

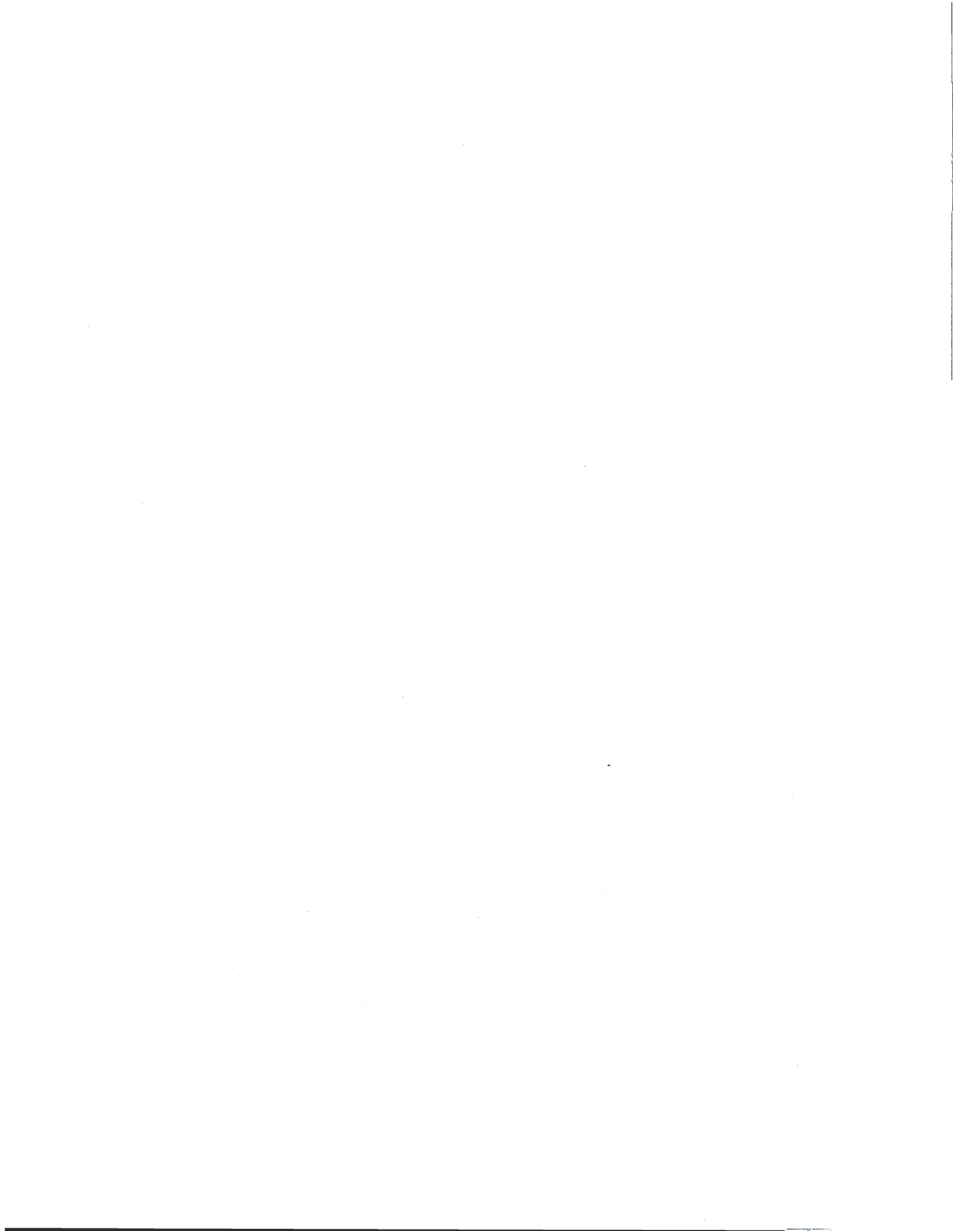
SÉBASTIEN BOUCHARD

**LES COUPLES DONT LA FEMME SOUFFRE
D'UN TROUBLE SÉVÈRE DE LA PERSONNALITÉ
Fonctionnement conjugal et attitudes à l'égard de la sexualité**

Thèse présentée
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval
dans le cadre du programme de doctorat en psychologie
pour l'obtention du grade de doctorat (Ph. D.)

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC (CANADA)

2009



Résumé

Les couples dont la femme souffre d'un trouble de la personnalité limite (TPL) représentent un groupe à haut risque de problèmes psychosociaux, et la stabilité des relations amoureuses d'une personne est intimement associée à sa santé mentale. L'objectif de la présente thèse est de décrire le fonctionnement d'un échantillon de trente-cinq couples dont la femme présente un diagnostic de TPL. Une première étude évalue les principales dimensions du fonctionnement conjugal de ces couples. Une deuxième étude s'intéresse aux activités et attitudes à l'égard de la sexualité des femmes souffrant d'un TPL. La présence d'un trouble de la personnalité chez chacun des membres du couple est évaluée à l'aide d'une d'entrevue semi-structurée. Des questionnaires ont évalué les variables suivantes : satisfaction conjugale, patrons de communication, représentations d'attachement, violence conjugale, détresse psychologique, activités sexuelles et attitudes à l'égard de la sexualité. Les résultats ont montré que près de la moitié des hommes engagés dans une relation amoureuse avec une femme présentant un TPL répondent aux critères diagnostiques d'au moins un trouble de la personnalité. Comparativement aux couples d'un groupe contrôle, les couples dont un membre présente un TPL démontrent moins de satisfaction conjugale, plus d'insécurité dans l'attachement, plus de problèmes de communication et plus de violence conjugale. Enfin, en comparaison aux femmes d'un groupe contrôle, les femmes présentant un diagnostic de TPL n'ont pas rapporté significativement plus d'activités sexuelles dans la dernière année que les autres, mais elles ont plus fortement l'impression d'être pressées à s'engager dans des rapports sexuels. L'attachement anxieux serait un facteur de médiation du lien entre le TPL et ce sentiment de pression. Cette thèse a permis de mieux documenter la gravité des difficultés éprouvées au sein des couples dont un membre présente un TPL. Ses résultats soulignent l'importance de l'intégration de la recherche sur les troubles de la personnalité aux études en psychologie du couple.

Abstract

Couples where one member suffers from borderline personality disorder (BPD) represent a group with high risks of psychosocial problems and stability of romantic relationships has been shown to be closely linked to mental health. The aim of this thesis is to describe the functioning of thirty-five couples where the woman has BPD. A first study evaluates important dimensions of couple functioning of these couples. A second study explores activities and attitudes toward sexuality of women suffering from BPD. The presence of personality disorders was assessed with a semi-structured interview. Questionnaires were used to evaluate the following variables: relationship satisfaction, patterns of communication, attachment status, intimate violence, psychological distress, sexual activities and attitudes toward sexuality. Results suggest that close to half of the men involved in a romantic relationship with a woman with BPD meet diagnostic criteria for at least one personality disorder. Compared to a control group, couples where one member has BPD show less relationship satisfaction, more attachment insecurity, more communication problems and more intimate violence. Finally, in comparison with women from a control group, women with BPD don't have more sexual activities in the last year but they have a stronger feeling of being pressured to engage in sex. Anxious attachment seems to mediate the association between BPD and feeling pressured. This thesis allowed a better documentation of the gravity of difficulties experienced by couples where one member has BPD. Its results underline the importance of integrating research on personality disorders to studies on couple psychology.

Remerciements

Cette thèse est le fruit de nombreuses collaborations, de multiples encouragements et du regard intéressé de tant de personnes. Je tiens à dire merci...

À Stéphane Sabourin, mon directeur de thèse à l'Université Laval, pour son encadrement chaleureux, sa patiente détermination et sa tolérance à l'égard de mes errances.

Au Dr Évens Villeneuve, directeur médical du Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean, qui m'a toujours encouragé à ouvrir mes ailes et aller plus loin.

À ma Julie, qui m'offre depuis les débuts de ma vie professionnelle cet amour qui m'offre un souffle qui m'aide à élever et qui ne coupe jamais les ailes.

À mon ami David qui m'a parlé d'Icare un soir où il craignait peut-être que je me brûle les ailes à entreprendre une entreprise si exigeante...en plus de mes autres entreprises.

À monsieur André Renaud, mon superviseur clinique depuis plusieurs années, qui a tant contribué à ma formation de psychothérapeute et qui m'a dit qu'on pouvait tout avoir dans la vie... mais une chose à la fois.

À mon père, qui se demande parfois pourquoi je préfère les chemins les moins fréquentés et qui a aiguisé ma curiosité d'enfant avec les questions qu'il s'amusait à me poser lorsque j'étais petit.

À ma mère qui m'a dit que si je croyais autant en moi qu'elle croit en moi, je n'aurais jamais de doute sur ma personne ou si peu. Ce n'est pas toujours objectif une mère et c'est tellement mieux ainsi.

À ma grande amie et collègue, Hélène Joncas, qui me connaît si bien et qui m'a dit que si je ne faisais pas mon doctorat, j'allais « achaler tout le monde avec ça le restant de mes jours ».

À Natacha Godbout, pour son aide et sa collaboration au deuxième volet de ma thèse. Une amie qui est rigoureuse et qui en plus aime les statistiques, c'est précieux.

À toute l'équipe du Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean et des CLSC de Québec qui ont contribué au recrutement des couples de ma recherche.

À Yvon Labrecque, chef du Service de psychologie du Centre hospitalier Robert-Giffard, et à Alain Roberge, coordonnateur clinico-administratif, pour leur soutien et encadrement administratif.

Enfin, merci à tous les couples qui ont accepté de participer à la recherche qui constitue le corps de cette thèse.

Dédicace

Le fascinant potentiel de destruction de la nature humaine a toujours côtoyé un aussi important potentiel de création. Je dédie cette thèse aux personnes qui, en acceptant de me faire confiance en tant que psychothérapeute et chercheur, m'ont montré qu'il est possible d'infléchir la trajectoire d'un destin pavé d'embûches et de le tourner vers la lumière. Au bout du compte, les découvertes que ces gens m'ont permises de faire ont fait de moi une meilleure personne.

Avis de publication

Au moment de son impression, les deux articles constituant le corps de la présente thèse ont été acceptés pour publication. Le premier article intitulé *Relationship Quality and Stability in Couples When One Partner Suffers From Borderline Personality Disorder* a été accepté pour publication au *Journal of Marital and Family Therapy* et le deuxième article, s'intitulant *Sexual Attitudes and Activities in Women with Borderline Personality Disorder* a été publié par le *Journal of Sex and Couple Therapy*.

Table des matières

RESUMÉ	I
ABSTRACT	II
REMERCIEMENTS	III
DÉDICACE.....	IV
AVIS DE PUBLICATION.....	V
TABLE DES MATIÈRES	VI
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES FIGURES	X
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
LES COUPLES DONT LA FEMME PRESENTE UN TROUBLE SEVERE DE LA PERSONNALITE	2
1.1 INTRODUCTION	4
(1.1.1) LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE LIMITE (TPL) : PREVALENCE ET PERTINENCE SOCIALE	4
(1.1.2) ÉTIOLOGIES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE	6
(1.1.3) RELATION ENTRE SANTE MENTALE ET DETRESSE CONJUGALE.....	10
(1.1.4) ASSOCIATION ENTRE DÉTRESSE CONJUGALE ET TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ	12
(1.1.5) TPL, PROBLEMES CONJUGAUX ET DETRESSE CONJUGALE	13
(1.1.6) CRITIQUES DES ETUDES ANTERIEURES ET PERTINENCE DE LA THESE	16
1.2. CADRE THEORIQUE ET COURANTS DE RECHERCHE	18
(1.2.1) UNION, MAINTIEN DE L'UNION ET DISSOLUTION DU COUPLE « BORDERLINE »	19
(1.2.2) THEORIE DE L'ATTACHEMENT, FONCTIONNEMENT CONJUGAL ET TPL.....	22
(1.2.3) VIOLENCE CONJUGALE ET TPL	23
(1.2.4) NATURE ET IMPACT DU CHOIX DU PARTENAIRE AMOUREUX ET TPL	26
(1.2.5) COMMUNICATION ET FONCTIONNEMENT CONJUGAL	27
(1.2.6) SATISFACTION CONJUGALE ET AJUSTEMENT DYADIQUE.....	29
(1.2.7) COMPORTEMENTS ET ATTITUDES A L'EGARD DE LA SEXUALITE ET TPL	29
1.3 OBJECTIFS SPECIFIQUES DE LA PRESENTE THESE	32
(1.3.1) PREMIER ARTICLE : FONCTIONNEMENT CONJUGAL ET TPL	32
(1.3.2) DEUXIEME ARTICLE : ATTITUDES A L'EGARD DE LA SEXUALITE ET TPL	33
CHAPITRE 2 : ARTICLE 1	36
RÉSUMÉ	39
ABSTRACT	40
RELATIONSHIP QUALITY AND STABILITY IN COUPLES WHEN ONE PARTNER	41
SUFFERS FROM BORDERLINE PERSONALITY DISORDER.....	41
HYPOTHESES	43
METHOD	43
PARTICIPANTS	43
INSTRUMENTS	45

RESULTS	46
<i>UNION STATUS INSTABILITY AND UNION DISSOLUTION</i>	46
<i>PREVALENCE OF PERSONALITY DISORDER IN THE NON-BPD PARTNER</i>	46
<i>ATTACHMENT CATEGORIES AND ATTACHMENT DIMENSIONS</i>	47
<i>PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL VIOLENCE</i>	49
<i>COMMUNICATION PATTERN</i>	50
<i>COUPLE SATISFACTION</i>	51
DISCUSSION	52
REFERENCES	58
CHAPITRE 3 : ARTICLE 2	61
RÉSUMÉ	63
ABSTRACT	64
SEXUAL ATTITUDES AND ACTIVITIES IN WOMEN WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER	65
INVOLVED IN ROMANTIC RELATIONSHIPS	65
HYPOTHESES	67
METHOD	67
<i>PARTICIPANTS</i>	67
<i>MEASURES</i>	68
RESULTS	71
<i>CONVERGENT AND CONSTRUCT VALIDITY</i>	71
<i>DESCRIPTIVE STATISTICS</i>	72
<i>GROUP COMPARISONS</i>	72
<i>SEXUAL ATTITUDES AND ROLE OF ATTACHMENT REPRESENTATIONS</i>	74
<i>ASSOCIATIONS BETWEEN RELATIONSHIP SATISFACTION AND ATTITUDES TOWARD SEXUALITY</i>	75
DISCUSSION	75
REFERENCES	80
CONCLUSION GENERALE	84
<i>TYPES, DUREE ET TAUX DE DISSOLUTION DES UNIONS</i>	85
<i>DIMENSIONS DE L'ATTACHEMENT ET PREVALENCE DES STYLES D'ATTACHEMENT</i>	86
<i>PREVALENCE ET TYPES DE VIOLENCE CONJUGALE</i>	87
<i>TROUBLES DE LA PERSONNALITE ET DETRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LE CONJOINT</i>	88
<i>STYLES DE COMMUNICATION</i>	88
<i>SATISFACTION CONJUGALE ET AJUSTEMENT DYADIQUE</i>	89
<i>ACTIVITES ET ATTITUDES SEXUELLES DANS LE COUPLE</i>	90
IMPLICATIONS THEORIQUES	92
IMPLICATIONS CLINIQUES	94
LIMITES DES ETUDES DE LA THESE	97
RECHERCHES FUTURES ET CONCLUSION FINALE	98
TABLEAUX ET FIGURES	101
BIBLIOGRAPHIE	105

ANNEXE A : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ	114
ANNEXE B : EXTRAIT DU SCID-II, SECTION TROUBLE DE LA PERSONNALITE LIMITE.....	119
ANNEXE C : EXPERIENCES IN CLOSE RELATIONSHIPS QUESTIONNAIRE	125
ANNEXE D : CONFLICT TACTIC SCALE	128
ANNEXE E : COMMUNICATION PATTERN QUESTIONNAIRE	131
ANNEXE F : PSYCHIATRIC SYMPTOM INVENTORY	133
ANNEXE G : SEXUAL ACTIVITIES AND ATTITUDES QUESTIONNAIRE	135

Liste des tableaux

CHAPITRE I : Introduction générale

Tableau A. Critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite selon le DSM-IV-TR.

CHAPITRE III : Article 2

Tableau 1. Differences sexual activities and attitudes between women with BPD and control group.

Tableau 2. Associations of attitudes toward sexuality in women with BPD with their sexual activities.

Liste des figures

CHAPITRE II : Article 1

Figure 1. Mean scores for the two dimensions of attachment in clinical and nonclinical couples.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les couples dont la femme présente un trouble sévère de la personnalité Fonctionnement conjugal et attitudes à l'égard de la sexualité

Les couples dont un membre présente un trouble de la personnalité limite (TPL) représentent un groupe à haut risque de problèmes psychosociaux. De nombreuses études ont démontré que la stabilité des relations amoureuses d'une personne est intimement associée à sa santé mentale (Whisman & Uebelacker, 2003). Or, le TPL est un problème de santé mentale grave dont l'une des caractéristiques centrales est de prédisposer à des problèmes relationnels importants marqués par des colères incontrôlées, des cycles d'idéalisation et de dévalorisation, de l'angoisse d'abandon, des menaces de suicide et des gestes autodestructeurs récurrents (APA, 2000). Le TPL affecte non seulement la personne présentant le diagnostic mais aussi sa famille, ses enfants et son conjoint (Scheirs & Bok, 2007).

Malgré la pertinence sociale et scientifique de l'étude des couples dont un membre présente un TPL, encore très peu de recherches se sont spécifiquement attardées à ce sujet. Certains résultats suggèrent fortement que la détresse conjugale chez les couples dont un membre présente un TPL est généralement plus importante que celle observée chez des individus souffrant uniquement d'un trouble à l'axe I du DSM-IV (Reich, Yates & Nduaguba, 1989). Pourtant, à ce jour, la grande majorité des études ayant porté sur la comorbidité entre la détresse conjugale et la santé mentale se sont intéressées à des troubles de l'axe I (dépression, alcoolisme, trouble de stress post-traumatique, etc.; Bélanger, Leduc, Fredman, El-Baalbaki & Baucom, 2008; Côté & Wright, 2003; Snyder & Whisman, 2003). Pourtant, plusieurs auteurs et cliniciens d'expérience soutiennent que la détresse conjugale de ces couples peut contribuer à amplifier les symptômes du TPL et influencer les chances de rémission de ce trouble complexe à traiter.

L'objectif de la présente recherche est d'étudier divers aspects du fonctionnement des couples dont l'un des partenaires souffre d'un TPL. Pour ce faire, un échantillon clinique de trente-cinq couples dont la femme présente un diagnostic de TPL a été composé. De plus, un groupe contrôle non clinique de même taille a été constitué afin

d'établir des comparaisons sur diverses variables. Le projet de thèse comporte deux articles. Le premier article constitue une étude multidimensionnelle du fonctionnement conjugal des couples dont un partenaire présente un TPL. Le deuxième traite des activités et attitudes à l'égard de la sexualité chez les femmes souffrant d'un TPL. Dans le cadre de ces deux articles, la présence d'un trouble de la personnalité chez chacun des membres du couple est évaluée à l'aide d'une d'entrevue semi-structurée standardisée. Les problèmes conjugaux sont évalués grâce à des questionnaires évaluant la satisfaction conjugale, les patrons de communication et la violence conjugale (psychologique et physique). Des mesures de détresse psychologique et d'attitudes à l'égard de la sexualité sont aussi administrées. Enfin, un questionnaire d'évaluation des dimensions de l'attachement est aussi utilisé afin d'explorer leur rôle dans l'association entre le TPL et les problèmes conjugaux. Une meilleure connaissance des relations de couple vécues par les personnes aux prises avec un TPL contribuera à l'enrichissement de la démarche diagnostique et au développement des approches psychothérapeutiques utilisées auprès de cette clientèle difficile.

L'introduction de la présentation de la thèse est constituée de trois sections distinctes. D'abord, une première section vise à faire un survol général de l'objet d'étude. Nous voyons, dans l'ordre : la prévalence et la pertinence sociale de l'étude du TPL, l'étiologie du TPL, les liens à établir entre la santé mentale et le fonctionnement conjugal, l'association entre la détresse conjugale et les troubles de la personnalité en général. Enfin, les liens plus spécifiques entre le TPL et les problèmes conjugaux sont examinés et nous terminons par une critique des études antérieures et une démonstration de la pertinence de la thèse.

La présente thèse s'inscrit dans un courant de recherche visant à intégrer les connaissances en psychopathologie à la recherche sur les couples. Compte tenu des multiples angles d'analyse pouvant se prêter à notre objet d'étude, une deuxième section de la thèse permet au lecteur de prendre connaissance du cadre théorique et des courants de recherche sur le couple ayant influencé le choix des variables et des hypothèses à l'étude. Les liens entre les recherches portant sur le TPL et chacun des sept thèmes suivants sont présentés : phases et caractéristiques de l'union, théorie de l'attachement, violence

conjugale, nature du choix du partenaire amoureux, communication dans le couple, satisfaction conjugale et ajustement dyadique et, enfin, fonctionnement sexuel des personnes présentant un TPL. Finalement, une troisième section vient présenter les objectifs spécifiques de la thèse et spécifier la nature des deux études qui en découlent.

1.1 Introduction

(1.1.1) Le trouble de la personnalité limite (TPL) : prévalence et pertinence sociale

Pour les théoriciens et les cliniciens qui s'intéressent à cette problématique, le TPL constitue un trouble mental à risque de graves difficultés conjugales. Le TPL se caractérise par une impulsivité marquée et un patron d'instabilité sur le plan des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects (APA, 2000; voir tableau A). Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti et Bruce (2003) soulignent que sept des neuf critères diagnostiques du TPL nuisent directement à la qualité des relations interpersonnelles et des relations de couple. Le dysfonctionnement des couples où l'un des partenaires souffre d'un TPL a souvent été commenté dans la littérature théorico-clinique, mais la documentation empirique ne contient que très peu d'études descriptives ayant porté spécifiquement sur cette population. Malgré la forte prévalence du TPL dans les centres de traitement, sa sévérité et ses effets négatifs importants sur le fonctionnement psychosocial, la recherche souffre d'un important manque de données descriptives sur le fonctionnement conjugal des personnes présentant un TPL. Le présent projet de thèse vise à pallier ce manque de données descriptives.

Trois facteurs appuient l'importance de cet objectif. Premièrement, le TPL est un trouble fréquent en santé mentale. De 2 à 3 % de la population générale souffrirait de ce trouble (APA, 2000). Ce diagnostic est posé chez 10 à 15 % des patients suivis en clinique externe en santé mentale et chez près de 20 % des patients hospitalisés en psychiatrie (Sodol et al., 2002). Deuxièmement, la présence de problèmes interpersonnels importants représente une caractéristique centrale du TPL (Hoffman et al., 2003; Meyer & Pilkonis, 2005; Widiger & Frances, 1989). Au long cours, même après avoir contrôlé l'effet de la dépression, la présence de traits de personnalité limite est étroitement associée à l'apparition de problèmes conjugaux chez des couples en relation de fréquentation (Dailey,

Burge & Hammen, 2000). Troisièmement, pour plusieurs cliniciens, le choix du partenaire amoureux des personnes présentant un TPL ainsi que le type de fonctionnement conjugal observé chez ces couples auraient un effet significatif tant sur l'intensité des symptômes de ces personnes que sur le pronostic du traitement (Links & Heslegrave, 2000; Paris & Braveman, 1995; Whisman & Uebelacker, 2003).

Tableau A. Critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite selon le DSM-IV-TR

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

American Psychiatric Association, DSM-IV (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Traduction française, Paris, Masson, p. 1056.

(1.1.2) Étiologies du trouble de la personnalité limite

Avant d'aller plus loin dans l'exploration de l'impact du TPL sur les relations de couple, une revue des facteurs étiologiques liés à l'apparition du TPL est présentée afin de clarifier la nature de notre objet d'étude. Comme nous le verrons, le développement des stratégies interpersonnelles propres au fonctionnement des personnes présentant un TPL (dépendance, peur de l'autre, contrôle, colère, etc.) tire sa source de l'interaction de divers facteurs génétiques et environnementaux présents dès la petite enfance. Or, ce sont ces mêmes facteurs qui ultérieurement auront une répercussion négative sur la capacité à pouvoir établir des relations intimes et à vivre une relation de couple harmonieuse. Les trois aspects suivants de l'étiologie du TPL seront explorés : les facteurs génétiques et tempéramentaux, la perturbation précoce du système d'attachement et les expériences traumatiques durant l'enfance.

