she brought up so many other topics. Well, he was... when he came to get me, he said, 'Don't worry.' Maybe somewhere he was just as helpless as I was. He didn't know what to do. I didn't know what I was supposed to do. I would have liked to know what to do at times like that, but I had no idea. What was, like, clear to me, was that I had to leave, or at least I would have liked to... like, never come back to be with her. And that wasn't going to happen, obviously. It was at least something.

Annexe F.

SCID-II

SCID-II

FEUILLE DE COTATION

Traduit par le Laboratoire de Recherches sur la Personnalité et la Psychopathologie (LRPP)
École de Psychologie, Université Laval

CODE: _____ Recueilli par: _____ Date: _____

Question 1.	? 1 2 3	Questions 36,37.	? 1 2 3
Question 2.	? 1 2 3	Questions 38,39.	? 1 2 3
Question 3.	? 1 2 3	Question 40.	? 1 2 3
Question 4.	? 1 2 3	Question 41.	? 1 2 3
Question 5.	? 1 2 3	Questions 42,43.	? 1 2 3
Question 6.	? 1 2 3	Question 44.	? 1 2 3
Question 7.	? 1 2 3	Question 45.	? 1 2 3
Personnalité évitante		Questions 46,47.	? 1 2 3
(au moins 4 critères)	1 2 3	Personnalité défaitiste	
		(au moins 5 critères)	1 2 3
Question 8.	? 1 2 3	Question 48	? 1 2 3
Question 9.	? 1 2 3	Question 49.	? 1 2 3
Question 10.	? 1 2 3	Question 50.	? 1 2 3
Question 11.	? 1 2 3	Question 51.	? 1 2 3
Question 12.	? 1 2 3	Question 52.	? 1 2 3
Question 13.	? 1 2 3	Question 53.	? 1 2 3
Question 14.	? 1 2 3	Questions 54,55.	? 1 2 3
Question 15.	? 1 2 3	Personnalité paranoïde	
Critère no 9		(au moins 4 critères)	1 2 3
(question no1)	? 1 2 3		
Personnalité dépendante		Questions 56,57.	? 1 2 3
(au moins 5 critères)	1 2 3	Question 58.	? 1 2 3
		Questions 59,60,61	? 1 2 3
Question 16.	? 1 2 3	Questions 62,63,64.	? 1 2 3
Question 17.	? 1 2 3	Critère (5)	? 1 2 3
Questions 18,19.	? 1 2 3	Critère (6)	? 1 2 3
Question 20.	? 1 2 3	Critère (7)	? 1 2 3
Question 21.	? 1 2 3	Critère (8)	? 1 2 3
Questions 22,23.	? 1 2 3	Critère (9)	? 1 2 3
Question 24.	? 1 2 3	Pers. schizotypique	
Question 25.	? 1 2 3	(au moins 5 critères)	1 2 3
Question 26.	? 1 2 3		
Pers. obsessive-compulsive		Question 65.	? 1 2 3
(au moins 5 critères)	1 2 3	Question 66.	? 1 2 3
		Question 67.	? 1 2 3
Question 27.	? 1 2 3	Question 68.	? 1 2 3
Question 28.	? 1 2 3	Question 69.	? 1 2 3
Question 29.	? 1 2 3	Critère (6)	? 1 2 3
Question 30.	? 1 2 3	Critère (7)	? 1 2 3
Question 31.	? 1 2 3	Personnalité schizoïde	
Question 32.	? 1 2 3	(au moins 5 critères)	1 2 3
Question 33.	? 1 2 3		
Question 34.	? 1 2 3		
Question 35.	? 1 2 3		
Pers. passive-agressive			
(au moins 5 critères)	1 2 3		

Question 70. ? 1 2 3
 Question 71. ? 1 2 3
 Question 72. ? 1 2 3
 Question 73. ? 1 2 3
 Question 74. ? 1 2 3
 Critère no 6 ? 1 2 3
 Question 75. ? 1 2 3
 Critère no 8 ? 1 2 3
Pers. histrionique
(au moins 4 critères) 1 2 3