Facteurs génétiques et tempéramentaux. Un courant de recherche avance que le développement du TPL est associé à certaines prédispositions génétiques et de tempérament. En effet, certains traits de personnalité liés au TPL, notamment l'hypersensibilité au rejet et à l'abandon (Jang et al., 1996), et le TPL en particulier (Torgensen et al., 2000) auraient une héritabilité relativement forte. Bien qu'une étude récente suggère qu'un génotype complexe serait associé au développement du plein syndrome du TPL (Ni et al., 2006), deux systèmes de neurotransmission sont le plus souvent évoqués pour expliquer l'origine de l'hypersensibilité interpersonnelle associée au TPL (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008). Premièrement, plusieurs indices suggèrent qu'une perturbation du système de neurotransmission de la sérotonine est un important contributif de la forte réactivité aux stress interpersonnels observée chez les personnes présentant un TPL. Bien que la configuration génétique exacte de cette prédisposition ne soit pas encore clairement établie, certains gènes candidats sont suspectés d'être responsables de l'hyperréactivité de l'amygdale (Hariri & Holmes, 2006) et de l'augmentation de la sécrétion de cortisol en réponse à l'anxiété de séparation chez les animaux (Barr et al., 2004). Pour Gunderson et Lyons-Ruth (2008), ces anomalies du système sérotoninergique seraient directement responsables de l'hypersensibilité interpersonnelle des personnes présentant un TPL. En appui à cette hypothèse, Brown et ses collègues (1982) ont détecté

de faibles niveaux de métabolite de la sérotonine (acide 5-hydroxyindoleacétique, 5-HIAA) dans le liquide céphalorachidien de patients présentant un TPL. Plus récemment, Lyons-Ruth et ses collègues (2007) ont trouvé une relation entre le polymorphisme du transporteur court de la sérotonine et la présence de deux critères ou plus du TPL. Les critères les plus souvent rencontrés étaient les gestes impulsifs autodestructeurs et la présence de relations intenses et instables.

La perturbation d'un deuxième système neurobiologique, celui de la neurotransmission de la dopamine, constituerait un autre facteur de contribution au développement des troubles de l'attachement chez le TPL. En effet, chez les mammifères, ce système est intimement lié aux comportements d'attachement et à l'anxiété de séparation. Or, Insel (2004) remarque que la force des renforcements positifs propres aux relations intimes et l'intensité des symptômes de « sevrage » propres à la détresse de séparation s'apparentent à celles éprouvées par les personnes présentant des problèmes de consommation. Selon cet auteur, ces ressemblances ne sont pas fortuites. Les mêmes bases neurobiologiques (en particulier les noyaux accumbens) seraient impliquées dans la régulation des attachements intimes (par exemple, parent-enfant ou relation de fréquentation) et dans les symptômes d'assuétude et de sevrage propres à la toxicomanie. Dans le modèle étiologique proposé par Gunderson et Lyons-Ruth (2008), le futur patient souffrant d'un TPL serait donc porteur d'un génotype le prédisposant à une transmission accrue de dopamine dans les zones du cerveau associées à l'attachement, cela le prédisposant à accorder une haute valeur de renforcement aux stimuli liés à l'attachement intime. Les gènes candidats spécifiques à cette vulnérabilité neurobiologique n'ont pas encore été clairement identifiés. Néanmoins, retenons que, lorsque présente, la vulnérabilité génétique proposée (forte réactivité, impulsivité et grande détresse de séparation) donnerait lieu à un tempérament à risque d'influencer négativement la relation que le nourrisson aura avec ses parents, surtout si le parent présente lui-même des vulnérabilités semblables. Cette contribution de l'enfant à la qualité de la relation d'attachement avec le parent est de plus en plus reconnue par la communauté scientifique (Kendler, 1996).

Perturbation précoce du système d'attachement. Un facteur de vulnérabilité propre au TPL serait le développement d'un style d'attachement désorganisé ou préoccupé dans la petite enfance. Plusieurs auteurs ont élaboré des théories liant ces types d'insécurité de l'attachement dans l'enfance au développement ultérieur d'un TPL (Fonagy, 1995; Holmes, 2004; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999). En particulier, les enfants classifiés ambivalents font montre d'une combinaison de comportements d'accrochage à la figure parentale, de résistance au contact et d'impossibilité à être consolé en présence de leur parent (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). On considère que les enfants ambivalents utilisent des « stratégies d'hyperactivation » en augmentant l'expression de leur colère ou de leur détresse afin de pouvoir s'assurer l'attention et les soins d'une figure d'attachement inconstante (Cassidy & Berlin, 1994). Ces stratégies rappellent les comportements interpersonnels des personnes présentant un TPL. En outre, une forte proportion des enfants présentant un attachement ambivalent présente aussi un attachement de type désorganisé (van Ijzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999) et fait montre de comportements hautement contradictoires (i.e. confusion d'approche et d'évitement) envers leur parent lorsqu'en détresse. Ces deux types d'attachement ne mènent pas à tout coup au développement du TPL mais constitueraient un facteur de vulnérabilité très significatif. De plus, la force du lien entre ces types de perturbation précoce du système d'attachement et le TPL est encore plus importante lorsque ceux-ci se combinent chez un même individu. Or, la prévalence estimée dans la population générale de la combinaison de ces deux types d'attachement chez le même individu est d'environ 3% soit un peu plus que la prévalence du TPL (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008).

Expériences traumatiques durant l'enfance. Typiquement, l'enfance des personnes présentant un TPL est marquée par l'expérience de traumatismes importants. Cinq principaux facteurs environnementaux ont fait l'objet de multiples études (pour une revue, voir Zanarini, Frances & Frankenburg, 2008) : séparations et pertes, perturbation de la relation avec les parents, abus émotionnel et verbal, abus sexuel et négligence émotionnelle. Un bref survol de l'ensemble de ces résultats mérite d'être fait. Premièrement, une histoire de séparations prolongées ou de pertes de la figure d'attachement pendant l'enfance est commune chez les personnes présentant un TPL et est

plus fréquente que chez les personnes présentant d'autres diagnostics (Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz & Frankenburg, 1989). Deuxièmement, les personnes présentant un TPL rapportent généralement avoir eu avec leur mère une relation hautement conflictuelle, distante ou désengagée. Point intéressant, l'absence d'un père engagé et présent semble être un facteur discriminant plus important que d'avoir seulement eu une relation problématique avec la mère. Enfin, les personnes présentant un TPL ont généralement éprouvé des difficultés avec les deux parents plutôt qu'avec un seul des deux parents (Frank & Paris, 1981). Troisièmement, une histoire d'abus verbal et émotionnel est plus fréquente chez les personnes présentant un TPL que chez les personnes présentant une dépression ou un autre trouble de personnalité (Zanarini & Frankenburg, 1997). Quatrièmement, la présence d'abus sexuel dans l'enfance est plus fréquente chez les personnes présentant un TPL que chez les personnes présentant une dépression ou un autre trouble de personnalité et la gravité de ces abus (par exemple, avec versus sans pénétration, ponctuel versus continu) est associée à la sévérité du TPL (Paris, Zweig-Frank & Guzder, 1994). Enfin, cinquièmement, une histoire de négligence émotionnelle (retrait émotionnel, inconstance, déni des sentiments, parentification¹, manque de protection) est très commune chez les personnes présentant un TPL et permet de les distinguer d'un groupe contrôle (Zanarini & Frankenburg, 1997). La négligence physique est quant à elle relativement peu commune chez cette population. Il est à souligner que les traumatismes durant l'enfance revus ici ont malheureusement l'habitude de se produire en cooccurrence dans les populations à risque de sorte qu'un même enfant subit généralement plusieurs formes d'abus au cours de son développement.

En conclusion, le modèle étiologique qui vient d'être présenté considère qu'une succession de facteurs de vulnérabilité (génétiques, biologiques et environnementaux) doivent s'additionner pour mener au développement du TPL à l'âge adulte. On peut s'attendre à ce que ces mêmes facteurs de vulnérabilité amènent une certaine prédisposition à vivre des difficultés en couple. Actuellement, on considère que l'étiologie du TPL est multifactorielle et que plusieurs combinaisons de facteurs de risque peuvent mener à son plein développement à l'âge adulte. Dans le cadre de la présente thèse, soulignons que le

¹ La parentification est un processus par lequel un enfant devient celui qui prodigue les soins à ses parents et où il devient en quelque sorte parent de ses propres parents. La parentification peut peser lourdement sur l'enfant lorsque les exigences imposées dépassent ses compétences et son degré de développement.

tempérament des personnes présentant un TPL, la perturbation précoce de leur système d'attachement et les traumatismes de leur l'enfance concourent tous à l'établissement d'une hypersensibilité aux stress du développement normal adulte : distanciation de la famille, choix de carrière, mobilité géographique, mariage, naissance d'un enfant, etc. Pour les adultes présentant un TPL, compte tenu des obstacles intérieurs que leur enfance leur a laissés, l'investissement affectif dans une relation de couple durable et sécurisante représente sans contredit un objectif des plus difficiles à atteindre. Comme nous le verrons plus loin, les études disponibles suggèrent effectivement que les relations de couple des personnes présentant un TPL sont hautement conflictuelles et instables.

(1.1.3) Relation entre santé mentale et détresse conjugale

En général, les théories contemporaines considèrent que le lien entre la santé mentale et la détresse conjugale est bidirectionnel et que ces deux entités s'influencent mutuellement de façon continue dans le temps (Whisman & Uebelacker, 2003). D'un côté, l'apparition d'un trouble mental à l'axe I au cours d'une année s'accompagne généralement de sérieuses difficultés conjugales. Par exemple, chez un couple où l'un des partenaires développe une dépression majeure, le risque de détresse conjugale au cours de cette même année est trois fois plus élevé que chez un couple où ni l'un ni l'autre des conjoints ne souffre de dépression majeure. Ce risque est multiplié par 3,8 pour le trouble de stress post-traumatique et grimpe jusqu'à 5,7 pour la dysthymie chronique (Whisman, 1999). D'un autre côté, l'apparition de problèmes conjugaux augmente la probabilité de développement de plusieurs types de problèmes de santé mentale de l'axe I et peut, dans certains cas, prolonger la durée de ceux-ci (Whisman, Sheldon & Goering, 2000). À cet effet, certains auteurs croient que les probabilités de développer un trouble de l'axe I chez une personne présentant un TPL et vivant de la détresse conjugale sont encore plus importantes que chez la population générale (Dailey, et al., 2000; Fonagy, 1995).

Malheureusement, très peu de chercheurs se sont intéressés à ce phénomène pourtant d'une grande importance clinique (Whisman, Tolejko & Chatav, 2008). En faisant état des connaissances sur la comorbidité entre la détresse conjugale et les troubles mentaux, Whisman et Uebelacker (2003) s'étonnaient du manque d'études évaluant la

relation entre la détresse conjugale et les troubles de la personnalité en général. Dans le cadre de notre propos, les deux sens de l'interaction santé mentale et détresse conjugale sont considérés. Le TPL peut ainsi être conçu à la fois comme une source de vulnérabilité psychologique et un stressor (pour le couple et pour le conjoint non atteint). Dans un sens de l'équation, la détresse conjugale affecterait les symptômes du TPL et, dans l'autre sens de l'équation, le TPL exercerait un stress sur l'ajustement du couple.

En effet, d'une part, les difficultés conjugales sont susceptibles de contribuer à la détérioration de la santé psychologique de l'individu présentant un TPL. Chez les personnes présentant un TPL, le stress d'éprouver des problèmes de couple peut représenter une situation lourde de conséquences. Par exemple, imaginons un conjoint irritable, enclin à dévaloriser sa conjointe ou à la menacer de la quitter lorsque frustré. Ce type de comportement représente un stress majeur pour la santé mentale d'une personne présentant certaines vulnérabilités psychologiques. Au long cours, pour la personne présentant un TPL en relation de couple avec un tel conjoint, les chances de développement de troubles associés à l'axe I (par exemple, dépression, trouble anxieux, toxicomanie) risquent d'augmenter, et certains de ses symptômes propres à l'axe II peuvent en venir à s'intensifier (instabilité affective, augmentation du risque suicidaire, fréquence accrue des gestes automutilatoires, angoisse d'abandon, colères incontrôlées, etc.). Dans ce contexte, on comprend pourquoi une meilleure connaissance des caractéristiques psychologiques des conjoints de personnes présentant un TPL pourrait enrichir la compréhension du tableau clinique de ces personnes.

D'autre part, le TPL peut constituer un stress majeur en soi, autant pour le couple comme entité que pour le conjoint qui n'est pas atteint d'un trouble de la personnalité. Cette situation constitue une dimension de la problématique dont on commence à peine à reconnaître l'importance et qui demeure encore très peu étudiée (Scheirs & Bok, 2007). Pour les conjoints des personnes présentant un TPL, être témoin de menaces suicidaires, de gestes autodestructeurs et de crises de colère incontrôlées de la part de leur partenaire amoureux est monnaie courante. Quoique comportant plusieurs inconvénients, ces comportements représenteraient une stratégie que les personnes souffrant d'un TPL

utilisent pour composer avec des moments d'intense détresse émotionnelle (Linehan, 1993). Or, ces comportements ne sont pas sans causer de la détresse chez le conjoint et exercent probablement un effet négatif sur la satisfaction conjugale. Dans une étude portant sur la détresse des proches de personnes présentant un TPL, Scheirs et Bok (2007) ont démontré que les proches de ces personnes présentent un degré de détresse psychologique élevé et comparable à celui des proches de personnes souffrant de schizophrénie ou de trouble de stress post-traumatique. Cette grande détresse psychologique s'est avérée aussi élevée chez les conjoints et amis que dans la famille biologique des personnes présentant un TPL. Ces données montrent bien que le TPL constitue un lourd fardeau émotionnel pour l'entourage. Compte tenu de sa proximité physique et affective, le conjoint des personnes présentant un TPL est possiblement encore plus touché que le reste de l'entourage. Il existe très peu d'études s'étant attardé à cette hypothèse. La présente étude ne permettra pas de vérifier directement celle-ci mais permettra d'établir un tableau plus clair de l'étendu de la détresse psychologique des conjoints de personnes souffrant d'un TPL ainsi que des facteurs possiblement associés au développement de cette détresse.

En conclusion, l'aspect bidirectionnel du lien entre santé mentale et détresse conjugale met en lumière jusqu'à quel point les couples dont un membre présente un TPL sont hautement vulnérables au développement et au maintien d'un cercle vicieux de détresse psychologique et de problèmes conjugaux. Le TPL augmente les chances de conflits et d'instabilité dans le couple tandis que la détresse conjugale résultante vient exacerber à son tour les symptômes du TPL. En retour, cela peut augmenter la détresse du partenaire non atteint de même que les symptômes du conjoint souffrant d'un TPL. Considérant ce cercle vicieux de vulnérabilité à la détresse conjugale, la pertinence clinique et scientifique des études sur cette problématique ressort clairement.

(1.1.4) Association entre détresse conjugale et trouble de la personnalité

Les quelques recherches publiées sur l'association entre la détresse conjugale et les troubles de la personnalité supportent l'hypothèse que des liens importants existent entre ces deux phénomènes. Dans une récente étude épidémiologique portant sur 43 093 répondants américains, Whisman et al. (2008) démontrent que la présence d'un trouble de

la personnalité est associée à une plus faible probabilité de mariage, une augmentation des probabilités de se marier en jeune âge et à une augmentation des risques de divorce. Ces auteurs n'ont cependant étudié que sept des dix troubles de la personnalité du DSM-IV-TR et ont omis d'évaluer la présence de trouble de la personnalité limite. Reich, Yates et Nduaguba (1989) ont sondé au hasard un échantillon de 401 individus provenant de la communauté. Des 249 répondants, 11,1 % des individus répondaient aux critères d'au moins un trouble de la personnalité (selon le DSM-III) tel qu'évalué par des questionnaires. Leurs résultats révèlent que chez les adultes mariés présentant un diagnostic de trouble de la personnalité, l'association entre ce diagnostic et la détresse conjugale est plus forte que l'association entre la présence d'un diagnostic à l'axe I et la détresse conjugale. Truant (1994), dans une étude menée auprès d'un échantillon de 41 patients mariés ayant été hospitalisés ou en suivis extrahospitaliers, rapporte aussi que les personnes présentant un trouble de la personnalité (la plupart ayant aussi un diagnostic à l'axe I) vivent une plus grande détresse conjugale que les personnes ne présentant qu'un diagnostic à l'axe I du DSM-IV-TR. Considérant le caractère chronique de leurs difficultés, nous formulons l'hypothèse qu'un diagnostic de TPL chez l'un des conjoints sera associé à de la détresse conjugale et à des conflits relationnels importants. Il est étonnant de constater qu'encore aucune étude, à notre connaissance, n'a exploré directement cette question.

(1.1.5) TPL, problèmes conjugaux et détresse conjugale

Il y a très peu de données portant spécifiquement sur le fonctionnement conjugal des couples dont un membre souffre d'un TPL. Cependant, le peu d'études disponibles tend à démontrer que le diagnostic de TPL interfère avec la capacité de se marier, de demeurer en couple et d'avoir une vie de couple harmonieuse.

De façon générale, il est assez bien établi que le TPL a des répercussions négatives sur un ensemble de contextes relationnels : vie de couple, amitiés, travail, loisir, etc. Par exemple, le TPL est associé à de plus faibles chances d'être marié (Swartz, Blazer, George & Windfield, 1990; Zimmerman & Coryell, 1990), à un plus grand nombre de ruptures dans des relations significatives chez l'adulte (Labonté & Paris, 1993), à des amitiés de plus courte durée, à une absence de partenaire amoureux ou d'un confident et à une

diminution de la fréquence des activités sociales (Bernstein, Cohen, Skodol, Bezirgianian & Brook, 1996). Dans le même ordre d'idée, les jeunes adultes en couple ayant des traits de personnalité limite vivent plus de détresse interpersonnelle, autant au moment de l'évaluation du TPL (Trull, 1995) qu'après deux ans de suivi (Trull, Useda, Conforti & Doan, 1997).

À la suite d'une recension des écrits scientifiques et en se basant sur leur longue expérience clinique, Paris et Braveman (1995) en sont venus à la conclusion que, généralement, les femmes qui souffrent d'un TPL et qui se sont mariées n'ont pas bénéficié positivement de leur union. Cette observation est en concordance avec la forte représentation des couples de personnes présentant un TPL dans les cabinets des thérapeutes de couples. Par exemple, Fruzzetti et Fruzzetti (2003) estiment qu'en utilisant des critères d'inclusion moins sévères que ceux du DSM-IV-TR (critères subsyndromaux), près de 50 % de leur clientèle en psychothérapie conjugale serait formée de couples où l'un des partenaires présente des traits de personnalité limite (c'est-à-dire, au moins trois critères du DSM-IV-TR présents).

La sévérité des symptômes du TPL semble généralement inversement associée à la qualité du fonctionnement conjugal. Dans une étude prospective, Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich et Silk (2005) ont démontré que les probabilités d'être marié ou de vivre avec un conjoint sont fortement associées à la sévérité des symptômes du TPL. Cette probabilité passe de 15,4 % à 38 % sur une période de six ans pour les patients qui ont atteint une rémission de leurs symptômes. Il en va de même pour les chances que le patient soit dans une relation de couple qualifiée de « bonne ». En effet, ces probabilités sont plus basses pour les personnes souffrant d'un TPL (33,5 %; $n = 290$) que pour les individus d'un groupe contrôle composé de patients ayant un autre trouble de la personnalité (46,3 %; $n = 72$). Cependant, la qualité de la relation augmente dans le temps chez les patients ayant été traités pour les symptômes liés au TPL. Sur une période de 6 ans, le pourcentage de patients « remis » déclarant avoir une bonne relation de couple passe de 37,6 % ($n = 202$) à 63 % ($n = 200$) alors qu'il passe de 26 % ($n = 88$) à 43,6 % ($n = 6$) chez les patients demeurant symptomatiques (Zanarini, et al., 2005). Ces données suggèrent que la capacité

de demeurer en couple et d'en être satisfait est associée à la sévérité des symptômes du TPL et que cette capacité peut s'améliorer avec le passage du temps et un traitement efficace. Bien que très intéressantes, ces données ne permettent malheureusement pas de savoir si les caractéristiques du partenaire amoureux peuvent influencer positivement ou négativement le cours du traitement ou l'évolution naturelle du TPL. La vérification de cette hypothèse nécessiterait un devis de recherche complexe s'étendant sur plusieurs années. Or, sans pouvoir vérifier cette hypothèse directement, la présente étude permettra pour le moins d'établir pour la première fois un portrait plus clair des caractéristiques psychologiques des conjoints de femmes présentant un TPL.

Malgré un portrait plutôt pessimiste des perspectives de pouvoir accéder à une vie conjugale satisfaisante, certains auteurs soulignent, un peu à contre-courant, l'effet potentiellement réparateur d'un certain type de relation conjugale pour les personnes présentant un TPL. En effet, pour des auteurs comme Lewis (1997), les personnes présentant un TPL peuvent très bien choisir un conjoint relativement sain et arriver à profiter positivement de la relation. Lewis souligne les aspects thérapeutiques des relations intimes et les similarités entre ces relations et les relations psychothérapeutiques. Il pose l'hypothèse que la correction du bris d'empathie serait l'aspect thérapeutique central de ces relations. Ce processus naturel de « guérison » grâce à des relations maritales a été observé chez des personnes souffrant de troubles connus pour être difficiles à traiter (Lewis, 1998). La recherche a documenté la valeur potentiellement thérapeutique d'une relation conjugale caractérisée par le soutien dans la modération de l'effet des relations d'attachement problématiques dans l'enfance (Brown & Harris, 1978; Crockenberg, 1987; Quinton, Rutter & Liddle, 1984). Il est possible que le TPL puisse faire partie des troubles pouvant bénéficier d'une relation conjugale réparatrice. Si tel est le cas, il serait intéressant de connaître les qualités qui doivent être présentes chez le partenaire de la personne présentant un TPL pour que ce « processus naturel » puisse se mettre en branle et ainsi tenter d'élaborer des interventions susceptibles de contribuer à ce phénomène. Certes, la présente étude ne pourra pas mettre fin à ce débat intéressant, mais elle contribuera tout de même significativement à la description du fonctionnement de ces couples et à une meilleure connaissance de leur satisfaction conjugale.

(1.1.6) Critiques des études antérieures et pertinence de la thèse

Les limites des études qui s'intéressent aux relations de couple des personnes souffrant d'un TPL se résument en cinq points. Premièrement, il y a un besoin pressant de données descriptives sur les caractéristiques psychologiques des conjoints de personnes souffrant d'un TPL. Plusieurs hypothèses cliniques intéressantes concernant ces couples ont été formulées mais la qualité de leur fonctionnement, la présence de troubles de la personnalité chez le conjoint, l'incidence du TPL sur la satisfaction conjugale des membres de ces couples sont encore méconnues. Encore peu d'articles, chapitres et manuels de traitement ont porté sur l'intervention auprès des couples dont un membre présente un TPL (Fruzetti, 2006; Lachkar, 2004; McCormack, 2000; Oliver, Perry & Cade, 2008; Solomon, 1998). Malgré leur grande pertinence clinique, la revue des bases empiriques des modèles d'intervention proposés révèle le manque d'études ayant tenté de décrire le fonctionnement des couples dont un membre présente un TPL. Il manque aussi à ces modèles de traitement une connaissance de la réelle prévalence et des principales caractéristiques des problèmes conjugaux éprouvés par ces couples. Deuxièmement, les quelques études ayant porté sur ces couples ont surtout utilisé des autoquestionnaires pour évaluer la personnalité des participants (Dailey et al., 2000; Tweed & Dutton, 1998). Or l'utilisation de ces instruments entraîne des taux élevés de faux positifs par rapport aux diagnostics posés à partir d'entrevues semi-structurées (Zimmerman, 1994). Cette situation peut donc amener les chercheurs à surestimer la prévalence de troubles de personnalité chez l'un des membres des couples à l'étude.

Troisièmement, bien qu'intéressantes, les études portant sur des échantillons sous-cliniques (Dailey et al., 2000; Frusetti & Frusetti, 2003) ne donnent pas un aperçu exact de l'étendue de la détresse des couples dont un des membres présente un TPL tel que décrit dans le DSM-IV-TR (APA, 2000). En effet, certains phénomènes peuvent être sous-représentés ou ne pas être présents du tout chez un échantillon de couples dont un membre présente seulement des traits d'une personnalité limite et non un TPL atteignant les seuils cliniques reconnus. Quatrièmement, les données disponibles proviennent souvent de recherches sur les hommes violents envers leur conjointe et celles-ci utilisent des

indicateurs indirects du TPL ou de l'organisation limite de la personnalité (Dutton, 1995; Dutton & Starzomski, 1993), un concept fort différent et beaucoup plus large que celui de TPL tel que défini par le DSM-IV-TR (APA, 2000). Ces indicateurs sont imprécis et le concept d'organisation limite (Kernberg, 1984), de par sa complexité et l'expertise nécessaire pour l'évaluer, comporte des défis d'opérationnalisation importants. De plus, bien que l'on présume que près du tiers des couples où l'on trouve de la violence physique comporte un membre présentant un TPL, ce ne sont pas nécessairement tous les couples dont un des membres souffre d'un TPL qui présentent un degré de violence physique ou psychologique important. La prévalence de la violence physique et psychologique chez ces couples est d'ailleurs encore mal connue. Cinquièmement, outre l'examen de l'association entre le TPL et la détresse conjugale, les études portant sur ces couples devraient aussi inclure des mesures de variables (par exemple, impulsivité, sévérité du trouble, satisfaction conjugale, style de communication) susceptibles de contribuer à l'élaboration de meilleurs modèles explicatifs et de modèles d'interventions plus spécifiques.

La pertinence scientifique de cette thèse s'appuie non seulement sur des arguments théoriques mais aussi sur un besoin exprimé par les cliniciens aux prises avec les demandes d'aide de ce type de couple. Les couples dont un conjoint présente un TPL représentent un groupe à haut risque de problèmes psychosociaux et, malgré le faible nombre d'études publiées sur le sujet, ces couples sont aussi très présents dans les services de soins en santé mentale : les cliniques de thérapie conjugale ou individuelle, les services d'aide aux familles et les CLSC du Québec. Enfin, la surreprésentation de cette clientèle dans les ressources venant en aide aux victimes de violence conjugale est documentée et les besoins d'information des intervenants oeuvrant dans ces milieux sont criants.

La pertinence scientifique de notre recherche repose aussi sur l'hypothèse que la détresse conjugale des personnes souffrant d'un TPL et les caractéristiques psychologiques de leur conjoint sont associées, au moins en partie, à la sévérité de leurs symptômes ainsi qu'à leur pronostic de traitement. Il est important d'évaluer et de mieux comprendre les problèmes rencontrés par ces couples dans la mesure où ceux-ci contribuent probablement à générer et à maintenir les perturbations de la personnalité chez ces personnes (Chen et al.,

2004). Nous espérons que l'analyse des relations de couple vécues par les personnes aux prises avec un TPL donnera accès à des données qui contribueront à l'enrichissement de la démarche diagnostique et à l'évolution des approches psychothérapeutiques utilisées auprès de cette clientèle difficile. Enfin, ce type de recherche ouvrira la voie à d'autres générations de recherche sur ces couples en grand besoin d'aide et ayant jusqu'à maintenant été largement ignorés de la recherche clinique.

1.2. Cadre théorique et courants de recherche

Le sujet de la présente thèse se prêtait à de multiples angles d'analyse théorique. Compte tenu de l'originalité du thème abordé, le cadre général de notre recherche a dû se baser sur divers courants de recherche en psychologie du couple et en psychopathologie. Dans un premier temps, cette démarche impliquait une cueillette de données indirectes provenant de la littérature clinique de diverses écoles théoriques ainsi que de résultats de recherches empiriques de nature descriptive. Une recension assez large des écrits scientifiques a donc été un préalable à l'établissement d'un cadre théorique plus restreint, au choix des variables à étudier et à l'émission des hypothèses de recherche retenues. Cette recension nous a permis de dégager sept principaux courants de recherche dans le domaine de l'étude des couples dont un membre présente un problème de santé mentale. Cette thèse ainsi que les deux recherches qui en résultent se fondent sur ces courants.

Afin d'offrir au lecteur une idée plus précise de la toile de fond sur laquelle reposent les deux études constituant le cœur de la présente thèse, les sept courants de recherche suivants seront brièvement explicités. Le premier courant vise à mieux connaître les taux de formation d'union, de maintien et de dissolution du couple. Généralement, ces études portent sur des couples mariés et en cohabitation. Un deuxième courant de recherche se base sur la théorie de l'attachement pour vérifier si différents styles d'attachement peuvent contribuer ou non à diverses difficultés dans le couple. Le troisième courant de recherche porte sur la violence conjugale et ses liens avec diverses psychopathologies, dont les troubles de la personnalité. Le quatrième courant de recherche se fonde sur l'hypothèse du choix non aléatoire du partenaire amoureux et sur la possibilité que les personnes présentant une psychopathologie puissent favoriser certains profils de personnalité dans

leur choix de conjoint afin d'atteindre un ajustement conjugal optimal. Le cinquième courant de recherche s'appuie sur un paradigme communicationnel. Il met l'accent sur le type et la qualité de la communication comme variable centrale dans l'étude du fonctionnement conjugal. Le sixième courant de recherche s'intéresse à la satisfaction conjugale et l'ajustement dyadique. Enfin, le septième et dernier courant de recherche s'intéresse au rôle de la sphère des activités et des attitudes sexuelles dans le couple.

(1.2.1) Union, maintien de l'union et dissolution du couple « borderline »

La présence d'un diagnostic de TPL chez l'un des conjoints a de fortes chances de perturber tant la formation de l'union que la phase de maintien de cette union en plus d'augmenter les risques de dissolution de celle-ci. Par définition, les personnes souffrant d'un TPL établissent des relations intimes intenses, chaotiques et marquées par l'instabilité. Loin d'être un phénomène statique, le fonctionnement conjugal constitue un processus complexe qui se déploie dans le temps. Pour les personnes présentant un TPL, le stade où on se courtise et où l'union se forme peut présenter des défis et amener des difficultés très différentes de celles rencontrées au stade de maintien de l'union. Le maintien de l'union peut être de durée très variable chez ces personnes. De la même façon, la dissolution du couple engendre des réactions et des stratégies d'adaptation particulières chez ces personnes. Voici l'état actuel des connaissances concernant ces différents moments de la vie conjugale pour les personnes présentant un TPL.

Formation de l'union. La phase de formation de l'union serait susceptible d'amplifier certains aspects de la symptomatologie du TPL. Comme nous le verrons plus loin, cette amplification des symptômes du TPL se ferait par l'intermédiaire de l'activation de modèles internes d'attachement marqués par l'insécurité, la terreur et l'abandon. Plusieurs auteurs ont remarqué que les symptômes du TPL sont souvent exacerbés par le processus d'attachement (Gunderson, 1984; Kernberg, 1984; Westen, 1991): cycle d'idéalisation et de dévalorisation de l'autre, angoisse d'abandon, irritabilité, idéations suicidaires, manipulation et comportements autodestructeurs. Face à ces observations, il est donc plausible que les chances de formation d'une union soient diminuées par la présence

d'un diagnostic de TPL. Pourtant, les quelques données publiées sur les taux de formation d'unions amoureuses chez ces personnes ne sont pas concluantes.

Dans une étude de suivi sur une période de 15 ans d'une cohorte importante de patients présentant un TPL (n = 502), Stone (1990) rapporte un faible taux de mariage (52 % des femmes et 29 % des hommes versus 80-90 % dans la population américaine). Mais Links et Stockwell (2001) arrivent à des résultats très différents. Leur étude auprès d'un échantillon de personnes présentant un TPL et ayant déjà été hospitalisées indique que, sur une période de suivi de sept ans, la présence d'un TPL n'est pas associée à un plus bas taux de mariage que celui observé au sein de la population générale. Notons tout de même que les patients de cette étude étant demeurés célibataires sont plus jeunes, plus impulsifs et présentent plus souvent des épisodes dissociatifs que ceux qui formaient une union.

Malgré les obstacles à la formation de l'union, une portion significative de ces patients cohabitent ou sont mariés. En effet, environ de 20 à 30 % des personnes présentant un TPL se disent engagées dans une relation amoureuse, que ce soit dans le contexte d'une relation de fréquentation, de cohabitation ou de mariage (Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2007; Giesen-Bloo et al., 2006; Paris & Braverman, 1995; Zanarini et al., 2005). Nos données préliminaires (Bouchard & Sabourin, 2006) portant sur un échantillon de 98 personnes suivies au Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean de Québec et ayant présenté un diagnostic de TPL au cours des deux dernières années indiquent qu'environ 30 % de ces clients se déclarent en couple depuis plus de deux mois, bon nombre se disant en couple depuis plusieurs années.

Maintien de l'union. La phase de maintien de l'union de ces couples serait elle aussi associée à de la détresse et à une grande instabilité relationnelle. Pour citer Bardenstein et McGlashan (1988) : « Le mariage, pour ces patients, la plupart du temps, a offert un lieu de réactivation de la psychopathologie ». En effet, plusieurs études de cas et rapports cliniques ont été publiés sur le sujet et témoignent de ce phénomène (Fruzetti & Fruzetti, 2003; Koch

et Ingram, 1985; Links et Stockwell, 2001; Paris & Braveman, 1995; Seeman & Edwards-Evans, 1979; Waldo & Harman, 1998; Weddige, 1986).

Dailey et al. (2000), dans une étude longitudinale auprès de 142 adolescentes suivies sur une période de quatre ans, rapportent que la présence de traits de la personnalité limite est associée à l'apparition de problèmes de couple (conflits, insatisfaction du partenaire, abus physique et grossesse non désirée). On pourrait arguer que ces résultats pourraient être explicables par la présence d'humeur dépressive (Beach, Sandeen & O'Leary, 1990) chez les participants présentant un TPL, mais cette association est demeurée significative même après avoir contrôlé l'effet de la dépression.

Les auteurs s'entendent pour dire que les personnes souffrant d'un TPL ont des problèmes de couple graves, que leurs couples présentent souvent un degré de détresse élevé et que ces couples répondent habituellement mal aux interventions en thérapie conjugale. Certains auteurs rapportent même des histoires de cas où une intervention en couple peut contribuer à détériorer le fonctionnement conjugal et l'état psychologique de la personne présentant un TPL plutôt que de l'améliorer (Links et Stockwell, 2001).

Dissolution du couple. Bien que l'on s'attende à ce que les taux de dissolution de l'union chez ces couples soient élevés, les données à ce sujet ne sont pas concluantes non plus. Stone (1990) rappelle qu'à l'âge de 40 ans, environ le tiers des personnes présentant un TPL sont divorcées. Or, ce taux n'est pas supérieur à la moyenne nationale aux États-Unis, qui était de 38 % en 2005 (Sondik, 2006). Il est possible qu'une fois formés, après une période d'adaptation plus ou moins longue et houleuse, les couples dont un membre présente un diagnostic de TPL puissent connaître un degré de stabilité élevé, et ce, malgré la chronicité des dysfonctions présentes. Plusieurs ont observé chez ce type de couples un maintien des difficultés chroniques et des querelles graves, et ce, sans dissolution de l'union. Il semblerait que ces couples constituent, selon certains auteurs, un système fermé, chaotique et résistant au changement (Koch & Ingram, 1985; Links & Stockwell, 2001).

Le fait que les résultats rapportés ne soient pas tous concluants suggère que les couples dont un membre souffre d'un TPL forment un groupe somme toute hétérogène qui présente probablement plusieurs types de trajectoires développementales. Pour cette raison, il nous semble intéressant dans le cadre de la présente recherche de recenser auprès de ces couples le nombre d'unions amoureuses ayant précédés l'union actuelle, le nombre de ruptures et de réconciliations de l'union actuelle ainsi que la survie ou non des couples à l'étude sur une courte période.

(1.2.2) Théorie de l'attachement, fonctionnement conjugal et TPL

Les liens à établir entre la théorie de l'attachement, le fonctionnement conjugal et le TPL sont multiples. Les études se basant sur les théories de l'attachement et la dynamique conjugale ont commencé à foisonner depuis le début des années quatre-vingt mais les recherches portant sur le style d'attachement des personnes souffrant d'un TPL datent des années quatre-vingt-dix. Il ressort de ces études que le TPL serait associé à l'existence d'une grave perturbation des modèles opératoires internes (*internal working models*; Fonagy, Target & Gergeley, 2000; Levy, Meehan, Weber, Reynoso & Clarkin, 2005; Sabo, 1997; Westen, 1991). Une telle perturbation prédispose à des difficultés dans la capacité d'établissement de liens d'attachement stables avec des figures significatives. Il a été démontré que les personnes présentant un TPL ont généralement une représentation de leurs relations et de leurs proches marquée par la malveillance et l'hostilité (Benjamin & Wonderlich, 1994; Segal, Westen, Lohr, Silk & Cohen, 1992). De plus, cette population présente un style d'attachement plus insécurisé que celui d'un groupe contrôle de patients suivis en psychiatrie ou de sujets normaux (Levy et al., 2005; Patrick, Hobson, Castle & Howard, 1994; Sack, Sperling, Fagen & Foelsch, 1996).

En somme, toutes les études rapportent une forte association entre l'insécurité de l'attachement et le TPL. En particulier, les styles préoccupés et craintifs sont surreprésentés dans cette population (Brennan & Shaver, 1998; Dutton, Saunders, Starzomski & Bartholomew, 1994; Levy et al., 2005; Meyer & Pilkonis, 2005). Par exemple, Dutton et ses collaborateurs (1994) ont trouvé qu'une mesure autorapportée du TPL est liée aux styles d'attachement préoccupé et craintif. Brennan et Shaver (1998) ont aussi trouvé que

les styles d'attachement préoccupé et craintif sont liés au TPL. Plus spécifiquement, Meyer et Pilkonis (2005) ont observé que la dimension anxiété (d'abandon) est plus prévalente chez les personnes présentant un TPL. Ce résultat ne s'appliquerait pas à la dimension évitement (de l'intimité). Cette situation n'est pas sans avoir de conséquences sur le fonctionnement interpersonnel en général et sur le fonctionnement conjugal en particulier.

Or, très peu d'études ont considéré le style d'attachement du conjoint dans leur analyse du fonctionnement conjugal des couples dont la femme présente un TPL. Compte tenu du rôle important que joue la figure d'attachement dans la régulation de l'activation des modèles internes d'attachement, il est surprenant de noter qu'une seule étude a évalué directement le style d'attachement et la satisfaction conjugale du partenaire de femmes présentant un diagnostic de TPL (n = 4; Goldstein, 2003). De plus, l'étude de l'hypothèse de l'affiliation sélective nous apparaît centrale par rapport à la problématique qui nous intéresse. En effet, cette affiliation sélective, dans sa forme où on tend à sélectionner des partenaires sociaux susceptibles de confirmer nos modèles internes d'attachement, serait un des facteurs relié à l'étonnante durabilité des patrons d'attachement à l'âge adulte à travers le temps (Collins & Read, 1990; Davis & Kirkpatrick, 1991). Or, il est possible qu'une des explications à la résistance au changement des patrons d'attachement des personnes souffrant d'un TPL soit en partie liée au style d'attachement du conjoint. Bien que notre étude ne s'intéressera pas directement au maintien des patrons d'attachement, l'évaluation du style d'attachement des deux membres des couples à l'étude nous a semblé une avenue d'investigation à ne pas négliger dans le cadre de la présente recherche.

(1.2.3) Violence conjugale et TPL

Que ce soit comme victimes d'abus ou comme agresseurs de l'être aimé, les personnes présentant un TPL sont surreprésentées dans les études portant sur la violence dans le couple. D'une part, comme victimes d'abus, les personnes présentant un TPL semblent, plus que les personnes présentant un autre diagnostic à l'axe II, se retrouver dans des situations où on profite ou abuse d'eux. Dans leur enfance, environ 80 % des personnes présentant ce diagnostic, principalement des femmes, auraient vécu des abus sexuels et physiques (Zanarini & Frankenburg, 1997). L'impact de ce lourd passé sur la relation

conjugale actuelle est mal connu. Une fois à l'âge adulte, les risques d'être victime d'abus de toutes sortes demeurent élevés (Stock, Bell, Boyer & Connell, 1997; Wyatt, 1991). Plus spécifiquement, une étude récente rapporte des taux d'abus (verbal, émotionnel, physique et sexuel) et de victimisation à l'âge adulte (viols, prostitution et être battue) supérieurs chez les personnes présentant un TPL par rapport à un groupe contrôle constitué de personnes présentant un autre type de trouble de la personnalité (Zanarini et al., 1999; Zanarini et al., 2005).

Pour certains auteurs, ces résultats pourraient s'expliquer par une certaine compulsion à répéter les traumatismes subis (Van der Kolk, 1989). Pour d'autres (Zanarini et al., 2005), ces résultats peuvent être liés à un manque de jugement ou à de la nonchalance lorsqu'il s'agit d'évaluer le degré de danger propre à certains environnements interpersonnels (par exemple, amis exploités, conjoints violents, employeurs de mauvaise foi) ou professionnels (par exemple, prostitution, vente de drogue, milieu criminalisé). Dutton et al. (1994) avancent que les crises perpétuelles, les menaces de séparation, voire l'utilisation de violence physique, auraient une fonction de rétablissement de la sécurité de l'attachement et d'un maintien de l'union par le biais de passages à l'acte liés à des jeux complexes d'identification projective (Lloyd & Paulson, 1972; Seeman & Edwardes-Evans, 1979). Il y a peu de données sur les manifestations potentielles de cette revictimisation au sein des relations amoureuses de ces personnes. Grâce à une évaluation rigoureuse des taux de violence physique et psychologique dans le couple, nous nous intéresserons à cette problématique dans le premier article de la présente thèse.

Les personnes présentant un TPL sont généralement surreprésentées dans la population des personnes perpétrant des agressions physiques envers un proche. En effet, la présence d'un diagnostic de TPL chez l'un des membres d'un couple est associée à un haut risque de violence conjugale tant physique que psychologique (Dutton & Starzomski, 1993; Holtzworth-Munroe & Meehan, 2002; Lemelin & Lussier, 2002). On estime que près de 30 % des hommes violents envers leur épouse présenteraient un diagnostic de TPL (Dutton, 2003). Plusieurs études soutiennent cette affirmation. En général, les recherches sur les hommes violents envers leur conjointe convergent dans l'identification de trois sous-types

d'hommes violents et l'un de ces sous-types correspond de près aux caractéristiques du TPL (Holtzworth-Munroe & Meehan, 2002). De plus, les caractéristiques de ce que Dutton nomme la *personnalité abusive* sont intimement liées aux caractéristiques du TPL : relations interpersonnelles intenses, impulsivité, colère incontrôlée, angoisse d'abandon, manipulation, perturbation de l'identité et dépendance affective masquée. Bien que toutes ces études proviennent de populations exclusivement masculines, le passé des femmes souffrant d'un TPL est souvent lui aussi marqué par les mêmes traumatismes : abus physique, abus sexuel, expérience de honte et la présence de figures d'attachement insécurisantes. À cela s'ajoutent une grande impulsivité et une prédisposition à des cycles d'idéalisation et de dévalorisation accompagnés de rage contre l'être investi. Ces caractéristiques recourent en grande partie celles de la personnalité abusive de Dutton.

L'étude de la violence conjugale perpétrée par des femmes est un domaine sujet à d'intenses controverses qui doit être abordé avec précaution. Il est primordial de faire la distinction entre deux aspects de la question : l'un a trait aux conséquences et répercussions de la violence conjugale et l'autre à la prévalence du phénomène et à son étiologie. Le fait que les conséquences physiques et les répercussions psychologiques de la violence des hommes s'avèrent généralement plus importantes que celles de la violence perpétrée par les femmes est à souligner (Straus, 1999, 2005). Mais en ce qui a trait au deuxième aspect de la question, la recherche tend à suggérer qu'il n'y aurait pas de différences entre les hommes et les femmes concernant les taux de violence commise, l'étiologie et les motivations sous-tendant ce type de comportement. En effet, une analyse rigoureuse des recherches disponibles suggère fortement que les taux de violence physique envers le conjoint ainsi que les facteurs étiologiques à la source de ce phénomène ne semblent pas différer d'un sexe à l'autre. Les données provenant de près de 25 ans de recherche et de 200 études convergent vers une conclusion : les femmes agressent physiquement leur partenaire masculin au même taux que les hommes agressent leur partenaire féminine (Archer, 2000; Moffitt, Caspi, Rutter & Silva, 2001; Straus, 1999, 2005). Quant aux motivations et aux facteurs de risque menant à la violence conjugale, la recension des écrits suggère que ceux-ci sont identiques pour les hommes et les femmes (Rose & Straus, 2006). Aussi, les données provenant des recherches portant sur les hommes violents en couple ont été

recensées, en particulier les recherches s'étant intéressées à la forte prévalence de personnes présentant un TPL dans les échantillons d'agresseurs. Soulignons que nous n'avons pu trouver d'étude permettant d'établir les taux de violence commis par les femmes présentant un TPL envers leur partenaire amoureux. Pour ces raisons, nous avons jugé essentiel d'examiner cette problématique dans la présente thèse et nous nous proposons d'évaluer les taux de violence conjugale que présente chacun des conjoints, hommes et femmes, des couples à l'étude.

(1.2.4) Nature et impact du choix du partenaire amoureux et TPL

Les écrits cliniques montrent souvent que les personnes présentant un TPL ont peu de jugement lorsqu'il s'agit de choisir un partenaire amoureux « sain » pour elles (NIMH, 2001). Plus qu'une simple curiosité, l'étude des caractéristiques de la personnalité du conjoint des personnes présentant un TPL s'avère centrale si l'on accepte l'hypothèse que certaines de ces caractéristiques ont probablement un impact important sur les symptômes du TPL présentés par la conjointe.

L'appariement non aléatoire dans les relations amoureuses (aussi appelé affiliation sélective) concerne la tendance à former des paires de conjoints qui sont plus similaires que ce qui serait attendu s'ils étaient pairés au hasard. La détermination de l'incidence de l'appariement non aléatoire a d'importantes implications génétiques, cliniques et théoriques. Même s'il existe certains indices à l'effet d'un appariement non aléatoire chez plusieurs troubles psychiatriques, incluant l'alcoolisme, la schizophrénie, le trouble de la personnalité antisociale et les troubles affectifs (Mathews & Reus, 2001; Merikangas, 1982), il semble n'y avoir aucune donnée spécifique sur ce sujet pour les patients présentant un TPL. L'appariement non aléatoire des personnes aux prises avec un trouble de la personnalité a été suggéré par Merikangas (1982). En dépit d'un apparent consensus entourant la pertinence clinique et scientifique de l'étude des relations amoureuses des personnes présentant un TPL (Links & Heslegrave, 2000; Paris & Braveman, 1995; Whisman & Uebelacker, 2003), les caractéristiques psychologiques du partenaire amoureux de ces personnes n'ont jusqu'à présent pas été étudiées.

Le choix du partenaire amoureux des personnes présentant un TPL aurait des implications cliniques importantes. Certains théoriciens avancent que les personnes présentant un TPL ont tendance à s'attacher à des proches ayant une personnalité pathologique, ce qui, en retour, les prédisposent à vivre encore plus de problèmes interpersonnels (Kernberg, 1984; Paris & Braveman, 1995; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Par exemple, certains cliniciens rapportent observer de fréquents pairages entre une personne présentant un TPL et une personne présentant un trouble de la personnalité narcissique (Lachkar, 1992; Solomon, 1998). Paris et Braveman (1995) avancent eux aussi que certaines caractéristiques du conjoint peuvent jouer un rôle important dans le bien-être des personnes présentant un TPL et influencer le devenir de leur union. Ils émettent l'hypothèse que le succès des mariages des personnes présentant un TPL dépend de deux facteurs : la sévérité de la pathologie du patient et le degré de maturité développementale du conjoint (en particulier son degré de narcissisme et sa faible dépendance affective). Ceux-ci soutiennent que les personnes qui souffrent d'un TPL et qui sont en couple avec un conjoint présentant un trouble de personnalité narcissique, dépendant ou limite risquent de présenter une détresse plus grande que les personnes présentant un TPL en couple avec un conjoint plus vieux, plus mature et capable de « contenir » leur intensité affective (Bion, 1965). À notre connaissance, aucune recherche n'a encore évalué la personnalité des conjoints des femmes présentant un TPL. Cette thèse ne permettra pas de vérifier directement l'hypothèse de l'appariement non aléatoire mais fournira tout de même des données descriptives d'intérêt clinique et théorique qui contribueront aux réflexions entourant la question.

(1.2.5) Communication et fonctionnement conjugal

Une littérature empirique et clinique abondante s'appuie sur le paradigme communicationnel pour étudier et prédire le fonctionnement conjugal. Ce courant de pensée a permis de démontrer que le style de communication et la satisfaction conjugale sont intimement liés (Christensen & Shenk, 1991). Le style de communication des couples dont un membre présente un problème de santé mentale a largement été étudié, notamment auprès de personnes souffrant d'une dépression (Johnson & Jacob, 1997), des problèmes de consommation (Fals-Stewart & Birchler, 1998) et d'agoraphobie (Chambless et al., 2002).

L'entraînement à de meilleures habiletés de communication fait partie intégrante de certains modèles de traitement du TPL dont l'efficacité est maintenant reconnue (Linehan, 1993). À notre connaissance, aucune recherche n'a encore rapporté de résultats concernant le style de communication généralement utilisé chez les couples dont un membre présente un TPL.

La recension de ces écrits a permis de dégager certaines grandes conclusions pertinentes par rapport à notre objet de recherche. En général, les couples en détresse font preuve de moins de communication constructive, de plus d'évitement, de plus de communication de type demande/retrait et de plus de conflits concernant la distance psychologique dans leur relation (Christensen, Eldridge, Catta-Prete, Lim & Santagata, 2002). Les styles de communication sont aussi influencés par le sexe de la personne qui communique. Par exemple, chez les couples satisfaits comme chez les couples en détresse, la recherche a démontré que la communication de type femme demande/homme évite est plus fréquente que la communication de type homme demande/femme évite (William, 1996).