Question 76. ? 1 2 3
 Questions 77,78 ? 1 2 3
 Questions 79,80 ? 1 2 3
 Question 81. ? 1 2 3
 Question 82. ? 1 2 3
 Question 83 ? 1 2 3
 Question 84. ? 1 2 3
 Question 85. ? 1 2 3
 Question 86. ? 1 2 3
Pers. narcissique
(au moins 5 critères) 1 2 3

Question 87. ? 1 2 3
 Question 88. ? 1 2 3
 Question 89. ? 1 2 3
 Question 90,91. ? 1 2 3
 Question 92. ? 1 2 3
 Q.93,94,95,96 ? 1 2 3
 Question 97. ? 1 2 3
 Question 98. ? 1 2 3
Pers. état-limite
(au moins 5 critères) 1 2 3

Critère A ? 1 2 3

Avant l'âge de 15 ans:

Question 99. ? 1 2 3
 Question 100. ? 1 2 3
 Question 101. ? 1 2 3
 Question 102. ? 1 2 3
 Question 103. ? 1 2 3
 Question 104. ? 1 2 3
 Question 105. ? 1 2 3
 Question 106. ? 1 2 3
 Question 107. ? 1 2 3
 Question 108. ? 1 2 3
 Question 109. ? 1 2 3
 Question 110. ? 1 2 3

**Si moins de 3 critères, fin
de l'entrevue**

Depuis l'âge de 15 ans:

Critère 1. ? 1 2 3
 Critère 2. ? 1 2 3
 Critère 3. ? 1 2 3
 Critère 4. ? 1 2 3
 Critère 5. ? 1 2 3
 Critère 6. ? 1 2 3
 Critère 7. ? 1 2 3
 Critère 8. ? 1 2 3
 Critère 9. ? 1 2 3
 Critère 10. ? 1 2 3

**Personnalité antisociale (critère A plus 3 critères
avant 15 ans plus 4 critères depuis 18 ans)**
1 3

Trouble de personnalité non-spécifié 1

Sommaire : _____

Annexe G.

Études de fidélité du SCID-II

Études de fidélité du SCID-II

Reliability Studies for the SCID-II (axis II disorders)

Reference	Method	N	Personality Disorders	Kappa
Malow et al (1989)	T-RT	29	Borderline	.87
			Antisocial	.84
O'Boyle and Self (1990)	T-RT	5	Any personality disorder	.74
Wonderlich et al (1990)	SR	14	Obsessive-compulsive	.77
			Histrionic	.75
Brooks et al. (1991)	SR	30	Borderline	.74
			Dependent	.66
			Avoidant	.56
			Paranoid	.77
			Schizotypal	.89
			Borderline	.64
			Histrionic	.43
			Narcissistic	.78
			Avoidant	.56
			Dependent	.84
			Obsessive-compulsive	.66
			Passive-aggressive	.50
			Self-defeating	.63
Fogelson et al. (1991)	SR	45	Schizoid, antisocial*	
			Borderline	.82
			Schizotypal	.73
			Paranoid	.70
			Schizoid	.60
Arntz et al. (1992)	SR	70	Avoidant	.84
			Avoidant	.82
			Dependent	1.00
			Obsessive-compulsive	.72
			Passive-aggressive	.66
			Self-defeating	1.00
			Paranoid	.77
			Schizotypal	.65
			Histrionic	.85
			Narcissistic	1.00
Renneberg et al. (1992)	SR	32	Borderline	.79
			Total	.80
			Schizoid, antisocial, sadistic†	
			Avoidant	.81
			Obsessive-compulsive	.71
			Paranoid	.61
Borderline	.63			
			Any personality disorder	.75

Abbreviations: T-RT, test-retest; SR, simultaneous rating including live, audiotaped, and videotaped interviews.

* Kappas could not be computed due to insufficient between-subject variation for antisocial and schizoid personality disorders.

† Kappas could not be computed because no patients met criteria for schizoid, antisocial, and sadistic personality disorders.

Notes. Ce tableau provient de l'article intitulé "Reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R: An evaluative review", écrit par Segal, D., L., Hersen, M., & Van Hasselt, V., B., 1994, Comprehensive Psychiatry, 35 (4), p. 322.