Généralement, les chercheurs et les cliniciens s'entendent pour dire que l'évitement de la communication dans le couple a des effets négatifs sur la satisfaction conjugale. Or, l'importance accordée à « l'évitement de l'évitement » en communication est questionnée par certains auteurs. En effet, certains couples qui rapportent adopter un style de communication évitant peuvent tout de même présenter des niveaux d'ajustement conjugal acceptables et avoir un mariage stable (Gottman, 1993). Malgré ces observations, il demeure que l'évitement de la communication, bien qu'il puisse permettre de gérer la détresse conjugale à court terme, demeure généralement associé à une détresse marquée et à une détérioration de l'ajustement dyadique au long cours. Il serait intéressant de connaître le type de communication privilégié par un échantillon de couples dont un membre présente un TPL et de vérifier si le style de communication utilisé par ces couples présente des caractéristiques spécifiques.

(1.2.6) Satisfaction conjugale et ajustement dyadique

Une faible satisfaction conjugale est généralement attendue chez les couples dont un membre présente un trouble de la personnalité. Deux études concluent qu'un diagnostic de trouble de la personnalité diminue effectivement la satisfaction conjugale (Reich et al., 1989; Truant, 1994). Plus récemment, une importante étude épidémiologique portant sur 43 093 répondants américains indique que le fait de répondre aux critères pour au moins un trouble de la personnalité est associé avec une faible probabilité de mariage, une forte probabilité de mariage en jeune âge et une hausse des taux de divorce. (Whisman et al., 2008) Malheureusement, cette étude importante n'a inclus dans son protocole aucune mesure du TPL. Si nous considérons le caractère chronique et l'intensité des difficultés interpersonnelles, le fait de répondre aux critères du TPL devrait être associé à une faible satisfaction conjugale et une hausse de la détresse conjugale. À notre connaissance, aucune étude n'a encore rapporté de données spécifiques sur la satisfaction conjugale des couples dont un membre présente un TPL.

(1.2.7) Comportements et attitudes à l'égard de la sexualité et TPL

La vie sexuelle des couples dont un membre présente un TPL est rarement prise en compte dans la littérature tant clinique que théorique. Pourtant, de par leur passé et la nature des difficultés qu'ils rencontrent, les personnes souffrant d'un TPL ont de fortes chances de rencontrer des difficultés dans leur vie sexuelle et d'endosser des attitudes dysfonctionnelles à l'égard de la sexualité. Les quelques études disponibles sur le sujet tendent à confirmer cette hypothèse. Par exemple, Zanarini et ses collègues (2003) rapportent que 65 % des femmes souffrant d'un TPL et 43 % des hommes présentant un TPL rapportent une augmentation de leurs symptômes après des rapports sexuels consentants et que plusieurs d'entre eux vont préférer éviter complètement les rapports sexuels par peur de devenir symptomatiques. En tout, 61 % des personnes présentant un TPL et 19,4% des participants ayant un autre trouble de l'axe II rapportent éprouver des difficultés dans leurs relations sexuelles intimes. La forte prévalence de ces difficultés contraste avec le peu d'études examinant le fonctionnement sexuel des couples dont un membre présente un TPL.

En effet, dans sa récente recension de littérature scientifique, Neeleman (2007) ne rapporte que six études portant sur la sexualité des personnes présentant un TPL (Dulit, Fyer, Miller, Sacks & Frances, 1993; Hull, Clarkin & Yeomans, 1993; Hurlbert, Apt & White, 1992; Stone, 1985; Zanarini et al., 2003; Zubenko, George, Soloff & Schulz, 1987). Neeleman conclut que, en ce qui a trait aux relations intimes et à la sexualité, les personnes présentant un TPL rencontrent des difficultés importantes. Ces difficultés sont généralement liées à une forte impulsivité sexuelle, à une faible satisfaction, à une hausse de l'ennui sexuel, à des préoccupations à propos de la sexualité, à un évitement de la sexualité et à un large éventail d'insatisfactions sexuelles. De plus, plusieurs études démontrent que l'homosexualité et les troubles de l'identité sexuelle sont plus fréquents dans cette population que dans la population générale. Ces résultats soulignent que le diagnostic de TPL a des conséquences importantes en matière de sexualité.

Les personnes présentant un TPL sont à risque d'adopter des comportements et des attitudes dysfonctionnels par rapport à la sexualité pour plusieurs raisons. Premièrement, les taux d'abus sexuel dans l'enfance chez cette population varient entre 60 % et 80 % (Zanarini et al., 2002). L'abus sexuel au cours de l'enfance augmente les risques de distorsions en raison de l'intrication des enjeux d'intimité et de sexualité propres à ce type d'expérience traumatique (Noll, Trickett & Putnam, 2003). Deuxièmement, une portion significative de cette population fait montre d'un tempérament la prédisposant à une forte impulsivité et à une recherche de sensations fortes, cela augmentant les chances de comportements sexuels à risque (Hull et al., 1993). Troisièmement, un nombre croissant de chercheurs suggèrent que l'attachement insécurisé est intimement associé aux motivations sexuelles, aux stratégies utilisées et aux sentiments éprouvés vis-à-vis de la sexualité (Feeney & Noller 2004; Gillath & Schachner, 2006). Or la majorité des personnes présentant un TPL a un style d'attachement craintif marqué par la méfiance de l'autre, la peur de l'abandon et un rapport très ambivalent avec l'intimité (Levy et al., 2005).

Rappelons que l'attachement chez l'adulte serait constitué de deux systèmes d'activation comportementale interreliés et en constante interaction (Brennan & Shaver, 1998). Ces deux dimensions du système d'attachement (l'évitement de l'intimité et

l'anxiété d'abandon) ont un impact significatif sur le sens que prendra l'expérience sexuelle ainsi que sur le fait de se sentir poussé à avoir des rapports sexuels dans ses relations amoureuses (Brassard, Shaver & Lussier, 2007). Généralement, les personnes anxieuses à l'idée d'être rejetées ont tendance à avoir des rapports sexuels pour s'assurer que leurs partenaires amoureux se préoccupent d'elles et pour captiver leur attention. Ces personnes se plient souvent aux exigences du partenaire afin d'éviter de décevoir ou d'être rejetées (Schachner & Shaver, 2004). Un second sous-groupe présentant un TPL aurait plutôt tendance à craindre l'intimité. Typiquement, le style d'attachement évitant est associé à des efforts de désengagement des relations intimes et à un certain déni de ses propres besoins de dépendance affective. Dans la sphère des activités sexuelles, les personnes présentant un style d'attachement évitant recourent à deux stratégies pour esquiver l'intimité : évitement complet des rapports sexuels ou engagement dans une sexualité dénuée d'affection et d'engagement (*casual sex*).

Le rôle des attitudes à l'égard de la sexualité dans l'explication des comportements sexuels des personnes ayant subi des abus sexuels dans l'enfance a largement été étudié dans diverses populations. Règle générale, les études portant sur la vie sexuelle adulte des personnes ayant subi des abus sexuels tendent à rapporter les résultats suivants : hausse de la fréquence d'activités sexuelles, attitude permissive, prostitution, premières grossesses précoces, comportements sexuels à risque, première relation sexuelle avec pénétration en jeune âge, évitement sexuel, trouble sexuel et comportement sexuel compulsif (voir Noll et al., 2003).

Cependant, les résultats de ces études comportent certaines contradictions qui soulignent la nécessité de poursuivre la recherche sur le sujet et le besoin de mettre au point de meilleurs modèles explicatifs des phénomènes observés. Par exemple, certaines études rapportent une forte association entre un passé d'abus sexuel dans l'enfance et la présence d'attitudes dysfonctionnelles à l'égard de la sexualité (Stock et al., 1997; Wyatt, 1991) alors que d'autres n'observent aucune association ou que des relations très faibles (Herrenkohl, Herrenkohl, Egolf & Russo, 1998; Smith, 1996; Widom & Kuhns, 1996).

La revue des études sur le sujet montre que les personnes présentant un TPL, avec leur passé d'abus sexuel et un style d'attachement insécurisé, sont fortement prédisposées à adopter des attitudes et des comportements sexuels problématiques. C'est pourquoi l'évaluation des comportements et attitudes sexuelles a été incluse dans le protocole de recherche de la présente thèse.

1.3 Objectifs spécifiques de la présente thèse

Le premier volet de la thèse vise l'étude de la qualité du fonctionnement conjugal chez les couples dont la femme présente un TPL ainsi que l'évaluation de la présence de troubles de la personnalité chez le conjoint de ces femmes. Le deuxième volet de la thèse consiste en l'étude des activités et des attitudes à l'égard de la sexualité de femmes en couple présentant un TPL. Ces deux volets distincts comportent des objectifs et des hypothèses de recherche spécifiques. Chaque volet sera présenté sous forme d'article respectant les normes de présentation exigées par la Faculté des études supérieures de l'Université Laval.

(1.3.1) Premier article : fonctionnement conjugal et TPL

Le premier article de la thèse s'intéresse au fonctionnement conjugal des couples dont au moins un des partenaires souffre d'un TPL. D'un point de vue conceptuel et clinique, on s'attend à ce que l'impact du TPL sur la qualité et la durée des relations de couple soit très négatif.

Règle générale, les symptômes de ce trouble (instabilité affective, cognitive, motivationnelle et comportementale) engendrent de sérieuses difficultés sur le plan de l'attachement et des relations interpersonnelles. En théorie, l'insécurité de l'attachement, la diffusion de l'identité, les problèmes de mentalisation et la réactivité émotionnelle devraient systématiquement interférer avec la formation et le maintien des relations de couple. De plus, ces aspects de la psychopathologie ont pour conséquences de mener à des choix non optimaux de partenaires amoureux, des objectifs relationnels conflictuels, des patrons de communication maladaptés et à diverses formes de violence physique et psychologique dans l'intimité (Gunderson & Hoffman, 2005; Gutman, McDermut, Miller,

Chelminski & Zimmerman, 2006; Kernberg, 1998; Stone, 1985; Young et al., 2003). Malgré le sombre tableau que nous dresse la littérature clinique et théorique, il est à noter qu'une portion significative de patients présentant un TPL (de 20 à 30%) se déclarent en couple dans le contexte d'une relation de fréquentation, de cohabitation ou de mariage et que certains couples arrivent à durer pendant plusieurs années (Clarkin et al., 2007; Giesen-Bloo et al., 2006; Paris & Braverman, 1995; Zanarini et al., 2005). Il est surprenant de constater que la validité des hypothèses rapportées dispose encore de peu d'appuis empiriques.

Cet article a pour objectif de rapporter des données descriptives sur les six aspects suivants de chacun des partenaires des couples à l'étude : (1) types d'union (fréquentation, cohabitation ou mariage), durée des unions (au moment de l'évaluation) et taux de dissolution des couples à l'étude, (2) style d'attachement, (3) violence conjugale (psychologique et physique) commise, (4) trouble de la personnalité et détresse psychologique, (5) style de communication privilégié et, enfin, (6) ajustement dyadique et satisfaction conjugale.

Ce premier volet de recherche permettra de mieux connaître le fonctionnement conjugal des personnes à l'étude et d'explorer les cinq hypothèses suivantes. Comparativement aux partenaires des couples d'un groupe contrôle, les deux partenaires des couples dont la femme présente un TPL présenteront : (1) plus souvent un style d'attachement insécurisé, (2) des taux de violence physique et psychologique plus élevés, (3) moins de communication mutuelle et plus de communication de style demande/retrait, et (4) des taux de satisfaction conjugale moins élevés. Enfin, la prévalence de troubles de la personnalité chez les conjoints de femmes présentant un TPL sera rapportée sur une base exploratoire et nous formulons l'hypothèse secondaire que ceux-ci présenteront plus souvent que dans la population générale un diagnostic de trouble de la personnalité.

(1.3.2) Deuxième article : attitudes à l'égard de la sexualité et TPL

Le deuxième article de la thèse s'intéresse aux activités et aux attitudes à l'égard de la sexualité chez des femmes présentant un TPL. Les femmes présentant un TPL font

l'expérience d'une variété de problèmes sexuels, et ces difficultés ne sont pas sans avoir d'impact sur la qualité de la relation conjugale. Les symptômes sexuels propres aux personnes présentant un TPL sont hétérogènes et varient probablement dans le temps en fonction du stade de formation de l'union (relations sexuelles sans engagement affectif versus relations sexuelles avec un partenaire stable). D'après la littérature clinique, ces symptômes varieraient grandement, allant de la promiscuité sexuelle et la perversion jusqu'à l'inhibition et l'ambivalence vis-à-vis de la sexualité. Cette hétérogénéité pourrait être explicable par la variation de certaines attitudes à l'égard de la sexualité propres aux femmes présentant un TPL.

Si nous considérons le nombre impressionnant d'études ayant porté sur le TPL dans les vingt dernières années, le fonctionnement sexuel des femmes présentant un TPL constitue sans contredit un sujet sous-étudié. Dans une revue de littérature récente, Neeleman (2007) n'a trouvé que six études empiriques portant spécifiquement sur le fonctionnement sexuel des personnes présentant un TPL. Ces conclusions générales soulignent que les personnes présentant un TPL ont des problèmes importants vis-à-vis de l'intimité et aux relations sexuelles. Plus spécifiquement, ces problèmes se caractériseraient par une grande impulsivité sexuelle, une satisfaction sexuelle réduite, plus d'ennui sexuel, plus de préoccupation face à la sexualité, l'évitement de la sexualité et un large éventail de plaintes sexuelles (Dulit et al., 1993; Hull et al., 1993; Hurlbert et al., 1992; Stone, 1985; Zanarini et al., 2003; Zubenko, George, Soloff & Schulz, 1987). De plus, il y aurait certains résultats de recherche suggérant que les troubles d'identité sexuelle et l'ambivalence relativement à son orientation sexuelle soient particulièrement fréquents chez les personnes présentant un TPL. L'ensemble de ces résultats souligne le fait que le TPL a des conséquences négatives sur le fonctionnement sexuel général et que ces conséquences ont rarement été étudiées.

Cet article a pour objectif d'explorer les quatre aspects suivants : (1) fréquence des activités sexuelles dans la dernière année et nombre de partenaires sexuels à vie, (2) prévalence de six types d'attitudes à l'égard de la sexualité, (3) liens entre les dimensions

de l'attachement et les attitudes à l'égard de la sexualité, et enfin, (4) liens entre la satisfaction conjugale et les attitudes à l'égard de la sexualité.

Ce deuxième volet de recherche permettra de décrire certains aspects spécifiques du fonctionnement sexuel des femmes à l'étude et d'explorer quatre hypothèses. Comparativement aux femmes d'un groupe contrôle, les femmes présentant un TPL présenteront : 1) des activités sexuelles plus fréquentes, 2) une attitude permissive et une ambivalence plus forte à l'égard de la sexualité, 3) des attitudes négatives et une aversion plus forte à l'égard de la sexualité et 4) les représentations de l'attachement joueront un rôle médiateur ou modérateur dans l'association entre le fait de présenter ou non un diagnostic de TPL et les attitudes vis-à-vis de la sexualité. Enfin, les associations entre les six types d'attitudes à l'égard de la sexualité et la satisfaction conjugale seront rapportées sur une base exploratoire et aucune hypothèse spécifique n'est formulée.

CHAPITRE 2 : ARTICLE 1

Running head : COUPLES AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDERS

Relationship Quality and Stability in Couples When One Partner Suffers
From Borderline Personality Disorder

Sébastien Bouchard

Centre Hospitalier Robert-Giffard

Stéphane Sabourin

Université Laval

Yvan Lussier

Université du Québec à Trois-Rivières

Evens Villeneuve

Centre hospitalier Robert-Giffard

Article accepté pour publication dans le *Journal of Marital and Family Therapy*

Address correspondence to Sébastien Bouchard, Centre de Traitement Le Faubourg Saint-Jean, 175 rue Saint-Jean, Québec (Québec) CANADA, G1R 1N4; Email : sebastien_bouchard@ssss.gouv.qc.ca.

* This research was supported by a grant from Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).

Résumé

Le but de cette étude est d'examiner et de comparer le fonctionnement psychosocial de 35 couples incluant un membre souffrant d'un trouble de la personnalité limite (TPL) à un échantillon de couples non cliniques de taille identique. Le diagnostic de TPL chez la femme et la présence d'un trouble de la personnalité chez le conjoint ont été évalués à l'aide du SCID-II. Les participants ont complété des questionnaires sur le fonctionnement de leur couple. Une majorité de couples chez qui la femme présente un TPL (68,7 %) connaît des épisodes de ruptures et de réconciliations répétées et, sur une période de 18 mois, près du tiers de ces couples se sont séparés. Près de la moitié des hommes engagés dans une relation amoureuse avec une femme présentant un TPL répond aux critères diagnostiques d'au moins un trouble de la personnalité. En comparaison aux couples non cliniques, les couples cliniques démontrent moins de satisfaction conjugale, plus d'insécurité dans l'attachement, plus de problèmes de communication et plus de violence conjugale.

MOTS-CLÉS: trouble de la personnalité limite, relation amoureuse, satisfaction conjugale, couple

Abstract

The main goal of the present study was to examine and compare the psychosocial functioning of 35 couples including a woman diagnosed with borderline personality disorder (BPD) to that of a nonclinical control sample of 35 couples. The BPD status of women from the clinical group and the prevalence of personality disorder in their partner were ascertained through the SCID-II. Participants completed self-report measures of couple functioning. A majority of couples in which the woman suffered from BPD (68.7%) evidenced frequent episodes of break ups and reconciliations and, over an 18-month period, nearly 30% of these couples dissolved their relationship. Close to half of the men involved in a romantic relationship with a woman suffering from BPD met criteria for one personality disorder or more. As compared to nonclinical couples, clinical couples showed lower marital satisfaction, higher attachment insecurity, more demand/withdraw communication problems, and higher levels of violence.

KEYWORDS: borderline personality disorder, romantic relationship, dyadic adjustment, couple

Relationship Quality and Stability in Couples When One Partner Suffers From Borderline Personality Disorder

From both conceptual and clinical viewpoints, the disruptive role of borderline personality traits and/or disorder (BPD) in relationship quality and persistence is generally thought to be extensive. Acute and chronic instability in affective, cognitive, motivational and behavioral systems induce volatile interpersonal bonds and severe affiliative problems. Theoretically, attachment insecurity, identity diffusion, mentalization problems and emotional reactivity should systematically disrupt couple formation processes and outcomes through non-optimal partner choice, conflicting relationship goals, dysfunctional communication patterns, risk regulation difficulties and diverse forms of physical and psychological violence (Gunderson & Hoffman, 2005; Guttman, McDermut, Miller, Chelminski, & Zimmerman, 2006; Kernberg, 1998; Stone, 1985; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

However, the validity of this assumption does not rest on solid empirical grounds. A significant proportion of patients suffering from BPD (ranging from 20% to 30%) are currently involved with a romantic partner in the context of a dating, cohabiting or married relationship (Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007; Giesen-Bloo et al., 2006; Paris & Braverman, 1995; Zanarini et al., 2005). In addition, four methodological problems are common in the research literature. First, studies are frequently conducted with mixed groups of patients with different personality disorders (Guttman, McDermut, Miller, Chelminski, & Zimmerman, 2006). Second, borderline symptoms in couples are rarely studied and when they are, patients with the full syndrome of BPD form only a marginal part of the sample (Dailey, Burge, & Hammen, 2000). Third, when samples are specifically composed of patients with BPD and relational outcomes are examined, couple relationships are not distinguished from other types of relationships with close friends or parents (Bardenstein & McGlashan, 1989; Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti, & Bruce, 2003; Widiger & Frances, 1989). Fourth, to our knowledge, no studies investigating the correlates of marital satisfaction in couples including a partner suffering from BPD also scrutinized the personality and psychological characteristics of the non-BPD spouse or romantic partner.

Considering the dearth of empirical data on couples where one partner suffers from BPD, the main purpose of this study was to explore four dimensions of couple functioning (attachment status, communication style, intimate violence and dyadic adjustment) in two groups of couples: couples where the woman suffers from BPD and couples from a nonclinical control group. The prevalence of personality disorders in the partner of women diagnosed with BPD was also assessed. To the best of our knowledge, this is the first study to collect data directly from both members of couples where the women are uniformly diagnosed with BPD.

A growing body of research suggests that the attachment status of patients with BPD is closely associated with their relationship difficulties. For example, preoccupied and fearful attachment styles are generally overrepresented in BPD population (Levy, Meehan, Weber, Reynoso, & Clarkin, 2005). Meyer and Pilkonis (2005) also observed that attachment-related anxiety, but not avoidance of proximity, is more prevalent in BPD patients. However, only one study directly evaluated the attachment style and relationship satisfaction of partners of women with the full syndrome of BPD ($n = 4$; Goldstein, 2003).

Patients diagnosed with BPD are both at risk of being abusive and victimized in close relationships. For example, Holtzworth-Munroe and Meehan (2002) showed that BPD traits are significantly associated with intimate violence and abuse. To our knowledge, no study has determined whether women with BPD are prone to violence toward their romantic partner. On the other hand, when compared to patients with other personality disorders, patients with BPD report an increased hazard of experiencing adult violence and abuse (Zanarini et al., 1999). However, victimization specifically happening in the romantic relationships of patients with BPD has not been examined systematically.

Communication and couple satisfaction are closely linked (Christensen & Shenk, 1991). In general, distressed couples evidence less mutual constructive communication, more avoidance of communication, more demand/withdraw communication, and more conflicts over psychological distance in their relationships. Past investigations have also

shown that wife demand/husband withdraw communication is more likely across groups of distressed or non distressed couples than husband demand/wife withdraw communication.

Finally, poor relationship satisfaction and high relationship distress are generally expected in couples where one member suffers from a personality disorder. Two early studies (Reich, Yates & Nduaguba, 1989; Truant, 1994) suggest that an axis II diagnosis significantly decreased relationship satisfaction. More recently, an important epidemiological study on 43 093 American respondent (Whisman, Tolejko & Chatav, 2008) indicated that meeting criteria for at least one personality disorder diagnosis is associated with decreased probability of marriage, increased probability of early marriage and an increase in divorce rate. Unfortunately, this important study did not include a measure of BPD criteria in their protocol. Considering the chronic nature and the importance of their interpersonal perturbation, meeting BPD criteria is likely to be associated with relatively low dyadic adjustment and high relationship distress. To the best of our knowledge, no study has reported specific data on the relationship satisfaction of both members of couples where one member suffers from BPD.

Hypotheses

Five main hypotheses were tested. Compared to partners of couples from the control group, both partners of couples in which women were diagnosed with BPD will evidence: (1) more insecure attachment styles, (2) higher rates of physical and psychological violence, (3) less mutual communication and more demand-withdraw patterns, (4) and lower levels of relationship satisfaction. The prevalence of personality disorders in men romantically involved with women suffering from BPD was examined on an exploratory basis and no hypotheses were formulated.

Method

Participants

Clinical couples. This sample of clinical couples was composed of 35 heterosexual dating ($n = 6$), cohabiting ($n = 21$) and married ($n = 8$) couples. Women from the clinical group were on average 33.83 years old ($SD = 10.46$) and their partners were 38 years old

(SD = 11.89). The women met the DSM-IV-TR diagnostic threshold for BPD according both to their psychiatrist and to the SCID-II-borderline section. Women with BPD had a mean Global Assessment of Functioning score (GAF; APA, 2000) of 49.91 (SD = 5.72) and the mean GAF score of their partners was 67.24 (SD = 8.50). Women met a mean of 7.2 BPD criteria (SD = 1.51) out of nine (48.6% of sample met eight criteria or more). Mean duration of relationship was 5 years and 11 months (SD = 8.8 years, ranging from 2 months to 38 years). Couples had been living together for a mean duration of 4 years and 11 months (SD = 7.87) and they had a mean number of 1.28 child (SD = 1.33; range = 0 to 5). Women diagnosed with BPD (70.6%) had an annual income of less than 15 000 \$ US whereas their partners rarely had (14.3%) an annual income over 45 000 \$ US. In addition, 32.9 % of women with BPD and 22.9 % of their partners completed a college education or more. Women with BPD had a mean of 4.43 lifetime suicide attempts (SD = 5.86; range = 0 to 25) and 3.47 parasuicidal behaviors in the last 12 months (SD = 5.04; range = 0 to 20). Mean number of days spent in hospitalisation in the last year was 9.21 (SD = 19.42; min. = 0, max. = 80). Almost all women (34 out of 35) were undergoing treatment at the time of the study. A large proportion of women reported childhood physical (50%) and sexual abuse (77.1%). Comparable figures for men were 22.9% and 18.2%. Over the last year, these men spent a mean of 2.63 days hospitalised for psychiatric reasons (SD = 15.21; 32 partners out of 35 were never hospitalised; min. = 0, max. = 90). In addition, they had a mean lifetime of .26 suicide attempts (SD = .66; range = 0 to 3) and they reported .20 parasuicide behaviors in the last 12 months (SD = .66; range = 0 to 3).

Control couples. The control group was formed of 35 cohabiting or married couples selected from a larger representative sample of 316 couples (Godbout, Lussier, & Sabourin, 2006). Six variables were used to minimize the presence of borderline personality traits and general psychopathology in the control group. Couples in which the woman met the following characteristics were excluded: antecedent of childhood or adolescent sexual abuse (n = 43) or physical abuse (n = 5), extreme trait anger (Spielberger, 1988; 2 SD above the mean; n = 11), extreme psychological symptoms (2 SD above the mean; n = 11), problematic alcohol use (n = 7) and consultations with a mental health professional in the last year (n = 15). Afterwards, in order to form the final control group, 35 couples were

matched in a stepwise fashion with couples from the clinical group on age, education and annual income.

Control women were on average 35.64 years old (SD = 11.21) and their partner were 37.36 years old (SD = 11.05). Couples had been involved for a mean duration of 16.5 years (SD = 12.53), were either married or cohabiting (M = 13.23 years, SD = 10.08) and had a mean number of 1.71 child (SD = 1.27).

Instruments

Personality disorder diagnoses. A French version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV, axis II was used (SCID-II; First, Spitzer, Gibbon, Williams & Benjamin, 1997). In the present study, a third (n = 12) of all SCID-II interviews were randomly selected and recoded by a second independent rater. The two judges were advanced graduate students in clinical psychology. For women, raters agreed on the BPD diagnosis in eleven out of the twelve cases. The case for which judges' diagnoses differed was excluded from the study. For men involved with a woman diagnosed with BPD, intraclass correlation coefficients (Shrout & Fleiss, 1979) reached .90 (n = 13).

Attachment. Attachment representations were measured using the Experiences in Close Relationships Questionnaire (ECR; Brennan, Clark, & Shaver, 1998). Factor analysis indicated the presence of two interrelated dimensions of attachment, Anxiety about rejection (18 items) and Avoidance of intimacy (18 items; Lafontaine & Lussier, 2003). Individuals can also be classified according to four attachment styles: secure, fearful, avoidant and preoccupied. In the present study, Alpha coefficients were high (.90 for Anxiety and .87 for Avoidance).

Intimate violence. Intimate violence was measured using a French short form of the Conflict Tactic Scale (CTS-2; Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996). Only the physical and psychological violence sections were used. Strauss and colleagues (1996) reported alpha coefficients varying between .79 and .95. Alphas varied between .75 and .85 in our sample.

Communication patterns. Communication patterns in couples were assessed using the 11-item short form of Communication Pattern Questionnaire (CPQ; Christensen, 1987). The scale consists of three subscales: Mutual Constructive Communication, Demand Withdraw Communication and Demand Withdraw Roles. Stability and validity coefficients of the CPQ are satisfactory (Christensen & Heavy, 1990). In our sample, Alphas ranged between .55 and .75.

Psychological distress. Psychological distress was assessed with the shortened version of the Psychiatric Symptom Inventory (PSI-14; Ilfeld, 1978). Items on the PSI-14 assess four domains: depression (five items; $\alpha = .89$), anxiety (three items; $\alpha = .79$), aggression (four items; $\alpha = .91$), and cognitive problems (two items; $\alpha = .90$). The PSI-14 shows good internal consistency (.92), construct validity, and criteria validity (Préville, Potvin, & Boyer, 1995).

Relationship satisfaction. An 8-item version of the Dyadic Adjustment Scale (DAS-8; Spanier, 1976) was used to assess level of relationship quality and satisfaction. The predictive validity of this short version of the DAS is supported in a 3-year longitudinal study of couple dissolution (Sabourin, Valois, & Lussier, 2005). In the present sample, Alpha was .85.

Results

Union status instability and union dissolution

Clinical couples (68.7%, $n = 22/32$) reported a pattern of episodic relationship instability, i.e., breaking up and coming back together (mean = 2.58 times, min. = 0, max. = 14) approximately once every 6 1/2 months. In addition, during the course of the present study, which was conducted over an 18-month period, 28.6 % (10 out of 35) of clinical couples reported having broken up definitively.

Prevalence of personality disorder in the non-BPD partner

Close to half of our sample of men (44.1%) met criteria for at least one personality disorder. More specifically, ten men (29.4%) met criteria for one axis II diagnosis, two men

(5.9%) for two axis II diagnoses, two (5.9%) for three diagnoses and one (2.9%) for six diagnoses. The four most prevalent personality disorders observed in these men were paranoid (14.7%), antisocial (14.7%), obsessive-compulsive (14.7%), and avoidant (11.8%). In addition, 52.9% of the sample met criteria A of antisocial personality disorder (antisocial behaviours before age 15).

Attachment categories and attachment dimensions

Differences between women with BPD and their romantic partner. The frequency of the four attachment categories in women and men of the clinical group was: secure, 0% versus 31.4% ($\chi^2 (1, N = 70) = 13.05, p < .001$); fearful, 37.1% versus 22.9% ($\chi^2 (1, N = 70) = 1.70, ns$); preoccupied, 60% versus 31.4% ($\chi^2 (1, N = 70) = 5.76, p < .05$); dismissive, 2.9% versus 4.3% ($\chi^2 (1, N = 70) = 2.91, ns$). Avoidance of intimacy in women with BPD ($M = 3.09, SD = 1.15$) was not statistically stronger than that observed in their romantic partners, $M = 2.79, SD = 1.10, t (34) = .99, ns$. However, rejection anxiety was higher in women with BPD ($M = 4.95, SD = 1.20$) than in their romantic partners, $M = 3.64, SD = 0.88, t (34) = 5.51, p < .001$. Mean anxiety and avoidance scores for each of the four attachment categories are plotted for both clinical and control couples in Figure 1. As expected, control participants were generally securely attached. Women diagnosed with BPD were located in the fearful quadrant but not very far from the border between fearful and preoccupied attachment. However, their partners were mostly located at the border of the secure and preoccupied quadrants but not very far from the fearful and dismissive attachment categories.

Differences between women from both samples. The four attachment categories were not randomly distributed in women of the clinical and nonclinical groups: secure, 0% versus 68.6% ($\chi^2 (1, N = 70) = 36.52, p < .001$); fearful, 37.1% versus 2.9% ($\chi^2 (1, N = 70) = 12.86, p < .001$); preoccupied, 60.5% versus 22.9% ($\chi^2 (1, N = 70) = 9.95, p < .01$); dismissive, 2.9% versus 5.7% ($\chi^2 (1, N = 70) = 0.35, ns$). Avoidance of intimacy in women with BPD ($M = 3.09, SD = 1.15$) was statistically higher than that observed in women from the nonclinical group, $M = 1.9, SD = .77, t (59.31) = 5.03, p < .001$. Rejection

anxiety was also significantly higher in women with BPD ($M = 4.95$, $SD = 1.20$) than in women from the nonclinical group, $M = 3.16$, $SD = 1.12$, $t(68) = 6.45$, $p < .001$).

Differences between men from both samples. The distribution of the four attachment categories in men of the clinical and nonclinical group was: secure, 31.4% versus 65.7% ($\chi^2(1, N = 70) = 8.24$, $p < .01$); fearful, 22.9% versus 8.6% ($\chi^2(1, N = 70) = 2.70$, *ns.*); preoccupied, 31.4% versus 17.1% ($\chi^2(1, N = 70) = 1.95$, *ns.*); dismissive, 14.3% versus 8.6% ($\chi^2(1, N = 70) = .56$, *ns.*). Avoidance of intimacy in men of the clinical group ($M = 2.79$, $SD = 1.10$) was statistically stronger than what was observed in men from the nonclinical group, $M = 2.30$, $SD = 0.77$, $t(70) = 2.15$, $p < .05$. Rejection anxiety was also higher in men from the clinical group ($M = 3.64$, $SD = 0.88$) than in men from the nonclinical group, $M = 3.00$, $SD = .78$, $t(70) = 3.23$, $p < .01$).

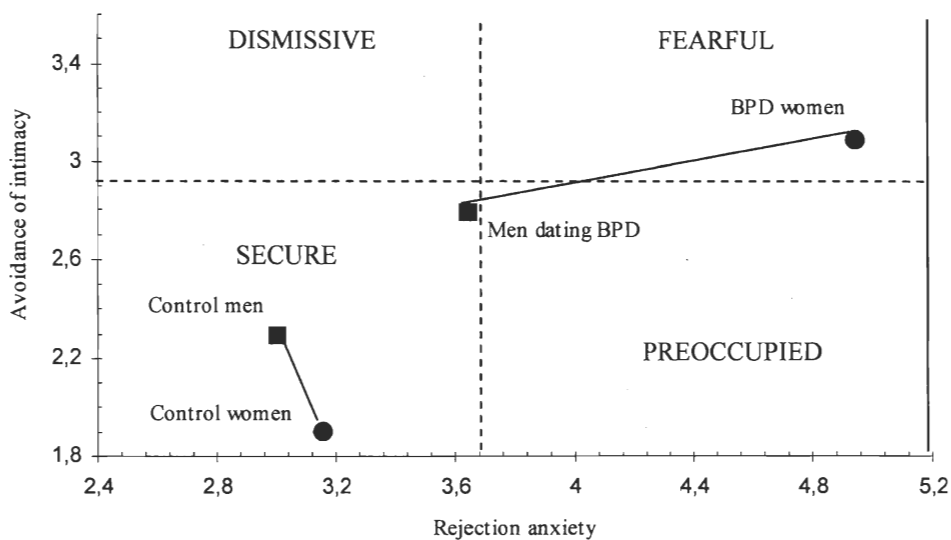


Figure 1. Mean scores for the two dimensions of attachment for control couples and couples where the woman has BPD.

* All differences are significant at $p < .05$ except for difference in rejection anxiety between control men and women ($t = 0.88$, $df = 34$, $p = n.s.$).

Physical and psychological violence

Differences between women with BPD and their romantic partner. Women with BPD exhibited more physical violence ($M = 7.20$, $SD = 19.05$) than their partners, $M = 1.34$, $SD = 3.02$, Wilcoxon signed ranks tests, $z(35) = 3.05$, $p < .01$. Moreover, women with BPD also showed more psychological violence ($M = 29.29$, $SD = 32.22$) than their partners, $M = 11.91$, $SD = 14.91$, Wilcoxon signed ranks tests, $z(35) = 3.51$, $p < .001$. Women with BPD experienced less physical violence ($M = 1.51$, $SD = 2.72$) than their partners, $M = 6.34$, $SD = 14.17$, Wilcoxon signed ranks tests, $z(35) = 2.25$, $p < .05$. Finally, women with BPD did not experience a different rate of psychological violence ($M = 13.37$, $SD = 18.33$) than their partners, $M = 23.54$, $SD = 29.07$, Wilcoxon signed ranks tests, $z(35) = 1.77$, *ns*.

Women with BPD's rates of experienced physical violence was strongly associated with physical violence reportedly committed by their partners, $r = .75$, $p < .001$. Likewise, women with BPD's rates of psychological violence was moderately associated with that reported by their partners, $r = .40$, $p < .05$. Men involved with a woman suffering from BPD reported rates of physical violence moderately associated with that of their partners, $r = .34$, $p < .05$. Finally, men involved with a woman suffering from BPD reported rates of psychological violence moderately associated with that of their partners, $r = .49$, $p < .01$.

Differences between women from both samples. As compared to women from the control group ($M = .79$, $SD = 2.32$), women with BPD exhibited more physical violence, $M = 7.20$, $SD = 19.04$, Mann-Whitney U test, $z(35) = 3.06$, $p < .01$. Women with BPD also evidenced more psychological violence ($M = 29.29$, $SD = 32.21$) than women from the control group, $M = 4.62$, $SD = 5.70$, Mann-Whitney U test, $z(35) = 4.40$, $p < .001$. Women with BPD also experienced more physical violence ($M = 1.51$, $SD = 2.72$) than women from the control group, $M = 0.31$, $SD = .89$, Mann-Whitney U test, $z(35) = 2.30$, $p < .05$. Finally, women with BPD reported being subjected to more psychological violence ($M = 13.37$, $SD = 18.34$) than women from the control group, $M = 3.88$, $SD = 5.00$, Mann-Whitney U test, $z(35) = 2.82$, $p < .01$.

Differences between men from both samples. Men from the clinical group did not exhibit more physical violence ($M = 1.34, SD = 3.02$) than men from the nonclinical group, $M = .66, SD = 1.75$), Mann-Whitney U tests, $z = 1.33, ns$. In addition, rates of psychological violence did not distinguish men from the clinical group ($M = 11.91, SD = 14.91$) from those of the control group, $M = 4.74, SD = 5.59$, Mann-Whitney U tests, $z = 1.76, ns$. However, men of the clinical group experienced more physical violence ($M = 6.34, SD = 14.17$) than men from the nonclinical group, $M = .66, SD = 1.75$, Mann-Whitney U tests, $z = 3.25, p < .001$. They also experienced more psychological violence ($M = 23.54, SD = 29.07$) than men from the control group, $M = 4.29, SD = 5.28$, Mann-Whitney U tests, $z = 3.22, p < .001$.

Psychological distress

In women with BPD, psychological distress ($M = 38.97, SD = 10.26$) was significantly more elevated than what was observed for their partner ($M = 23.91, SD = 5.27$), $t(34) = 8.46, p < .001$ and for women from the control group ($M = 8.43, SD = 5.65$), $t(52.87) = 15.43, p < .001$ (p value corrected for inequality of variance). In men with a BPD partner, psychological distress ($M = 23.91, SD = 5.04$) was higher than what was reported by men from the control group ($M = 9.46, SD = 16.14$), $t(68) = 15.92, p < .001$.

Communication pattern

Differences between women with BPD and their romantic partner. No significant sex differences were observed between women diagnosed with BPD and their love partners on all four scales of the Communication Pattern Questionnaire.

Differences between women from both samples. Constructive mutual communication scores were lower in women with BPD ($M = 5.81, SD = 1.89$) than in women from the control group, $M = 6.99, SD = 1.82, t(68) = 2.68, p < .01$. Likewise, total demand/withdraw scores were higher for women with BPD ($M = 4.51, SD = 1.89$) than for control women, $M = 3.55, SD = 1.87$), $t(68) = 2.14, p < .05$. The men-demand/women-withdraw communication pattern was also less frequently reported by women with BPD ($M = 4.13, SD = 1.90$) than by women from the control group, $M = 3.24, SD = 1.90, t(68) =$

2.14, $p = .055$. The total probability of demand/withdraw communication scores in couples where women were diagnosed with BPD ($M = 4.51$, $SD = 1.89$) was higher than that observed in control couples, $M = 3.55$, $SD = 1.87$, $t(68) = 2.14$, $p < .05$. Finally, women-demand/men-withdraw communication scores in couples where the woman has BPD ($M = 4.90$, $SD = 2.64$) did not differ from that of women from the control group, $M = 3.87$, $SD = 2.18$, $t(68) = 1.79$, *ns*.

Differences between men from both samples. In couples with a BPD partner, men's constructive mutual communication scores ($M = 6.36$, $SD = 1.59$) were not different from those of men from the control group, $M = 7.02$, $SD = 1.84$, $t(68) = 1.60$, *ns*. However, men living with a partner diagnosed with BPD reported higher total demand/withdraw scores ($M = 4.78$, $SD = 1.42$) than men from the control group, $M = 3.55$, $SD = 1.54$), $t(68) =$, $p < .001$. They also reported higher women-demand/men-withdraw communication scores (Men with BPD partner, $M = 4.64$, $SD = 2.04$, men from the control group, $M = 3.59$, $SD = 1.70$, $t(68) = 2.35$, $p < .05$), higher men-demand/women-withdraw communication scores (Men with BPD partner, $M = 4.94$, $SD = 1.69$, men from the control group, $M = 3.51$, $SD = 1.88$), $t(68) = 3.30$, $p < .01$, and higher total demand/withdraw communication scores (Men with BPD partner, $M = 4.78$, $SD = 1.42$), men from the control group, $M = 3.55$, $SD = 1.54$), $t(68) = 3.48$, $p < .001$.

Couple satisfaction

Couple satisfaction scores for women with BPD ($M = 26.23$, $SD = 7.30$) were not different from those of their partners, $M = 27.97$, $SD = 6.33$, $t(34) = 1.41$, *ns*. However, women with BPD were more dissatisfied with their relationship ($M = 26.23$, $SD = 7.30$) than women from the control group, $M = 32.74$, $SD = .71$, $t(68) = 4.58$, $p < .001$. In men with a BPD partner, couple satisfaction scores ($M = 27.97$, $SD = 6.33$) were lower than those reported by men from the control group, $M = 32.37$, $SD = 4.87$, $t(68) = 3.26$, $p < .05$. These sex differences between the clinical and the nonclinical groups were statistically strong ($d = .80$ for the difference between men and $d = 1.26$ for women) and, using a cut-off of 27 (see Sabourin, Valois, & Lussier, 2005), 49% of women with BPD and 40% of men who are romantically involved with them were clinically distressed.

Discussion

This preliminary exploration provides one of the first empirically-based glimpses on relationship processes and outcomes in couples with a BPD partner. Up to now, research efforts have lagged behind the rich clinical descriptions of the marital context of BPD. Three key findings emerged from this study.

First, our results showed that BPD was associated with a pattern of episodic relationship instability. Almost 70% of the couples with a BPD partner reported, once every six month-periods, incidents of union termination followed by reunion. These severe commitment problems are consistent with clinical hypotheses of disruptive couple formation processes in BPD (Fruzetti & Fruzetti, 2003; Kernberg, 1998).

The second major finding of the present study was that 44.1% of the men romantically involved with a woman suffering from BPD were diagnosed with a personality disorder. The expected prevalence of personality disorders in the general population goes from 9% to 14% (Charitat & Schmitt, 2002). Thus, in most likelihood, the partner-choice process in BPD is not random. Whether assortative mating in women with BPD is guided by genetic factors, social homogamy or psychodynamic processes, or by a combination of these causes, remain to be determined. Another important finding was that half of the men met criteria A for antisocial personality disorder (conduct disorder before age 15). This finding could, if replicated, help explain high levels of revictimization and intimate violence in couples where the woman suffers from BPD.

Third, couples in which the woman suffers from BPD differed from control couples on a diversity of psychosocial variables: attachment representations, intimate violence, self-reported communication patterns, psychological distress, and relationship satisfaction. More specifically, our first hypothesis concerning attachment insecurity was mostly confirmed. As compared to control couples, both members of couples where the woman has BPD evidenced higher rates of insecure attachment. These results replicated those of Meyer and Pilkonis (2005) who found that BPD is more strongly associated with rejection anxiety than with avoidance of intimacy.

In the present sample, women suffering from BPD were also generally paired with men reporting both high levels of rejection anxiety and intimacy avoidance, as compared to control couples. Nearly 70% of these men adopted insecure attachment representations. The non-random pairing of individuals with insecure attachments suggests the presence of massive affect regulation difficulties characterized by a chaotic mixture of rapidly evolving hyperactivation and deactivation strategies. Pervasive preoccupation with perceived abandonment, fears of dependency, bursts of rage, devaluation and behavioral avoidance probably alternate so that these couples get locked into vicious interpersonal cycles leading to low relationship quality and persistence. These hypotheses will need to be tested in future studies.

The hypothesis concerning the high prevalence of intimate violence in couples with a BPD partner was partly confirmed. There is a high rate of psychological violence and a consistent rate of physical violence (minor assaults) in couples where the woman has been diagnosed with BPD. These results replicate and extend those of other studies showing an association between intimate violence and borderline personality traits in men (Dutton & Starzomski, 1993; Holtzworth-Munroe & Meehan, 2002). Few studies have addressed the problem of intimate violence in women with personality disorders. The distribution of violence was highly heterogeneous in our sample. Seventy-three percent of our sample of women with BPD reported not being submitted to physical violence in the last year but still a minority of couples exhibited high levels of mutual violence. Future studies will be needed to explain this heterogeneity.

We also observed that these couples evidenced less mutual communication and more general avoidance of communication than control couples. Couples where the woman suffers from BPD also had a tendency to report more frequently a pattern of communication characterized by women withdraw/man demand. This result is opposite to what is generally observed in distressed couples (Christensen & Shenk, 1991).

The finding that psychological distress was higher in BPD couples than in control couples was expected and is in line with recent research on the comorbidity of mental disorders and couple distress (Whisman & Uebelacker, 2006). However, the finding that men involved with a woman diagnosed with BPD report levels of psychological distress twice as high as those of control men is noteworthy. The present design does not allow determining whether this distress preceded couple formation or was intensified as a result of relationship problems. Nevertheless, the high prevalence of personality pathology in these men certainly indicates that a portion of this distress is associated with problems preceding the union. However, the hypothesis that pre-existing difficulties interacted with multiple relationship stressors (e.g., suicide threats or sudden shifts in emotional availability) and exacerbated this observed distress in partners of women with BPD is compelling.

The hypothesis that relationship satisfaction would be lower in couples with a BPD partner was confirmed. However, even if couple dissatisfaction problems were significantly higher in couples with a partner suffering from BPD, a large proportion of these couples, 51% for women and 60% for men, could be classified as satisfied with their union. This finding is somewhat surprising in light of some highly dysfunctional clinical descriptions of borderline couples (Lackhtar, 1992) and considering that in the present sample, many other psychosocial factors traditionally associated with poor relationship functioning were observed: high rates of attachment problems, intimate violence, and psychological distress. As Halford (1999, p.13) has argued, relationship satisfaction does not define an ideal relationship, but rather asks partners to rate the extent to which their relationship satisfies their individual expectations (Bradbury, 1995). Individual expectations of people with BPD and the extent to which their romantic partner has adjusted to their relationship play a crucial role in determining the degree of reported satisfaction. These two aspects need to be further explored. One has to remember that to say that a couple is not dissatisfied does not mean they are involved in a mutually satisfying and happy relationship.

In addition, these findings of a higher than expected rate of relationship satisfaction and, for some couples, of long relationship duration, regardless of their highly unstable and

conflictual functioning, raise questions. Past studies have revealed that, as compared to securely attached couples, couples where both partners are insecurely attached (which is the case for 68.6% of our BPD sample) can generally stay longer in an unsatisfying relationship (see Davila & Bradbury, 2001). It could well be that personality disorders and attachment insecurity in both partners have a more complex relation with union duration and satisfaction than what clinicians normally expect. An autonomous, sensitive partner expecting emotional support when needed, feeling strong enough to separate if too uncomfortable in a relationship and not sharing the fundamental mistrust of others his romantic partner evidences is not necessarily the ideal «understanding» partner in the mind of a patient with BPD.

Our results have important clinical implications. First, the finding that there is a high prevalence of personality disorders among the romantic partners of women with BPD suggests that merely educating the partner about BPD and how to behave with such a person may fail to address some clinically important behavioural patterns that could be both part of the romantic partner's personality pathology and of the couple's problematic dynamic. One way of overcoming this important caveat to a strictly psychoeducational approach is to also educate the romantic partner, through parallel individual counselling, about the origin and function of his own interpersonal modes of relating. Ideally, in cases where both spouses suffers from personality disorders, both partners would be in individual therapy at first and enter a second stage of couple therapy where the couple is encouraged to help each other to recognize specific behavioural patterns and then strive as a team to resist against the urge to use these behaviours which are detrimental to their relation (e.g., menacing of ending the relation altogether when anxious about rejection, using physical intimidation to express anger, punishing oneself by self-mutilation when feeling unworthy of partner's love, etc).

Second, in light of our results and observations, it may well be that the common clinical recommendation on the importance of «avoiding avoiding» to communicate (Christensen & Shenk, 1991) and on the use of validation (Fruzetti, 2006) as an essential tool for helping persons with BPD regulate their emotions should be pursued with caution.

We suggest that respecting (temporarily) the partner's need to avoid communication while angry and using «delayed validation» of the other's feelings may be a more realistic objective. In times of high emotional activation, the women from our sample reported using avoidance of communication in an effort to protect their partner from an impending verbal attack. Meanwhile, for the men romantically involved with a woman with BPD, asking them to validate *on the spot* their significant other's emotions could be interpreted as a way of asking them to invalidate their own current distress in order to help their partner control themselves. This scenario could reinforce counter-dependent behaviors in the non borderline partner and is not always realistic for them. We suggest that these couples should not be discouraged to avoid communication if needed in times of crisis and that *both* partners should learn to validate the other's emotions once the intensity of a conflict has settled down.

Whereas these preliminary findings are important, our results must be interpreted in light of some limitations. The small size of this sample composed of women with BPD recruited in a treatment setting limits their generalizability. The representativeness of the control group could be questioned since some of the differences found between the two groups may have been of less importance were it not for the fact that cases with signs of severe psychopathology were excluded from the control group. While ideally both groups would have been matched also on couple duration and proportions of dating, cohabiting and married couples, post hoc multivariate analyses showed no significant effect of this important covariable on the main differences observed. Finally, replication studies in other treatment settings with a larger sample of couples are necessary.