Annexe H.

SCID-I

SCID-I

Feuille de cotation

Laboratoire de recherches sur la personnalité et la psychopathologie (LRPP)
École de psychologie, Université Laval (novembre 1994)

Sujet: _____ Date: _____ Examineur: _____

1. Dépression majeure

1. Oui Non ?

Déprime

2. Oui Non ?

3. Oui Non ?

4. Oui Non ?

5. Oui Non ?

Perte d'intérêt

6. Oui Non ?

7. Oui Non ?

8. Oui Non ?

9. Oui Non ?

10. Oui Non ?

11. Oui Non ?

2. Dépression chronique ou dysthymie

12. Oui Non ?

13. Oui Non ?

14. Oui Non ?

15. Oui Non ?

16. Oui Non ?

17. Oui Non ?

18. Oui Non ?

19. Oui Non ?

20. Oui Non ?

3. Épisodes antérieurs de dépression majeure, dysthymie et cyclothymie

21. Oui Non ?

22. Oui Non ?

23. Oui Non ?

24. Oui Non ?

25. Oui Non ?

26. Oui Non ?

27. Oui Non ?

28. Oui Non ?

29. Oui Non ?

4. Attaques de panique

30. Oui Non ?

31. Oui Non ?

32. Oui Non ?

33. Oui Non ?

5. Phobies

34. Oui Non ?

35. Oui Non ?

36. Oui Non ?

6. Obsession-compulsion

37. Oui Non ?

38. Oui Non ?

7. Anxiété généralisée

39. Oui Non ?

40. Oui Non ?

41. Oui Non ?

42. Oui Non ?

8. Dépendance à l'alcool

43. Oui Non ?

43.1 _____

44. Oui Non ?

45. Oui Non ?

9. Dépendance aux drogues

46. Oui Non ?

47. Oui Non ?

48. Oui Non ?

10. Psychosomatique

49. Oui Non ?

50. Oui Non ?

51. Oui Non ?

52. Oui Non ?

11. Anorexie

53. Oui Non ?

54. Oui Non ?

12. Boulimie

55. Oui Non ?

56. Oui Non ?

13. Psychose

57. Oui Non ?

58. Oui Non ?

59. Oui Non ?

60. Oui Non ?

61. Oui Non ?

62. Oui Non ?

63. Oui Non ?

64. Oui Non ?

65. Oui Non ?

66. Oui Non ?

67. Oui Non ?

68. Oui Non ?

69. Oui Non ?

70. Oui Non ?

14. Troubles de l'adaptation**15. Troubles sexuels**

Sommaire de l'entrevue diagnostique

Pour chaque trouble, indiquez le type de sous-questionnement et le diagnostic.

TROUBLES DE L'HUMEUR: Dépression majeure (simple ou récurrente, chronique ou non, avec aspects psychotiques ou non), Bipolaire (actuellement déprimé ou hypomaniaque), Cyclothymie, Dysthymie.

TROUBLES D'ANXIÉTÉ: Attaques de panique, Agoraphobie, Phobie sociale, Phobies simples ou multiples, Obsession-compulsion, Anxiété généralisée.

DÉPENDANCES à l'alcool, à la drogue ou aux médicaments (précisez).

TROUBLES SOMATOFORMES: Hypochondrie.

TROUBLES DE L'ALIMENTATION: Anorexie, Boulimie.

SCHIZOPHRÉNIE

Impression générale donnée par le sujet: _____

Annexe I.

Études de fidélité du SCID-I

Études de fidélité du SCID-I

Reliability Studies for the SCID-I (axis I disorders)