Nevertheless, the direct assessment of personality disorders in both partners, using a well-studied standardized diagnostic interview, represents a strength of our study and is in accord with the need to have more researches evaluating both partners when dealing with couple issues (Whisman, Uebelacker & Weinstock, 2004). Many studies focussed on self-reported borderline personality traits. To our knowledge, this is the first study based on a sample of couples where the women have the full syndrome of BPD, reliably diagnosed by two independent raters. The present findings underline the importance of integrating

personality disorder research with couple studies. Finally, the complex relation between men's personality characteristics and the clinical symptomatology observed in women diagnosed with BPD should be scrutinized in longitudinal studies to test multiple models of influence.

References

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – Text Revision* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Bardenstein, K. K., & McGlashan, T. H. (1989). The natural history of a residential treated borderline sample: Gender differences. *Journal of Personality Disorder*, 3, 69-83.
- Bradbury, T. N. (1995). Assessing the four fundamental domains of marriage. *Family relations: Journal of Applied and Child Studies*, 44, 459-468.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Charitat, H., & Schmitt, L. (2002). Épidémiologie des troubles de la personnalité. In A. Féline, J. -D. Guelfi, & P. Hardy (Eds.), *Les troubles de la personnalité* (pp 123-134). Paris: Flammarion Médecine-Sciences.
- Christensen, A. (1987). Detection of conflict patterns in couples. In K. Hahlweg & M. J. Goldstein (Eds.), *Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research*(pp. 251-265). New York: Family Process Press.
- Christensen, A., & Heavey, C. L. (1990). Gender and social structure in the demand/withdraw pattern of marital conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 73-81.
- Christensen, A., & Shenk, J. L. (1991). Communication, conflict, and psychological distance in nondistressed, clinic, and divorcing couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 458-463.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments of borderline personality disorder: A multiwave study. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
- Dailey, S. E., Burge, C. H., & Hammen, C. (2000). Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: Addressing issues of specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 451-460.
- Davila, J., & Bradbury, T. N. (2001). Attachment insecurity and the distinction between unhappy spouses who do and do not divorce. *Journal of Family Psychology*, 15, 371-393.
- Dutton, D. G., & Starzomski, A. J. (1993). Borderline personality organisation in perpetrators of psychological and physical abuse. *Violence and Victims*, 8, 327-337.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fruzetti, A. E. (2006). *The high-conflict couple: A dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy, and validation*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Fruzetti, A. E., & Fruzetti, A. R. (2003). Borderline personality disorder. In D. K. Snyder & A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (pp. 235-260). New York: Guilford Press.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2007). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.

- Godbout, N., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2006). Early abuse experiences and subsequent gender differences in couple adjustment. *Violence and Victims, 21*, 744-760.
- Goldstein, L. S. (2003). *Romantic relationships and borderline personality formation: A prospective longitudinal analysis*. Poster session presented at the annual meeting of the Society for Research in Child Development, Tampa, FL.
- Gottman, J. M. (1993). The role of conflict engagement, escalation, and avoidance in marital interaction: A longitudinal view of five types of couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 6-15.
- Gunderson, J. G., & Hoffman, P. D. (2005). *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Guttman, J., McDermut, W., Miller, I., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2006). Personality pathology and its relation to couple functioning. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 1275-1289.
- Halford, W. K. (1999). *Australian couples in millennium three: A research and development agenda for marriage and relationship education*. Brisbane: Department of Family and Community Services.
- Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M., Fruzzetti, A. E., & Bruce, M. L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: Correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process, 42*, 469-478.
- Holtzworth-Munroe, A., & Meehan, J. C. (2002). Husband violence: Personality disorders among batterers. *Current Psychiatry Reports, 4*, 13-17.
- Ilfeld, F. W. (1978). Psychological status of community residents along major demographic dimensions. *Archives of General Psychiatry, 35*, 716-724.
- Kernberg, O. (1995). *Love relations: Normality and pathology*. New Haven: Yale University Press.
- Lachkar, J. (1992). *The narcissistic/borderline couple: A psychoanalytical perspective to marital conflict*. New York: Brunner/Mazel.
- Lafontaine, M. -F., & Lussier, Y. (2003). Évaluation bidimensionnelle de l'attachement amoureux. *Revue canadienne des sciences du comportement, 35*, 56-60.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Weber, M., Reynoso, J., & Clarkin, J. F. (2005). Attachment and borderline personality disorder: Implications for psychotherapy. *Psychopathology, 38*, 64-74.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2005). An attachment model of personality disorder. In J. F. Clarkin & M. F. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2nd ed., pp. 231-281). New York: Guilford Press.
- Paris, J., & Braveman, S. (1995). Successful and unsuccessful marriages in borderline patients. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 23*, 152-166.
- Préville, M., Potvin, L., & Boyer, R. (1995). The structure of psychological distress. *Psychological Reports, 77*, 275-293.
- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale using a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment, 17*, 15-27.
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin, 86*, 420-428.

- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Spielberger, C. D. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Analysis.
- Stone, M. H. (1985). Disturbances in sex and love in borderline patients. In Z. deFries, R. C. Friedman, & R. Corn (Eds.), *Sexuality New Perspectives* (pp. 159-186). Westport/London: Greenwood Press.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoys, M. S., & Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., Weinstock, L. M. (2004). Psychopathology and marital satisfaction: The importance of evaluating both partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 830-838.
- Widiger, T. A., & Frances, A. (1989). Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder: Perspective for psychology. In A. Tasman, Hales, R. E., & Frances, A. J. (Eds.), *Review of Psychiatry* (pp. 9-24). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Haynes, M. C., & Gunderson, J. G. (1999). Violence in the lives of adult borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 187(2), 65-71.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, M. D., Hennen, J., Reich, B., & Silk, K. (2005). Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorder*, 19, 19-29.

CHAPITRE 3 : ARTICLE 2

Running Head: BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND SEXUALITY

Sexual Attitudes and Activities in Women with Borderline Personality Disorder
Involved in Romantic Relationships

Sébastien Bouchard

Université Laval

Natacha Godbout and Stéphane Sabourin

Université Laval

Article publié

Bouchard, S., Godbout, N., & Sabourin, S. (2009)

Sexual Attitudes and Activities in Women with Borderline Personality Disorder.

Journal of Sex and Couple Therapy, 35, 106-121

Résumé

Les femmes souffrant d'un trouble de personnalité limite (TPL) sont à risque de rencontrer des difficultés dans leurs relations sexuelles et d'entretenir des attitudes dysfonctionnelles face à la sexualité. Un échantillon de 34 couples composé de femmes présentant un TPL a été comparé à un échantillon de femmes en relation de fréquentation ou mariées provenant de la population générale. La version brève du Questionnaire d'activités et d'attitudes face à la sexualité (QAAS) a été utilisée pour mesurer six types d'attitude face à la sexualité.

La fréquence des activités sexuelles dans la dernière année des femmes présentant un diagnostic de TPL ne diffère pas des femmes du groupe contrôle mais leur expérience subjective de la sexualité diffère : elles font montre d'attitudes négatives plus fortes, d'un sentiment de pression plus importants et expriment plus d'ambivalence face à la sexualité.

Les analyses de régression suggèrent que l'attachement anxieux est un facteur de médiation du lien entre le TPL et le sentiment de pression à s'engager dans des rapports sexuels avec son partenaire.

MOTS-CLÉS; trouble de personnalité limite, sexualité, attitudes.

Abstract

Women with Borderline Personality Disorder are prone to have sexual relationship difficulties and dysfunctional attitudes toward sexuality. A sample of 34 heterosexual couples composed of women meeting BPD criteria was compared to a sample of dating or married women from the general population. A short form of the Sexual Activities and Attitudes Questionnaire (SAAQ) was used to measure six types of sexual attitudes. Women diagnosed with BPD did not differ from controls on frequency of three types of sexual activities in the last year but their subjective sexual experiences differed: they showed stronger negative attitudes, felt sexually pressured by their partners, and expressed ambivalence toward sexuality. Regression analyses suggest that anxious attachment mediates the association between BPD and feeling pressured to engage in sex.

KEY-WORDS: borderline personality disorder, sexuality, attitudes.

Sexual Attitudes and Activities in Women with Borderline Personality Disorder Involved in Romantic Relationships

Women with Borderline Personality Disorder (BPD) experience a wide-ranging variety of sexual problems. The DSM-IV-TR (APA, 2000) diagnostic criteria for BPD refer explicitly to sexual impulsivity. In addition, theoretical and clinical analyses frequently underline how women diagnosed with BPD often adopt problematic sexual behaviors and evidence a pattern of intense and unstable love relationships (Neeleman, 2007). Furthermore, in this group of patients, sexuality is often used to avoid chronic feelings of emptiness or to soothe abandonment anxiety, and disturbances in sexual identity are common. Thus, sexual symptoms observed in BPD patients are heterogeneous, ranging from persistent promiscuity and perversions to severe inhibitions and ambivalence. This heterogeneity may be explained by unique patterns of variance in attitudes toward sexuality in BPD.

Women with BPD are most likely to develop dysfunctional attitudes toward sexuality for many reasons. First, rates of childhood sexual abuse in this population range from 60 to 80% (Zanarini et al., 2002) and severity of abuse is strongly associated with later severity of BPD symptoms and psychosocial impairment. Childhood sexual abuse increases the risk for sexual distortion as issues of sexuality and intimacy are intertwined in this traumatic experience (Noll, Trickett, & Putnam, 2003). Second, a significant portion of this population exhibit high impulsivity and temperamental disposition toward sensation seeking (Cloninger, & Svrakic, 2000) that put them at high risk of erratic and high-risk sexual practices. For example, Hull, Clarkin and Yeomans (1993) found that 46% of their sample of women diagnosed with BPD reported that over the past five years they had impulsively entered into at least one sexual relationship with partners they did not know well. Third, there is a growing body of evidence suggesting that insecure attachment is closely associated with sexual motives, strategies and feelings (see Feeney & Noller, 2004; Gillath & Schachner, 2006). A majority of those with BPD have an insecure attachment style marked by fear of abandonment and distrust of others (see Levy, Meehan, Weber, Reynoso, & Clarkin, 2005). Thus, it is expected that attitudes toward sexuality will be influenced by this anxious attachment style. Typically, people with anxious attachment

representations (i.e., preoccupied with abandonment or rejection) tend to have sex to reassure themselves that their partner cares about them and to captivate their partner's attention; they may also go along with a partner's sexual demands in order to avoid being disliked or rejected (e.g., Schachner & Shaver, 2004).

The role of attitude toward sexuality and sexual distortions in explaining sexual behavior of victims of childhood sexual abuse has been studied extensively in diverse populations. Some studies have reported a strong association between childhood sexual abuse and sexual distortion (e.g., Stock et al., 1997; Wyatt, 1991) whereas others have reported no associations or only marginal associations (e.g., Herrenkohl, Herrenkohl, Egolf, & Russo, 1998; Smith, 1996; Widom & Kuhns, 1996). Generally, heightened sexual activity, permissive attitudes, prostitution, early pregnancy, sexual risk-taking behaviors, early coitus, sexual avoidance, sexual dysfunction, and compulsive sexual behavior have been reported (see Noll, Trickett, & Putnam, 2003).

Considering the number of empirical studies addressing BPD, the sexual functioning of people suffering from BPD is an understudied topic. In a recent review, Neeleman (2007) reported only six empirical studies addressing the sexual functioning of patients with BPD. His general conclusion suggests that people with BPD generally tend to have significant problems with regard to intimate and sexual relationships. These problems seem to be related to heightened sexual impulsivity, reduced sexual satisfaction, increased sexual boredom, greater preoccupation with sex, avoidance of sex, and a wide range of sexual complaints (Dulit, Fyer, Miller, Sacks, & Frances, 1993; Hull, Clarkin, & Yeomans, 1993; Hurlbert, Apt, & White, 1992; Stone, 1985; Zanarini et al., 2003; Zubenko, George, & Soloff, 1987). In addition, there is evidence that gender identity disorder and ambivalence about sexual orientation occur more frequently in people with BPD. These findings underline the fact that elements related to BPD have important and understudied negative consequences on relationship and sexual functioning.

The current study explores the association between the sexual attitudes of women with BPD and their sexual activities. The main purpose of this study is to explore the

attitudes toward sexuality of a well-defined sample of women with BPD in comparison with a sample of women from the community matched on age and education. Another purpose is to assess whether the women's sexual attitudes are associated with their attachment representations (i.e., intimacy avoidance, anxious attachment), the frequency of sexual intercourse and their marital or couple satisfaction.

Hypotheses

Compared to women from the general population, hypotheses were as follows. Women with BPD will evidence: 1) more frequent sexual activities in the last year, 2) stronger permissiveness and stronger ambivalence toward sexuality, 3) greater negative attitudes and aversion toward sexuality, 4) attachment representations are expected to mediate the association between meeting versus not meeting diagnostic criteria for BPD and attitudes toward sexuality. Finally, correlations between the six types of sexual distortions and relationship satisfaction of women with BPD and of their romantic partners are reported. These are presented on an exploratory basis and no hypotheses were formulated.

Method

Participants

Women with BPD. Participants were invited to participate in the study by their psychotherapists and through written invitations or posters that were hung in diverse medical clinics in Québec city (Canada). To be eligible, participants had to be in a heterosexual couple relationship for at least two months, have been diagnosed with BPD in the last two years and both partners had to be 18 years old or older. The sample originally consisted of 35 couples. One couple had to be removed from the data due to inter-judge diagnostic disagreement. The final 34 participants were heterosexual women in stable monogamous relationship who were either married ($n = 8$), cohabiting ($n = 21$), or dating ($n = 5$). The mean age was 33.47 years (standard deviation [SD] = 10.39). The women met the DSM-IV-TR diagnostic threshold for BPD according both to their psychiatrist and to the BPD section of the SCID-II. Women with BPD had a mean of 1.58 suicide attempts ($SD = 3.65$; range = 0 to 20) and 3.40 parasuicidal behaviours ($SD = 5.94$; range = 0 to 20) in the

last twelve months. Mean number of days spent in hospitalisation in the last year was 9.48 ($SD = 19.67$; min. = 0, max. = 80 days). Almost all women with BPD (33 out of 34) were undergoing treatment at the time of the study. The mean duration of the women's couple relationship was 5 years and 11 months ($SD = 8.8$ years; ranging from 2 months to 38 years). Most couples (82.4 %) had been living together for an average of 4 years and 11 months ($SD = 7.87$) and they had an average of 1.28 child ($SD = 1.33$; range = 0 to 5). The average annual income was 13,382\$ CAN a year ($SD = 12,760$ \$, min. = 7,500\$, max. = 60,000\$). In addition, 32.9% of women with BPD completed a college education or more.

Control Group. Participants for the control group were recruited through e-mail, local newspapers, and announcements in Laval University classes and were invited to take part of the study. To be eligible, both partners had to be 18 years old or more and they had to be either married or cohabiting for at least 6 months. A total of 154 women living in the province of Quebec, Canada, agreed to participate and returned their questionnaires. Participants were mailed a package containing the questionnaires and a prepaid return envelope. In order to form an equivalent control group, 34 heterosexual women were randomly selected in a stepwise fashion based on their match with women of the clinical group on age and education.

Women in the control group were either dating ($n = 8$), cohabiting ($n = 16$) or married ($n = 10$). They were on average 33.76 years of age ($SD = 11.61$) and were involved in their romantic relationship for an average duration of 10.47 years ($SD = 11.51$). Couples cohabiting were doing so for an average of 11 years ($SD = 11.95$). Thirty-five percent of them had at least one child ($M = 0.35$ child, $SD = .49$). Control women had a mean annual income of 23,437\$ CAN ($SD = 21,718$). In addition, 35.3% of them completed a college education or more.

Measures

Personality disorder diagnoses. A French version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR, Axis I, was used (SCID-II; First, Spitzer, Gibbon, Williams, & Benjamin, 1997; adapted for French-Quebecers by Pelletier, 2003). In the present study,

about one third ($n = 12$) of all the 35 SCID-II interviews were randomly selected and recoded by a second independent rater. Raters agreed on the BPD diagnosis in eleven out of the twelve cases. The case on which judges disagreed was removed (which lend a final n of 34). Number of symptoms meeting the clinical threshold for a diagnosis of BPD (i.e., 5 criteria or more) was used as a severity index ($M = 7.23$, $SD = 1.52$; $\text{min.} = 5$, $\text{max.} = 9$). Women from the control group were not interviewed with the SCID-II.

Attitudes toward sexuality. A shortened French version of the Sexual Activities and Attitudes Questionnaire was used (SAAQ; Noll, Trickett, & Putnam, 2003; adapted for adult couples and translated into French by Godbout, Bouchard, & Sabourin, 2005). The SAAQ-short form has 17 items measuring 4 types of attitudes toward sexuality on a six-point scale: sexual permissiveness (5 items), sexual preoccupation (4 items), negative attitudes toward sex (3 items), and pressure to engage in sex (5 items). Two other sexual distortions can be computed from this questionnaire : sexual aversion ($-1 \times \text{permissiveness} + \text{negative attitude}$) and sexual ambivalence ($\text{sexual preoccupation} + \text{sexual aversion}$). A second section of the SAAQ measures sexual activities (frequency of thoughts relating to sex, frequency of masturbation, number of incidents of voluntary sexual intercourse in the last year, and number of sexual partners in the lifetime). The long-form version of the SAAQ showed good predictive validity (i.e., associated with pathological dissociation, adult anxiety, and childhood sexual abuse) and discriminant validity (i.e., discriminates between sexually abused and non-abused women (Noll et al., 2003). The factorial structure of the original SAAQ was well replicated in the shortened French version (Beaudoin, Carbonneau, Godbout, Bouchard, & Sabourin, 2007). The brief version of the SAAQ also showed satisfactory internal consistency and concurrent validity (Beaudoin et al., 2007). Sexual attitudes were positively associated with frequency of sexual activities, dyadic adjustment, and psychological distress (Beaudoin et al., 2007). In the present study, Alpha coefficients for the four scales were satisfactory (α ranged from .79 to .90).

Attachment. Attachment representations were measured using the French-Canadian version of the Experiences in Close Relationships scale (ECR; Brennan, Clark, & Shaver, 1998; translated and validated by Lafontaine & Lussier, 2003). Factor analysis indicated

the presence of two interrelated dimensions of attachment: Anxiety about rejection (18 items) and Avoidance of intimacy (18 items; Lafontaine & Lussier, 2003). In the present study, Alpha coefficients were high (.90 for Anxiety and .87 for Avoidance).

Psychological distress. Psychological distress was assessed with the brief version of the Psychiatric Symptom Index (PSI-14; Ilfeld, 1978). Items on the PSI-14 assess four dimensions: depression (5 items; $\alpha = .89$), anxiety (3 items; $\alpha = .79$), aggression (4 items; $\alpha = .91$), and cognitive problems (2 items; $\alpha = .90$). The PSI-14 shows good internal consistency ($\alpha = .92$), construct validity, and criteria validity (Préville, Potvin, & Boyer, 1995).

Relationship satisfaction. An 8-item version of the Dyadic Adjustment Scale (DAS-8; Spanier, 1976; translated into French by Baillargeon, Dubois, & Marineau, 1986) was used to assess level of relationship quality and satisfaction. Global dyadic adjustment scores range from 0 to 41, with higher scores reflecting a higher level of relationship quality and satisfaction. The brief version showed satisfactory internal consistency (α ranged from .76 to .96), and the predictive validity was supported in a 3-year longitudinal study of couple dissolution (Sabourin, Valois, & Lussier, 2005). In the present sample, Alpha was .85.

Sexual abuse. The Childhood Sexual Experiences Questionnaire (QASE, Godbout, Lefebvre, & Sabourin, 2002) was used to assess a variety of sexually abusive experiences. Participants were first asked “prior to age 18, were you ever sexually abused?” If the answer was YES, participants were asked to specify: the age of the first and last abuse, the frequency of abuse, the relation with the perpetrator(s) (e.g., father, teacher, stranger, etc.), the act(s) perpetrated (e.g., complete penetration, oral sex, touching, etc), and the level of violence used.

Results

Convergent and construct validity

In order to determine the construct validity of the SAAQ in the clinical sample, correlations between attitudes toward sexuality and sexual activities were examined in women with BPD (see Table 1). These associations were examined since Beaudoin, Carbonneau, Godbout, Bouchard and Sabourin (2007) originally validated the French version of the SAAQ in a community sample. The associations between the six types of attitudes toward sexuality and the sexual activities suggest that the SAAQ-brief form possesses good convergent and construct validity in a psychiatric sample of BPD patients. All types of attitudes toward sexuality were associated with specific sexual activities as hypothesis although not always significantly. Frequency of masturbation was positively associated with sexual preoccupation and negatively to negative attitude toward sexuality. Sexual ambivalence was not associated significantly with frequency of masturbation and was negatively and significantly associated with lifetime number of sexual partners.

Table 1. *Associations Between Attitudes Toward Sexuality and Sexual Activities in Women With BPD*

	Sexual permissiveness	Sexual preoccupation	Negative attitude	Pressure to engage in sex	Sexual aversion	Sexual ambivalence
Frequency of sexual thoughts	.57**	.40*	-.52**	-.00	-.60**	-.45**
Frequency of masturbation	.29	.47**	-.36*	-.10	-.32	-.12
Number of voluntary sexual intercourse (12 month)	.68**	.39*	-.65**	-.17	-.73**	-.64**
Number of sexual partners (life)	.44**	.45**	-.49**	-.30	-.50**	-.27

Note. Spearman's rho correlations; n = 34

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$.

Descriptive Statistics

The prevalence of childhood sexual abuse in the present sample was higher in women suffering from BPD (76%) in comparison to women from the control group (21%, $\chi^2(1, N = 68) = 21.25, p < .001$). We tested for significant group differences on socio-demographic variables (age, number of children, annual income, and education) with nonparametric Mann Whitney tests and Chi-Square tests. Women diagnosed with BPD reported a lower annual income ($z = -2.29, p = .02$) and fewer children ($z = -2.73, p < .006$) than women from the control group.

Group Comparisons

Transformations were used in order to reduce data skewness and improve normality and linearity of data distribution. Square root transformations were performed on permissiveness, negative attitudes, aversion, avoidant attachment, psychological distress, and couple adjustment. With the use of a $p < .001$ criterion for Mahalanobis distance no outliers among the cases were found.

Differences in sexual activities. Group differences in sexual activities were assessed using a multivariate analysis of variance (MANOVA) performed on four dependent variables (frequency of thoughts related to sex, frequency of masturbation, number of incidences of voluntary sexual intercourse in the last year, and number of sexual partners). The multivariate test was significant, $F(4, 62) = 10.69, p < .001, \eta^2 = .41$. As reported in Table 2, only one main effect was observed. Specifically, BPD women reported more sexual partners than women from the control group. For example, whereas only 5.9% of the control women ($n = 2$) have had more than 30 sexual partners in their lifetime, 50% of the women with BPD did ($n = 19$).

Differences in sexual attitudes. Group differences in sexual attitudes were assessed using a MANOVA performed on six dependent variables (permissiveness, preoccupation, negative attitudes, pressure to engage in sex, aversion, and ambivalence). The multivariate test was significant $F(6, 61) = 5.42, p < .001, \eta^2 = .35$. As reported in Table 2, the BPD

group reported more negative attitudes toward sex, feeling more pressured to engage in sex, and a higher level of sexual ambivalence in comparison with the control group.

Differences in psychosocial adjustment. Group differences in psychosocial adjustment were assessed using a MANOVA performed on four dependent variables (anxious attachment, avoidant attachment, psychological distress, and couple adjustment). The multivariate test was significant, $F(4, 621) = 23.93, p < .001, \eta^2 = .61$. As presented in Table 2, the BPD group reported more insecure attachment, more psychological distress, and a lower level of couple adjustment than the non-BPD group.

Table 2. Mean, Standard-Deviation, and Group Comparisons between BPD and non-BPD Women on their Sexual Activities, Sexual Attitudes, and Psychosocial Adjustment

	BPD	No-BPD	F	η^2
Sexual Activities				
Thoughts	4.36(1.56)	4.74(.83)	1.50	.02
Masturbation	3.15(1.75)	2.94(1.25)	.32	.01
Number Intercourse	3.82(1.51)	4.25(.99)	2.06	.03
Number Partners	32.34(28.42)	6.02(7.54)	27.28	.30***
Sexual Attitudes				
Permissiveness	19.64(8.01)	22.29(4.67)	1.24	.02
Preoccupation	12.63(5.69)	11.29(3.43)	1.38	.02
Negative Attitude	7.47(4.81)	5.41(4.21)	4.20	.06*
Pressure	15.41(7.19)	10.76(5.42)	8.93	.12**
Aversion	-12.18(11.52)	-16.88(5.83)	1.34	.02
Ambivalence	.46(10.97)	-5.59(6.32)	7.74	.11**
Psychosocial Variables				
Anxiety	4.98(1.04)	3.27(1.25)	44.60	.41***
Avoidance	3.12(1.13)	1.79(.65)	39.01	.38***
Psychological Distress	38.88(9.86)	24.0(5.43)	61.41	.49***
Couple Adjustment	26.44(7.30)	33.18(4.28)	19.87	.23***

Note. Standard deviations appear in parentheses beside means. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Controlling for the effect of childhood sexual abuse (CSA). Subsequent MANOVAs were performed to investigate the unique contribution of BPD on the dependent variables. Before entering the variables in the analyses, the variance associated with child sexual abuse was removed in all variables. First, the group difference in sexual activities remained significant after controlling for CSA: BPD women reported more sexual partners than non-BPD women, $F(4, 65) = 11.79, p < .001, \eta^2 = .15$. Second, only one group difference in sexual attitudes remained significant after controlling for CSA: BPD women reported feeling more pressured to engage in sex than non-BPD women, $F(1, 66) = 4.62, p < .03, \eta^2 = .07$. Third, all group differences in psychosocial adjustment remained significant: BPD women reported more insecure attachment [anxiety: $F(1, 65) = 16.46, p < .001, \eta^2 = .20$; avoidance: $F(1, 65) = 14.27, p < .001, \eta^2 = .18$], higher levels of psychological distress, $F(1, 65) = 18.90, p < .001, \eta^2 = .23$, and lower levels of couple adjustment, $F(1, 65) = 9.27, p = .003, \eta^2 = .13$ compared to non-BPD women.