Reference / SCID Version	Method	N	Disorder	Kappa
Riskind et al. (1987) / SCID-I	SR	75	Major Depression	.72
			Generalized anxiety	.79
Malow et al. (1989) / SCID-I	T-RT	29	Current diagnosis:	
			Cocaine dependence	.89
			Opioid dependence	.73
			Lifetime diagnosis:	
			Cocaine dependence	.84
			Opioid dependence	.80
Stukenberg et al. (1990) / SCID-NP (nonpatients)	SR	75	Mood disorders (general category)	.92
Skre et al. (1991) / SCID-I	SR	54	Schizophrenia	.94
			Major depression	.93
			Dysthymia	.88
			Cyclothymia	.80
			Bipolar disorder	.79
			Generalized anxiety	.95
			Panic disorder	.88
			Posttraumatic stress	.77
			Social phobia	.72
			Simple phobia	.70
			Anxiety disorder (NOS)	.59
			Obsessive-compulsive	.40
			Agoraphobia without panic	.32
			Alcohol abuse or dependency	.96
			Other substance abuse	.85
Adjustment disorder	.74			
Somatoform disorder	-.03			
Williams et al. (1992a)	T-RT	390	21 disorders	.61*
			16 disorders	.37*
Williams et al. (1992b) / SCID-Upjohn version	T-RT	72	Panic disorders	.87
			Subtypes:	
			Uncomplicated	.73
Segal et al. (1993) / SCID-I	SR	33	With limited phobic avoidance	.61
			Agoraphobia with panic attacks	.66
			Major depression	.70
			Anxiety disorders	.77
			Somatoform disorders	1.00

Abbreviations: T-RT, test-retest; SR, simultaneous rating, including live audiotaped, and videotaped interviews.

* Kappas reflect overall weighted means for all disorders combined, Kappas for some of the individual disorders are substantially higher.

Note. Ce tableau provient de l'article intitulé "Reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R: An evaluative review", écrit par Segal, D. L., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B., 1994, Comprehensive Psychiatry, 35 (4), p.319.

Annexe J.

RAP

Relationship Anecdotes Paradigm (RAP)

INSTRUCTION POUR L'OBTENTION DES RÉCITS

Je vais vous demander de me raconter des événements ou incidents dans lesquels vous avez été impliqué(e) avec une autre personne. Chacun de ces événements devra être un événement spécifique, précis. Certains de ces événements peuvent être récents alors que d'autres peuvent être plus anciens.

Pour chacun de ces événements:

- Dites-moi quand c'est arrivé;
- Nommez-moi la personne avec qui vous étiez;
- Racontez-moi ce qui est arrivé, ce que l'autre a dit, fait, ou ressenti et ce que vous avez dit, fait ou ressenti vous-même;
- Dites-moi comment cela s'est terminé.

L'autre personne peut être n'importe qui - votre père, votre mère, un frère, une sœur, un ami, un confrère, une connaissance ou votre conjoint. L'événement peut être banal ou plus important parce qu'il vous a rendu heureux(se) ou causé des difficultés. En d'autres termes, c'est un moyen de me parler de vous à travers vos relations. Racontez ces événements spontanément (les premiers événements qui vous viennent à l'esprit) avec suffisamment de détails pour que je puisse bien imaginer la situation et le climat qui y régnait.

Racontez-moi une dizaine d'événements d'une durée de 3 à 5 minutes chacun.

Annexe K.

Formulaire de consentement

ÉTUDE DES RELATIONS ENTRE LES VARIABLES DU FONCTIONNEMENT
PSYCHIQUE ET LES STRUCTURES DE PERSONNALITÉ

Formulaire de consentement

Cette recherche a pour but de dresser un portrait de votre profil psychologique à l'aide de différents instruments afin d'étudier les liens entre différentes variables du fonctionnement psychique et les structures de personnalité. Ces instruments sont utilisés lors d'entrevues d'évaluation qui ont lieu au Service de Consultation de l'École de Psychologie de l'Université Laval (SCEP). Ces entrevues sont enregistrées sur bandes audio et vidéo afin de faciliter la cotation des instruments que nous utilisons. Ces enregistrements sont tout à fait confidentiels et ne serviront à aucune autre fin. Si je consens à participer à cette étude, ma tâche consistera à me présenter à quelques entrevues d'évaluation, habituellement au nombre de deux ou trois, et à compléter trois courts questionnaires à la maison, sur ma personnalité et mon fonctionnement psychosocial général. Ces entrevues d'évaluation consistent en une conversation dirigée par le ou la professionnel(le) chargé(e) de l'évaluation au cours desquelles il (elle) me posera des questions précises sur ma personnalité et mon fonctionnement psychosocial général.