Sexual Attitudes and Role of Attachment Representations

Regression analysis and mediation. Regression analyses were performed to observe the role of attachment behaviors as a mediator in the relationship between group affiliation (BPD versus non-BPD) and feeling pressured toward sex. According to Baron and Kenny (1986) (see also Holmbeck, 1997), a number of conditions must be met in order for a variable to be considered a mediator. First, the predictor (i.e., group affiliation) must be significantly associated with the hypothesized mediator (i.e., anxious and avoidant attachment): both anxiety ($\beta = .60, p = .001$) and avoidance ($\beta = .59, p = .001$) were associated with group affiliation. Second, the predictor (i.e., group affiliation) must be significantly associated with the dependent variable (i.e., feeling pressured toward sex): group affiliation was associated with feeling pressured toward sex ($\beta = .34, p = .004$). Third, the mediator (i.e., anxious and avoidant attachment) must be significantly associated with the dependent measure (i.e., feeling pressured toward sex): results showed a significant relationship between anxious attachment and feeling pressured toward sex ($\beta = .43, p = .001$). However, we did not find a significant association between avoidant attachment and feeling pressured toward sex. Finally, to demonstrate mediation, the association between the predictor and outcome variable must be reduced or rendered null

after controlling for the impact of the mediator on the outcome: multiple regression showed that anxious attachment ($\beta = .66, p = .02$) fully mediated the relationship between group affiliation and feeling pressured toward sex (group affiliation was no longer significant when entered simultaneously with anxious attachment). Thus, we found partial support for our hypothesis that attachment representations mediate sexual attitudes in our sample of women diagnosed with BPD (i.e., only for the dimension of anxious attachment).

Associations between Relationship Satisfaction and Attitudes toward Sexuality

Relationship satisfaction of women with BPD was positively associated with sexual permissiveness (Spearman's rho = .39, $p < .05$) and aversion (Spearman's rho = -.31, $p = .07$, n.s.). Relationship satisfaction of the romantic partners of women with BPD did not correlate with any of the attitudes toward sexuality of their romantic partners (i.e., women with BPD). Relationship satisfaction of the romantic partners of women with BPD did not correlate with any of the attitudes toward sexuality of their romantic partners (i.e., women with BPD).

Discussion

The main purpose of this study was to explore the association between sexual attitudes and activities in women suffering from BPD. Four general conclusions can be drawn from our results.

First, the differences in the frequency of sexual behaviors between the two groups partly confirm our hypothesis that women with BPD would have more frequent sexual activities in the last year. Compared to women from the control group, the percentage of women with BPD (19 versus 2 in the control group) who have had more than 30 sexual partners across their lifetime was close to ten times higher for women with BPD. This result gives support to clinical observations reporting high frequency of sexual partners in this population. On the other hand, once in a relationship with their current partner, women with BPD did not report excessive sexual activities and promiscuity in the last year. More specifically, women with BPD did not differ from those of the control group on the number of sexual thoughts, the frequency of masturbation, and the number of voluntary sexual

contacts in the last year. These results suggest that women with BPD who are in a stable romantic relationship could present different sexual behaviors compared to those who are sexually active but not in a serious relationship. The results also suggest that the frequency of sexual behavior in women with BPD may vary over time. Perhaps women with BPD initially tend to engage in more frequent casual sex and have a strong propensity to use sex as a means to secure physical proximity with a partner and to increase feelings of emotional closeness. But once the union manages to bring about a sense of relative security or durability, it appears that women with BPD do not engage in sexual activities to a greater extent than other women from the community. Future research should assess variations in levels of sexual activity in the larger context of attachment processes across the lifespan.

Second, the differences in attitudes toward sexuality generally confirm our hypothesis. Although frequency of sexual behaviors did not differ significantly, the subjective experience of women with BPD seems to be different from the experiences reported by women from the control group. Being diagnosed with BPD seems to contribute to variations in attitudes toward sexuality. Results show that negative attitudes toward sexuality, sexual ambivalence, and feelings of being pressured toward sex were more elevated in the BPD group than in women from the control group. The hypothesis that women suffering from BPD would evidence more ambivalence toward sexuality is supported and is consistent with previous observations in a sample that also examined childhood sexual abuse (Noll et al., 2003). Although childhood sexual abuse was strongly associated to sexual distortions in both groups, the feeling of being pressured by the partner was uniquely associated with meeting criteria for BPD after controlling for the effect of sexual abuse. Since four of the five items for this factor seem to tap preoccupations about gaining love and respect from one's partner and since people with BPD are known to have anxious attachment representations, this result is in line with what was expected. To our knowledge, our study is the first to demonstrate the specific effect of being diagnosed with BPD, over and above the effect of childhood sexual abuse, on attitudes toward sexuality.

Third, our results did not confirm the hypothesis stating that women with BPD would exhibit stronger interest in sexuality: no differences were found for permissiveness

and preoccupation between the two groups. The attitudes of permissiveness and preoccupation toward sexuality represent approach motivations toward sex. The absence of a difference between women with BPD and the control group is intriguing. Despite the high prevalence of childhood sexual abuse in our clinical sample, attitudes toward permissiveness and preoccupation with sex did not appear to be affected. Having been forced to engage in sexual contact with an adult while a child generally fosters aversion toward sexuality (see Noll et al., 2003) but it does not significantly affect attitudes associated with approach motivations in the present sample of women engaged in stable romantic relationships. Given that avoidance and approach motivations toward sex are relatively independent and can co-occur, the current findings suggest that interventions should aim more at modifying negative attitudes toward sex rather than increasing positive attitudes toward sexuality in this particular population.

Fourth, the findings revealed that anxious attachment representations play a mediational role in the association between the presence of BPD and feelings of being pressured to engage in sexual activities. In practical terms, abandonment anxiety seems to interfere not only with general interpersonal functioning but also in the more intimate area of subjective sexual experience. This finding is consistent with other studies suggesting that attachment dimensions have a significant influence on sexual experiences and feelings of sexual pressure in romantic relationships (e.g., Brassard, Shaver, & Lussier, 2007). For women with BPD, it seems that the function of sexuality in a couple is entangled with their attachment system particularities, especially with a desperate need for closeness unfortunately paired with a fear of rejection. One explanation could be that these women may feel *they have to engage in sex with their partner (i.e., feeling pressured)* because *they have the inner need to calm the fear that their partner would reject them or worse if they were to refuse to engage in sex with them (i.e., anxious attachment)*.

During the interviews pertaining to this study, a number of the romantic partners of the women with BPD acknowledged to the first author that they often have been accused by their female partner of pressuring her to have sex. Although some men may actually exert sexual pressure on their female partner, the anxiety associated with the women's feelings of

being coerced may also increase the sensitivity of the women toward feeling pressured even if the male partner is unaware of it or is making efforts to be respectful. Based on the results on this study, one crucial task of sex therapy with these clients could be helping the patient to recognize the influence of her inner world on her intimate relationship and educating the male partner about those feelings and possible causes of her concerns about their sexual relationship. These results also give support to the idea that clinicians should try to integrate attachment theory into current thoughts on the etiology and treatment of sexual difficulties in women with BPD. In order to help these clients have a clearer grasp of what drives them to behave in certain problematic ways in the realm of sexuality, clinicians should help them to explore the attachment motives behind some of their attitudes toward sexuality.

The findings of the current study are a preliminary effort to examine the sexual attitudes of women with BPD and some limitations should be mentioned. The small size of this sample composed of women with BPD recruited in a treatment setting limits the generalizability of the findings. Replication of the findings in other treatment settings with larger samples of couples is necessary. Further research is also needed to address the heterogeneity and process of attitude variations in women with BPD for three main reasons. First, BPD diagnosis is known to be heterogeneous and sub-types of BPD probably exist (Clarkin et al 1983; Widiger & Sanderson, 1995). Second, heterogeneity in the sexual behaviors of people suffering from BPD has been reported (Hurlbert, Apt & White, 1992). Third, people suffering from BPD may exhibit great variations in sexual adjustment as a function of the stage of their relationship (e.g., early in courtship versus later stages of committed relationships). Finally, another potential limitation of this study is the fact that the presence of BPD was not screened out in the control group. So a possibility remains that some differences which were reported non significant could in fact be statistically significant given the additional discriminating power that this procedure could have granted.

In conclusion, more research on the sexual functioning of couples where one member suffers from BPD is clearly needed. Longitudinal studies are essential in order to

look at the hypothesis that hypersexuality may be present at the time of courtship and in the early stages of a relationship, and that sexual inhibition, in some cases, can gradually appear as the relationship provides increasing security and stability. Also, the contribution of attitudes and personality characteristics of the romantic partner of people suffering from BPD represents an understudied and promising topic. Many authors (e.g. Fruzzetti, 2006; Hoffman et al., 2003; Maltz, 1988) believe that the only effective approach to the treatment of women with BPD is a couple approach, as the spouse is often viewed as a vicarious victim of the psychopathology and an underestimated ally to the treatment process. Clinicians and researchers should be more aware of this neglected dimension. We hope that by further studying this complex and fascinating topic, promising treatment for these couples will continue to emerge and that more couples will benefit from them.

References

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – Text Revised* (4th ed.). Washington, DC : Author.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'Ajustement Dyadique [French translation of the Dyadic Adjustment Scale]. *Revue canadienne des sciences du comportement*, *18*, 24-34.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173-1182.
- Beaudoin, A. -S., Carbonneau, N., Godbout, N., Bouchard, S., & Sabourin, S. (2007). Validation préliminaire du Questionnaire d'Activités et d'Attitudes à l'endroit de la Sexualité. *Revue canadienne des sciences du comportement*, *39*, 301-306.
- Brassard, A., Shaver, P. R., & Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships: A dyadic approach. *Personal Relationships*, *14*, 475-494.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Clarkin, J. F., Widiger, T. A., Frances, A. J., Hurt, S. W., & Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *92*, 263-275.
- Cloninger, C. R., & Svrakic, D. R. (2000). Personality disorders. In B. J. Sadock et al. (Eds.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry: Vol. 2* (8th ed., pp. 2063–2104). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Dulit, R. A., Fyer, M. R., Miller, F. T., Sacks, M. H., & Frances, A. J. (1993). Gender differences in sexual preference and substance abuse of inpatients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *7*, 182-185.
- Feeney, J. A., & Noller, P. (2004). Attachment and sexuality in close relationships. In J. H. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher. (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationship* (pp. 183-201). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fruzetti, A. E. (2006). *The high-conflict couple: A dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy, and validation*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Gillath, O., & Schachner, D. A. (2006). Sex and love: Goals, motives, and strategies: How do sexuality and attachment interact? In M. Mikulincer & G. S. Goodman (Eds.), *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex* (pp. 337-355). New York: Guilford Press.
- Godbout, N., Bouchard, S., & Sabourin, S. (2005). *Traduction en français et adaptation pour le couple du SAAQ*. École de psychologie, Université Laval.
- Godbout, N., Lefebvre, D., & Sabourin, S. (2002). *Questionnaire sur les Expériences Sexuelles durant l'Enfance*, Unpublished questionnaire, Université Laval, Quebec, QC, Canada.
- Herrenkohl, E., Herrenkohl, R., Egolf, B., & Russo, M. (1998). The relationship between early maltreatment and teenage parenthood. *Journal of Adolescence*, *21*, 291-303.

- Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M., Fruzzetti, A. E., & Bruce, M. L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: Correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42, 469-478.
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 599-610.
- Hull, J. W., Clarkin, J. F., & Yeomans, F. (1993). Borderline personality disorder and impulsive sexual behaviour. *Hospital & Community Psychiatry*, 44, 1000-1002.
- Hurlbert, D. F., Apt, C., & White, L. C. (1992). An empirical examination into the sexuality of women with borderline personality disorders. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18, 231-242.
- Ilfeld, F. W. (1978). Psychological status of community residents along major demographic dimensions. *Archives of General Psychiatry*, 35, 716-724.
- Lafontaine, M. -F., & Lussier, Y. (2003). Évaluation bidimensionnelle de l'attachement amoureux. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 35, 56-60.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Weber, M., Reynoso, J., & Clarkin, J. F. (2005). Attachment and borderline personality disorder: Implications for psychotherapy. *Psychopathology*, 38, 64-74.
- Maltz, W. (1988). Identifying and treating the sexual repercussions of incest: A couples approach therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 14, 142-170.
- Neeleman, A. J. (2007). Seksualiteit als thema in de behandeling van mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis [The relevance of sexuality in the treatment of borderline personality disorder]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 49, 233-240.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 575-586.
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., & Howard, R. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, 6, 375.
- Pelletier, O. (2003). *Traduction et adaptation pour le Québec du Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II*. Unpublished manuscript, Université Laval, Quebec, QC, Canada.
- Préville, M., Potvin, L., & Boyer, R. (1995). The structure of psychological distress. *Psychological Reports*, 77, 275-293.
- Sabourin, S., Valois, P., & Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale using a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment*, 17, 15-27.
- Schachner, D. A., & Shaver, P. R. (2004). Attachment dimensions and sexual motives. *Personal Relationships*, 11, 179-195.
- Smith, C. (1996). The link between childhood maltreatment and teenage pregnancy. *Social Work Research*, 20, 131-141.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Stock, J. L., Bell, M. A., Boyer, D. K., & Connell, F. A. (1997). Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Family Planning Perspective*, 29, 200-227.

- Stone, M. H. (1985). Disturbances in sex and love in borderline patients. In Z. deFries, R. C. Friedman, & R. Corn (Eds.), *Sexuality New Perspectives* (pp. 159-186). Westport/London: Greenwood Press.
- Widiger, T. A., & Sanderson, C. J. (1995). Towards a dimensional model of personality disorders in DSM-IV and DSM-V. In W. J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV Personality Disorders* (pp. 433-458). New York: Guilford Press.
- Widom, C. S., & Kuhns, J. B. (1996). Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution, and teenage pregnancy: A prospective study. *American Journal of Public Health, 86*, 1607-1612.
- Wyatt, G. E. (1991). Child sexual abuse and its effects on sexual functioning. *Annual Review of Sex Research, 2*, 249-266.
- Zanarini, M., Parachini, E., Frankenburg, F., Holman, J., Hennen, J., Reich, D., & Silk, K. (2003). Sexual relationship difficulties among borderline patients and axis II comparison subjects. *Journal of Nervous Mental Disease, 191*, 479-482.
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous Mental Diseases, 190*, 381-387.
- Zubenko, G. S., George, A. W., Soloff, P. H., & Schulz, P. (1987). Sexual practices among patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 144*, 748-752.

CHAPITRE IV : CONCLUSION GÉNÉRALE

Conclusion générale

L'objectif de la présente thèse consistait à évaluer un ensemble de variables pertinentes par rapport à l'étude du fonctionnement conjugal des couples dont un membre présente un trouble de la personnalité limite (TPL). Il s'agissait de vérifier dans quelle mesure la présence d'un TPL chez un des membres des couples à l'étude pouvait être associée à des différences significatives par rapport à un échantillon de couples non cliniques comparables sur le plan sociodémographique. Le premier volet de la thèse faisait l'étude de la qualité du fonctionnement conjugal chez les couples dont la femme présente un TPL ainsi que l'évaluation de la présence de troubles de la personnalité chez le conjoint de ces femmes. Le deuxième volet consistait en l'étude des activités et attitudes à l'égard de la sexualité de femmes en couple présentant un TPL. De l'avis d'auteurs influents, l'étude des liens entre la psychopathologie de la personnalité et le fonctionnement conjugal devrait constituer un des points importants à l'agenda scientifique des années à venir (Fruzetti & Fruzetti, 2003; Holtzworth-Munroe & Meehan, 2002; Links & Stockwell, 2001; Paris & Braveman, 1995; Snyder & Whisman, 2003; Stone, 1985; Whisman et al., 2008). La présente étude est la première à avoir évalué de façon systématique et multidimensionnelle les deux partenaires d'un échantillon de couples dont un membre souffre d'un TPL.

Les résultats obtenus montrent que la grande majorité des couples à l'étude traversent des épisodes répétitifs de rupture et de réconciliation et que près du tiers de ceux-ci se sont définitivement séparés sur une période de 18 mois. De plus, près de la moitié des hommes en couple avec une femme présentant un TPL répond aux critères diagnostiques d'au moins un des troubles de la personnalité répertoriés par le DSM-IV-TR. Les troubles de la personnalité les plus prévalant étant les personnalités paranoïde, antisociale et obsessionnelle-compulsive. Lorsque comparés à un groupe contrôle de couples non cliniques, les couples à l'étude se montrent moins satisfaits de leur union, présentent plus d'insécurité dans l'attachement, plus de communication de type demande/retrait et plus de violence conjugale. De plus, vis-à-vis de leur sexualité, l'expérience subjective des femmes à l'étude diffère significativement de celle des femmes d'un groupe contrôle : elles font preuve de plus d'attitudes négatives à l'égard de la sexualité, se sentent plus pressées par leur partenaire et sont plus ambivalentes par rapport à la sexualité. Après avoir contrôlé

pour l'effet de l'abus sexuel vécu durant l'enfance, seule la différence quant au sentiment de pression demeure significative. Les analyses de régression ont montré que l'association entre le sentiment de pression et le TPL est médiée par l'anxiété d'abandon et de rejet. En somme, les résultats de cette étude démontrent clairement que la présence d'un trouble de la personnalité chez l'un des conjoints a de graves répercussions sur le fonctionnement conjugal et que ce trouble est associé à une détresse conjugale importante. Jusqu'à récemment cette détresse était demeurée largement ignorée par la recherche clinique. Les détails des résultats obtenus et leurs implications théoriques et cliniques sont maintenant abordés plus en détail.

Types, durée et taux de dissolution des unions

En se basant sur les quelques études ayant rapporté des données à ce sujet, les types d'union des couples dont un membre souffre d'un TPL varient grandement d'un échantillon à l'autre à travers le temps et les lieux de recrutement. Nos données préliminaires (Bouchard & Sabourin, 2006) indiquaient qu'environ 30 % des personnes présentant un TPL en traitement déclarent être en couple depuis au moins deux mois. Dans le cas de notre échantillon de 35 couples, les types d'union sont répartis comme suit : 17 % en relation de fréquentation, 60 % en cohabitation et 23 % mariés. Une très large part de l'échantillon se déclare donc en union libre (67 %). Rappelons que la proportion de couples mariés au Québec est de 54 % et les couples qui habitent ensemble sont mariés dans environ 68 % des cas (Bourgault-Côté, 2007). Dans ce contexte, ces résultats s'ajoutent aux autres données concernant l'hypothèse controversée de la présence de taux de mariage chez les personnes présentant un TPL inférieur ou égal à celui de la population générale (Links & Stockwell, 2001; Paris & Braveman, 1995; Stone, 1990). Bien que nos données appuient l'idée que les personnes présentant un TPL arrivent à demeurer en couple et que certains couples se maintiennent sur plusieurs décennies malgré leurs difficultés, nos résultats montrent aussi que la grande majorité des couples à l'étude (67,8 %) traverse des épisodes répétitifs de rupture et de réconciliation et que près du tiers se sont définitivement séparés à l'intérieur d'une période de 18 mois. Ces sérieux problèmes d'engagement et de stabilité de l'union confirment les hypothèses cliniques voulant que le TPL soit associé à de graves

perturbations du processus de formation de couple (Fruzetti & Fruzetti, 2003; Kernberg, 1998).

Dimensions de l'attachement et prévalence des styles d'attachement

Pour la totalité des femmes de l'étude ainsi que pour la grande majorité des conjoints, les représentations de l'attachement sont marquées du sceau de l'insécurité. Comparativement aux couples du groupe contrôle, les deux membres des couples à l'étude ont plus souvent un style d'attachement insécurisé se caractérisant par la peur de l'abandon et du rejet. Ces résultats corroborent ceux rapportés par Meyer and Pilkonis (2005). Ces auteurs ont trouvé que le TPL est fortement associé à la dimension d'anxiété liée au rejet et peu associé à l'évitement de l'intimité (i.e., un style d'attachement préoccupé). La présente étude est la première à rapporter le style d'attachement des conjoints des personnes présentant un TPL.

Ainsi, près de 70 % des hommes du groupe clinique rapportent avoir des représentations d'attachement insécurisées, alors que ce n'est le cas que pour environ le tiers des hommes du groupe contrôle. De plus, le fait que 37 % des femmes présentant un TPL auraient un style d'attachement craintif se caractérisant à la fois par un évitement de l'intimité et une peur de l'abandon suggère que le pairage des couples de notre étude les rend à haut risque de rapports conflictuels et de désorganisation du lien d'attachement. En effet, ce type d'appariement entre individus insécurisés engendre des difficultés sérieuses en ce qui a trait à la régulation émotionnelle mutuelle à l'intérieur du couple et se caractérise par un mélange chaotique de stratégies d'hyperactivation (exacerbation des signaux de détresse, demandes d'attention incessantes, crises de colère) et de désactivation du système d'attachement (retrait relationnel, isolation affective, dissociation). Ces données sont à notre connaissance les premières à suggérer que ce serait non seulement le TPL en soi, mais aussi le pairage entre une personne avec un TPL et un partenaire insécurisé qui rendrait ces personnes à si haut risque de détresse conjugale.

Prévalence et types de violence conjugale

L'hypothèse voulant qu'une forte prévalence de violence conjugale soit présente chez les couples dont un membre présente un TPL a été partiellement confirmée. Les résultats confirment la prévalence d'un taux élevé de violence psychologique et physique (principalement des assauts mineurs) au sein des couples dont un membre présente un TPL. La proportion de femmes présentant un TPL usant de violence dans leur couple est de 88,6 % pour la violence psychologique et de 54,3 % pour la violence physique. Dans le cas des conjoints de femmes présentant un TPL ces proportions², sont de 85,7 % pour la violence psychologique et de 37,1 % pour la violence physique. Ces données répliquent et étendent les résultats provenant d'autres études ayant fait la démonstration d'une forte association entre la violence conjugale et les traits de personnalité limite chez les hommes (Dutton & Starzomski, 1993; Holtzworth-Munroe & Meehan, 2002). En effet, peu de chercheurs ont traité du problème de la violence conjugale perpétrée par des femmes présentant un TPL. D'autre part, en comparaison aux femmes du groupe contrôle, les femmes présentant un TPL rapportent aussi être plus souvent soumises à de la violence physique et psychologique de la part de leur conjoint. Ces résultats appuient ceux d'une étude ayant démontré que, comparativement à des personnes présentant un autre trouble de la personnalité à l'axe II, les adultes présentant un TPL sont plus souvent soumis à de la violence et de l'abus dans la vie de tous les jours (Zanarini et al., 1999).

Il est à souligner que la distribution de la violence observée chez les couples cliniques du présent échantillon est très hétérogène. Soixante-trois pour cent de l'échantillon des femmes présentant un TPL rapportent n'avoir aucunement été sujettes à de la violence physique de la part de leur conjoint dans la dernière année, alors qu'une minorité de couples rapportent tout de même des niveaux élevés de violence conjugale mutuelle. Cette grande hétérogénéité de la prévalence et des types de violence conjugale chez les couples dont un membre présente un TPL souligne l'importance d'élaborer de meilleurs modèles explicatifs permettant de rendre compte de la grande variabilité des tactiques de coercition utilisées lors de conflits conjugaux.

² Tel qu'estimé par les femmes présentant un TPL de l'échantillon.