Comme avantages, ma participation à cette recherche me permettra d'obtenir une analyse de mon profil psychologique qui sera transmise lors d'une dernière entrevue prévue à cette fin. Entre autres choses, à cette occasion je pourrai comparer la perception que j'ai de mon profil psychologique avec celle d'un(e) professionnel(le) et en discuter librement avec elle ou lui. De plus, je contribuerai à l'avancement des connaissances sur les facteurs qui influencent la personnalité et la psychopathologie. Il n'y a pas d'inconvénient à cette recherche outre le fait que je devrai prendre environ cinq heures de mon temps pour procéder à l'évaluation et que cette dernière pourra entraîner certaines remises en question.

Ma participation à cette recherche est volontaire et je comprends que toutes les données recueillies seront traitées avec la plus stricte confidentialité. Ainsi, mon nom ne sera jamais divulgué à qui que ce soit et on ne pourra jamais m'identifier à partir de mes résultats. Un code aléatoire de quatre chiffres assure l'anonymat de mon fichier de données. Les chercheurs responsables de cette recherche s'engagent également à détruire les fichiers informatiques concernant mes résultats une fois toutes les étapes de la recherche complétées. De plus, les données me concernant de même que ce formulaire de consentement, qui ne sera pas classé avec ces données de sorte qu'on ne puisse y associer mon nom, seront gardés sous clé dans une filière à laquelle n'auront accès que les personnes impliquées dans cette recherche. Je comprends que je pourrai mettre un terme à ma participation à tout moment, sans condition ni préjudice, et obtenir que les données recueillies à mon sujet ne soient pas utilisées. Par ailleurs, si je désire que les résultats de l'évaluation soient versés à mon dossier au SCEP ou envoyé à mon médecin traitant ou à mon psychiatre, je devrai signer un formulaire d'autorisation de divulgation de renseignements.

Je sais, également, que je pourrai obtenir toute information additionnelle au sujet de la recherche en m'adressant au chercheur responsable, le Dr Louis Diguier, Ph.D, au numéro de téléphone suivant: 656-2131 poste 5121.

Par la présente:

Je _____ consens à participer à l'étude.
signature

Je _____ refuse de participer à l'étude.
signature

Date

Votre nom (en lettres moulées)

Annexe L.

Données démographiques

Données démographiques

CODE: _____ DATE: _____

*Encerclez le numéro de la réponse qui convient le mieux à votre situation.***AGE**

1. Entre 18-24 ans
2. 25-34 ans
3. 35-44 ans
4. 45-54 ans
5. 55 ans et plus

SEXE

1. Masculin
2. Féminin

SITUATION AU TRAVAIL (Si plus d'une réponse, indiquez-le)

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| 1. Étudiant à temps plein | 2. Étudiant à temps partiel |
| 3. Assurance-chômage | 4. Bien-être social |
| 5. Maîtresse de maison | 6. Retrait(e) |
| 7. Travail à temps plein | 8. Travail à temps partiel |

Type de travail: _____

REVENU ANNUEL

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. \$10,000 et moins | 2. Entre \$10,000 et \$20,000 |
| 3. Entre \$20,000 et \$30,000 | 4. Entre \$30,000 et \$40,000 |
| 5. Entre \$40,000 et \$50,000 | 6. Plus de \$50,000 |

SITUATION MARITALE

1. Célibataire
2. Marié(e) ou en union libre
3. Séparé(e), divorcé(e), et vit seul(e)
4. Séparé(e), divorcé(e), mais vit avec quelqu'un
5. Veuf(e)

SCOLARITÉ

- | | | | |
|--------------|-----------------------------|----------|----------|
| 1. Primaire | 2. Secondaire | | |
| 3. Collégial | 4. Universitaire: 1er cycle | 2e cycle | 3e cycle |

CETTE SCOLARITÉ EST-ELLE COMPLÉTÉE?

1. Oui
2. Non

AVEZ-VOUS DES ENFANTS?

1. Oui
Combien? _____ Vivez-vous avec eux? _____
2. Non Vivez-vous avec des enfants dont vous avez la charge? _____