Troubles de la personnalité et détresse psychologique chez le conjoint

En dépit d'un apparent consensus entourant la pertinence clinique et scientifique de l'étude des relations amoureuses des personnes présentant un TPL (Links & Heslegrave, 2000; Paris & Braveman, 1995; Whisman & Uebelacker, 2003), la personnalité de leurs partenaires amoureux demeurait à ce jour étrangère à la recherche descriptive. Un des résultats majeurs de cette thèse est que 44,1 % des hommes engagés dans une relation amoureuse avec une femme souffrant d'un TPL répondraient aux critères diagnostiques d'au moins un trouble de la personnalité répertorié au DSM-IV-TR. La prévalence de troubles de la personnalité attendue dans la population générale varie entre 9 et 14 % (Charitat & Schmitt, 2002). Les troubles de la personnalité les plus prévalents chez les conjoints du groupe clinique de la présente étude sont : paranoïde (14,7 %), antisocial (14,7 %), obsessionnel-compulsif (14,7 %) et évitant (11,8 %). Un autre constat important est que la moitié des hommes en relation de couple avec une femme présentant un TPL rencontre le critère A pour le diagnostic de trouble de personnalité antisociale (trouble des conduites avant l'âge de 15 ans). Ces résultats, s'ils sont reproduits, pourraient contribuer à mettre en lien les taux élevés de revictimisation chez les femmes présentant un TPL et leur choix de partenaires amoureux.

À la lumière de ces résultats, force est de constater que la forte prévalence de troubles de la personnalité chez les conjoints de femmes présentant un TPL n'est pas le fruit du hasard. Ces données suggèrent qu'il y a fort probablement un appariement non aléatoire, une sorte « d'attrance », entre les femmes présentant un TPL et les hommes présentant un trouble de la personnalité. Que ces appariements non aléatoires soient guidés par des facteurs génétiques, sociaux, psychodynamiques ou une combinaison de ces causes demeure à déterminer.

Styles de communication

Les styles de communication chez les couples ont largement été étudiés et sont généralement fortement associés à la satisfaction conjugale. En comparaison aux couples du groupe contrôle, nous avons observé que les couples dont un membre présente un TPL ont recours à moins de communication mutuelle et à plus d'évitement de la communication.

Mais contrairement à ce qui est normalement observé chez les couples en détresse (Christensen & Shenk, 1991), ce sont les femmes présentant un TPL (et non les hommes) qui avaient tendance à éviter la demande de communication de leur partenaire. Nos données suggèrent donc que les patrons de communication des couples dont la femme présente un TPL se distinguent non seulement des couples bien adaptés mais aussi des couples en détresse généralement étudiés dans les recherches sur les couples.

L'utilisation du style de communication mutuelle à l'intérieur des couples dont la femme présente un TPL varie selon le sexe. En comparaison aux femmes du groupe contrôle, les femmes présentant un TPL utilisent moins souvent la communication mutuelle. L'utilisation de l'évitement de la communication ne semble pas le seul apanage de la personne présentant un TPL : les deux partenaires rapportent souvent éviter la demande de communication de leur partenaire, alors qu'une utilisation plus rare de la communication mutuelle semble plutôt le propre de la conjointe souffrant d'un TPL. Ces résultats soulèvent la possibilité que l'évitement de la communication observé chez les couples à l'étude agisse tel un fusible permettant que l'édifice conjugal ne s'embrase. La valeur adaptative de cette stratégie s'en trouvant ainsi renforcée. L'inconvénient de cette stratégie d'évitement à court terme de l'escalade des conflits est qu'elle amène généralement à long terme une augmentation de la détresse conjugale. L'hypothèse voulant que, chez ces couples à haut risque de conflits, l'évitement de la communication puisse à certains moments contribuer positivement à l'ajustement conjugal et ainsi constituer un mode approprié d'adaptation à la psychopathologie d'un des partenaires demande à être explorée.

Satisfaction conjugale et ajustement dyadique

L'hypothèse voulant que la satisfaction conjugale soit moindre chez les couples dont un membre présente un TPL a été confirmée. L'ensemble des indications de sérieux dysfonctionnements conjugaux rapportés dans cette thèse (insécurité de l'attachement, violence psychologique, évitement de la communication, sentiment d'être pressé à avoir des rapports sexuels) est à mettre en lien direct avec l'observation d'une faible satisfaction conjugale chez ces couples. La grande instabilité de ces unions est probablement une des

conséquences de cette faible satisfaction conjugale. Néanmoins, les hommes de l'échantillon clinique ne semblent pas plus insatisfaits de leur union que ne le sont leurs conjointes atteintes d'un TPL. Ces résultats impliquent que la satisfaction conjugale des hommes en couple avec une femme présentant un TPL n'est pas plus affectée par la psychopathologie de la femme que ne l'est la satisfaction conjugale de la personne atteinte d'un TPL. Des résultats similaires ont été rapportés dans le cas de l'effet différentiel de l'humeur dépressive d'un partenaire sur la satisfaction conjugale de chacun des membres d'un couple (Whisman, Uebelacker & Weinstock, 2004).

De façon quelque peu surprenante, une large proportion des couples dont un membre souffre d'un TPL peuvent être classifiés comme étant « satisfaits » de leur union (51 % des femmes et 60 % des conjoints). Ce résultat est étonnant compte tenu de la gravité des perturbations du fonctionnement qui est normalement rapportée dans la littérature clinique (Fruzetti, 2006; Lachkar, 1992; Solomon, 1998). Rappelons que le fait de ne pas se considérer insatisfait de son union ne veut pas forcément dire que l'on se croit dans une relation agréable et mutuellement satisfaisante (Halford, 1999). De plus, les attentes de la personne présentant un TPL et la capacité du conjoint de s'adapter aux contraintes exercées par la psychopathologie de sa conjointe sur lui déterminent probablement en grande partie le degré de satisfaction conjugale qui sera rapporté par le couple. Ces deux aspects, soit les attentes par rapport à la relation (voir Bradbury, 1995) et les stratégies d'adaptation du conjoint non atteint, mériteraient d'être explorés plus en détail dans le futur.

Activités et attitudes sexuelles dans le couple

Activités sexuelles des femmes de l'étude. Les différences observées quant à la fréquence d'un ensemble de comportements sexuels de femmes présentant un TPL confirment en partie les hypothèses formulées. D'une part, l'hypothèse d'une hypersexualité est appuyée par les résultats démontrant que les femmes présentant un TPL ont eu environ dix fois plus de partenaires sexuels dans leur vie que les femmes du groupe contrôle. En effet, 54 % (versus 5,7 %) des femmes du groupe clinique rapportent avoir eu plus de trente partenaires sexuels à vie. Ce résultat est en accord avec les observations

cliniques rapportant un grand nombre de partenaires sexuels dans cette population (Hull et al., 1993).

D'autre part, la fréquence des activités sexuelles au cours de la dernière année des femmes présentant un TPL ne semble pas différer de celle des femmes du groupe contrôle. Ce résultat est contraire à ce qui était attendu. Il semble que, une fois engagées dans une relation amoureuse avec un partenaire stable, les femmes présentant un TPL ne rapportent pas avoir une fréquence d'activité sexuelle différente de celle des femmes d'un groupe contrôle. Plus spécifiquement, les femmes présentant un TPL ne diffèrent pas des femmes du groupe contrôle en ce qui a trait au nombre de pensées sexuelles, à la fréquence de la masturbation et au nombre de contacts sexuels volontaires dans la dernière année.

Cette étude est la première à proposer des données suggérant que les femmes présentant un TPL engagées dans une relation amoureuse relativement stable ne présentent pas de comportements sexuels plus fréquents que les femmes en couple de la population générale. Ces résultats nous amènent à reconsidérer l'hypothèse voulant que les femmes présentant un TPL sont généralement hyperactives sexuellement. Il semble en effet que ce ne soit pas toujours le cas et que la fréquence des activités sexuelles puissent différer grandement en fonction du niveau d'engagement affectif dans une relation (nombre « d'histoires d'un soir » versus nombre de rapports sexuels avec un conjoint stable). Ces résultats suggèrent aussi que la fréquence des comportements sexuels des femmes souffrant d'un TPL varie dans le temps et en fonction du stade de formation de l'union. Il est possible qu'une fois que l'union apporte un relatif sentiment de sécurité et de stabilité, les femmes présentant un TPL ne soient ni plus ni moins actives sexuellement que les femmes de la communauté.

Attitudes à l'égard de la sexualité des femmes de l'étude. Un autre résultat important de cette thèse est l'observation que, même si leurs comportements sexuels ne diffèrent pas significativement des autres femmes en couple, le vécu sexuel subjectif des femmes présentant un TPL diffère de celui de la population générale sur plusieurs plans. En particulier, les résultats démontrent que les attitudes négatives à l'égard de la sexualité,

l'ambivalence relativement à la sexualité et le sentiment d'être pressée par le partenaire sont plus élevés chez les femmes présentant un TPL. La plus forte présence d'ambivalence par rapport à la sexualité (mélange de préoccupation et d'aversion) chez ces femmes confirme l'hypothèse formulée et reproduit les observations faites auprès de jeunes femmes ayant été victimes d'abus sexuel dans leur enfance (Noll et al., 2003)³. Ensuite, même si l'abus sexuel lors de l'enfance était fortement associé aux attitudes à l'égard de la sexualité chez les deux groupes de femmes, après avoir contrôlé l'effet de l'abus sexuel dans l'enfance, le sentiment d'être pressée par son partenaire s'est avéré associé de façon unique au fait de présenter un diagnostic de TPL. Cette étude serait la première à rapporter un effet spécifique du TPL sur les attitudes à l'égard de la sexualité de femmes présentant un TPL ayant souffert d'abus sexuel dans leur enfance.

Enfin, les résultats ont révélé qu'une dimension de l'attachement, la peur de l'abandon et du rejet, joue un rôle médiateur dans l'association entre le fait de présenter un TPL et le fait de se sentir pressé par son partenaire sexuel. Cela suggère que, chez les personnes atteintes, la peur d'être abandonnée ou rejetée interfère non seulement avec le fonctionnement interpersonnel en général mais aussi dans la sphère plus intime du vécu sexuel subjectif. Ce résultat est cohérent avec ceux d'autres études suggérant que les dimensions de l'attachement ont une influence significative sur l'expérience sexuelle et le sentiment de pression dans les relations amoureuses (Brassard, Shaver & Lussier, 2007).

Implications théoriques

Les résultats de cette thèse mettent de l'avant quatre principales implications théoriques susceptibles de contribuer au raffinement de la conception que nous avons des couples dont un membre présente un TPL. Premièrement, le conjoint des femmes présentant un TPL ne peut plus être considéré comme un objet neutre. En effet, chez près de la moitié des conjoints, la prévalence de détresse psychologique, de troubles de la personnalité et de représentations d'attachement insécurisées appuient l'hypothèse voulant que les personnes présentant un TPL ne tendent pas typiquement vers un objet

³ Rappelons que près de 77 % des femmes de l'échantillon clinique rapportent avoir été victimes d'abus sexuels dans l'enfance.

d'attachement sécurisant et que cet objet, le conjoint, souffre souvent lui aussi d'une psychopathologie. Dans ce contexte, il serait souhaitable que l'on reconsidère les modèles suggérant un effet unidirectionnel du TPL sur les difficultés que rencontrent ces couples en faveur de modèles d'influences bidirectionnelles des effets de la psychopathologie respective de chaque conjoint sur la qualité générale de l'ajustement conjugal.

Deuxièmement, les théoriciens doivent tenir compte de la présence de violence conjugale perpétrée par les femmes présentant un TPL. En effet, nos résultats font état du phénomène et permettent d'étendre les implications des théories portant sur le lien entre le TPL et la violence conjugale perpétrée par certains hommes (Dutton & Starzomski, 1993; Holtzworth-Munroe & Meehan, 2002; Lemelin & Lussier, 2002). En ce sens, bien que les conséquences physiques et le type de violence privilégié puisse différer grandement selon le sexe, nos résultats s'inscrivent dans le courant théorique stipulant que l'étiologie de la violence conjugale soit la même pour les hommes et les femmes (Straus, 1999). La fonction de tels comportements et leurs effets sur la satisfaction conjugale seraient donc possiblement les mêmes que ceux rapportés dans les écrits scientifiques portant sur les hommes (Dutton, 1995). Cette hypothèse demande cependant à être vérifiée plus systématiquement.

Troisièmement, le stéréotype de l'hypersexualité chez les femmes présentant un TPL devrait être reconsidéré en fonction du stade de formation de l'union en cause. Typiquement, les théoriciens ont insisté sur la promiscuité sexuelle des femmes présentant un TPL, sur les aspects débridés, impulsifs et chaotiques de leur sexualité (Hull et al., 1993). Les hypothèses actuelles ne permettaient pas de prédire que la fréquence des activités sexuelles des femmes présentant un TPL serait relativement identique à celle de femmes provenant de la population générale. Or, nos données suggèrent que la fréquence et l'intensité des activités sexuelles des personnes présentant un TPL varient non seulement d'une personne à l'autre mais aussi en fonction du degré d'engagement présent dans le couple. Enfin, nos résultats s'intègrent à ceux suggérant que les personnes présentant un TPL se déclarant en couple diffèrent probablement de celles qui ne sont pas en couple sur le

plan de l'impulsivité (Links & Stockwell, 2001) et des dimensions de l'attachement (Levy et al., 2005).

Quatrièmement, nos données renforcent le courant théorique soulignant que les dimensions de l'attachement influencent les raisons motivant les activités sexuelles d'un individu (Feeney & Noller, 2004; Gillath & Schachner, 2006). Aussi, l'effet de facteurs de tempérament comme la recherche de nouveauté (Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993) ne devrait pas être interprété indépendamment du style d'attachement et du stade de formation de l'union en cause, comme c'est souvent le cas dans la documentation scientifique (Dulit et al., 1993). En effet, nos données suggèrent que les perturbations des modèles internes d'attachement des personnes présentant un TPL sont intimement intriquées avec leurs attitudes et activités sexuelles. Cette expérience semble pouvoir varier énormément en fonction du niveau d'engagement dans une relation donnée, allant de l'insistance au rapport sexuel hâtif (avec une personne que l'on connaît à peine) jusqu'à l'impression d'être pressé à avoir des rapports sexuels sans son plein consentement (avec un conjoint de longue date).

Implications cliniques

Quatre principales implications cliniques se dégagent de cette thèse. Premièrement, les cliniciens devraient tenir plus compte du partenaire amoureux dans l'évaluation et le traitement des personnes présentant un TPL. En effet, l'existence du conjoint non atteint, sa contribution au tableau clinique, la présence de psychopathologie chez lui, la possibilité qu'il soit une victime vicariante du TPL et son potentiel de contribution au projet de psychothérapie, sont rarement intégrés à la démarche diagnostique. Nous croyons que le protocole d'évaluation des patients souffrant d'un TPL pourrait être enrichi s'il intégrait des mesures, pour le patient et son conjoint, de variables suspectées de contribuer tant au tableau clinique général qu'à l'ajustement conjugal, par exemple : psychopathologie de l'axe I et de l'axe II, représentations de l'attachement, présence de violence dans le couple, style de communication privilégié, étendue et nature des comportements sexuels, attitudes à l'égard de la sexualité.

La découverte d'une prévalence élevée de troubles de la personnalité chez les conjoints de femmes présentant un TPL suggère qu'une approche strictement psychoéducative auprès des proches puisse avoir un impact limité. Cette approche a le désavantage de ne pas tenir compte de la forte prévalence de problèmes de santé dans l'entourage des personnes souffrant d'un TPL (Zanarini et al., 2004) et peut-être plus particulièrement chez le conjoint des personnes atteintes.

Dans les cas où les deux partenaires souffrent d'un trouble de la personnalité, ce qui semble être le cas chez près de la moitié des patients en couple, l'offre d'un traitement à une personne et l'enseignement de renseignements psychoéducatifs à l'autre membre du couple risque fort de polariser l'attribution de la responsabilité des conflits conjugaux vers la personne présentant un TPL. Lorsque possible, les personnes au sein de ces couples devraient être encouragées à s'aider l'une et l'autre à reconnaître et à contrôler conjointement certains comportements spécifiques reconnus pour être dommageables à la relation de couple et à la santé psychologique de chacun.

Deuxièmement, l'intervention de couple pourrait tirer avantage d'une modification des façons standards d'entraînement à la communication avec cette clientèle. En effet, une insistance sur l'importance du dévoilement de soi et sur la demande de communication comporte certaines limites dans le cas des couples dont un membre présente un TPL. En effet, à cause des risques d'explosion de violence et de la pauvre modulation affective de ces personnes en situation de stress interpersonnel, l'évitement de la communication dans ces cas pourrait ne pas s'avérer une option aussi nuisible que ce que la littérature clinique a tendance à suggérer (Christensen & Shenk, 1991). De plus, l'utilisation systématique de la validation émotionnelle lors de conflits (Fruzetti, 2006) peut s'avérer difficile à faire pour le conjoint si lui aussi présente un pauvre contrôle émotionnel. D'une part, nous suggérons que le respect du besoin du partenaire souffrant d'un TPL de se retirer et de différer la communication peut parfois être préférable à l'approche contraire où le conjoint non atteint insiste pour que l'autre « s'ouvre ». D'autre part, l'insistance sur la responsabilité du conjoint non atteint de valider à *l'instant du conflit* les émotions de la conjointe atteinte d'un TPL pose des inconvénients (Fruzetti, 2006). Cette approche peut amener le conjoint à

inhiber et invalider sa propre détresse au profit d'une contribution aux efforts d'autocontrôle de la conjointe présentant un TPL. En somme, nous suggérons que ces couples ne soient pas découragés d'éviter au besoin la communication en temps de crise et que *les deux* partenaires devraient être invités à apprendre à valider les émotions de l'autre une fois que l'intensité du conflit a diminué suffisamment.

Troisièmement, un meilleur dépistage des difficultés sexuelles rencontrées chez les couples dont un membre présente un TPL serait souhaitable en pratique clinique. En effet, il est reconnu que l'activité sexuelle d'un couple est associée à la satisfaction conjugale (Harvey, Wenzel & Sprecher, 2004) et, comme nous l'avons vu, les attitudes à l'égard de la sexualité sont associées à certaines dimensions du TPL, dont l'attachement. De plus, l'intervention auprès des femmes présentant un TPL et se plaignant de difficultés sexuelles ne devrait pas se limiter au développement d'attitudes positives à l'égard de la sexualité. Compte tenu que les motivations d'approche et d'évitement de la sexualité sont relativement indépendantes, nos résultats suggèrent que chez les femmes présentant un TPL, ce sont les attitudes négatives vis-à-vis de la sexualité qui diffèrent de la population générale et non l'intensité de leur intérêt pour la sexualité. Conséquemment, les interventions devraient donc se centrer plus sur la modification des attitudes négatives à l'égard de la sexualité (par exemple, le sentiment de pression) plutôt que sur le développement d'attitudes plus positives (par exemple, la permissivité) à l'égard de la sexualité dans cette population.

Quatrièmement, l'intervention auprès des femmes présentant un TPL aux prises avec des difficultés sexuelles devrait porter une attention particulière aux enjeux d'attachement motivant certains comportements sexuels jugés problématiques. Une tâche cruciale de la thérapie sexuelle auprès de cette clientèle consisterait à aider ces patientes à reconnaître l'influence de leur monde interne sur la perception qu'elles ont des intentions de leur conjoint (par exemple, « Je suis obligée de ne jamais rien lui refuser sans quoi il me laissera sûrement. »). Une avenue intéressante est aussi d'éduquer le partenaire sexuel sur l'effet que l'insécurité de l'attachement de leur conjointe atteinte d'un TPL a sur les difficultés sexuelles que rencontre le couple (par exemple, « Lorsqu'elle se fâche, elle

pense que vous l'obligez froidement à se soumettre à vos désirs et que vous allez la quitter si elle dit non cette fois-là. »).

Limites des études de la thèse

Les résultats de cette thèse doivent être interprétés à la lumière de certaines limites. Premièrement, la petite taille de l'échantillon utilisé limite la généralisation des résultats. D'une part, la possibilité d'analyses des variations intragroupe était restreinte. D'autre part, la puissance des analyses effectuées étant affectée par la taille de l'échantillon, il est possible que des différences entre les deux groupes jugées non significatives dans notre étude puissent s'avérer significatives en utilisant un échantillon de plus grande taille.

Deuxièmement, la représentativité du groupe contrôle utilisé peut être questionnée. Il faut en effet considérer que les différences trouvées entre les deux groupes auraient pu être de moindre importance n'eut été du fait que les femmes du groupe contrôle présentant des signes de psychopathologie sévère ont été exclues des analyses. D'autre part, la présence de TPL dans le groupe contrôle a été limitée par l'utilisation de critères évaluant indirectement la présence d'un TPL. Dans le meilleur des cas, il aurait été préférable d'évaluer directement la présence d'un TPL chez les femmes du groupe contrôle.

Troisièmement, les deux groupes auraient idéalement été pairés sur la base de la durée de la relation afin de s'assurer que cette covariable ne soit pas responsable des différences observées. Notons tout de même que des analyses multivariées *post hoc* n'ont pas démontré d'effet de la durée sur les différences observées entre les principales variables. Enfin, les résultats rapportés dans cette thèse sont préliminaires mais gardent une portée théorique et clinique significative. La reproduction de ces résultats dans d'autres milieux et à partir d'échantillons plus importants est nécessaire afin de confirmer les observations rapportées dans la présente recherche.

Quatrièmement, il est possible que les couples qui ont accepté de participer à l'étude ne représentent peut-être pas la population générale des couples dont un membre souffre

d'un trouble de la personnalité. Par exemple, on peut supposer que les couples non volontaires ou non sollicités présentent des caractéristiques différentes des couples ayant accepté de participer à l'étude sur diverses dimensions : plus de méfiance à l'endroit du réseau de soin, moins de désir pas recevoir un traitement pour le trouble dont souffre la femme, comportements plus violents à l'endroit du partenaire amoureux, plus jeune âge, statut socio-économique plus élevé, etc. Les recherches futures devront tenter de rejoindre aussi des couples le membre présentant un trouble de personnalité limite ne reçoit pas de traitement.

Enfin, les réponses des participantes ont pu être biaisées par une certaine désirabilité sociale. En effet, bien que leur anonymat fût respecté, plusieurs des femmes du groupe clinique connaissaient l'expérimentateur principal de par son travail au centre de traitement où la grande majorité des celles-ci ont été recrutée. De plus, tous les participants avaient la consigne de compléter leur questionnaire à l'abri du regard de leur conjoint mais il reste la possibilité que ceux-ci aient tout de même échangé sur leur réponse et ainsi influencer certains résultats. Dans le futur, des mesures supplémentaires de protection de l'anonymat des répondantes et l'évaluation directe de la désirabilité sociale seraient souhaitables.

Recherches futures et conclusion finale

Clairement, il n'existe pas suffisamment de recherches sur le fonctionnement des couples dont un membre présente un TPL. Premièrement, des études longitudinales sont nécessaires afin de déterminer les antécédents et le sens des associations entre le TPL et la satisfaction conjugale. Ces études permettraient non seulement d'établir l'association prospective entre des mesures de psychopathologie et de satisfaction conjugale mais aussi de déterminer le processus causal par lequel le TPL, la psychopathologie du conjoint non atteint et la satisfaction conjugale s'influencent. Par exemple, il est possible que certaines dimensions du TPL (impulsivité, fluctuations de l'humeur, pauvre contrôle de la colère, etc.) aient une influence négative sur la communication et qu'en retour, la communication influence l'ajustement et la satisfaction conjugale. De plus, des études longitudinales sont essentielles afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle différents types de difficultés (par exemple, hypersexualité, hyposexualité, conflits chroniques, évitement

de la communication) sont présents à différents moments du processus de formation du couple (par exemple, formation de l'union versus maintien de l'union).

Deuxièmement, l'étude de la personnalité des conjoints de femmes présentant un TPL a largement été négligée par les chercheurs. Or, cette avenue de recherche pourrait permettre de vérifier la validité de deux hypothèses prometteuses. D'une part, l'hypothèse stipulant que certaines caractéristiques du conjoint (par exemple, narcissisme sain, attachement sécurisé, faible impulsivité) soient associées à de meilleures chances de rémission en traitement n'a jamais encore été vérifiée. D'autre part, l'idée répandue voulant que les personnes présentant un TPL « manquent de jugement » (NIMH, 2001) lorsqu'il s'agit de choisir un partenaire amoureux et que l'attrance pour un certain type de conjoint « plus sain » serait la conséquence d'une amélioration des éléments structurels au cœur du TPL mérite vérification.

Troisièmement, les recherches futures devront tenir compte de l'hétérogénéité du diagnostic du TPL et aussi examiner l'hétérogénéité des patrons relationnels propres au TPL. D'abord, nous savons qu'il existe plusieurs sous-types de TPL et que ce diagnostic regroupe des tableaux cliniques pouvant différer grandement les uns des autres (Asnaani, Chelminski, Young & Zimmerman, 2007; Clarkin, Widiger, Frances, Hurt & Gilmore, 1983; Lenzenweger, Clarkin, Yeomans, Kernberg & Levy, 2008; Widiger & Sanderson, 1995). En effet, la méthode diagnostique proposée par le DSM-IV-TR exige que le patient réponde à au moins cinq critères de n'importe lequel des neuf critères du TPL. Cette approche est critiquée depuis longtemps en raison des nombreuses combinaisons de critères pouvant mener au diagnostic de TPL (Clarkin et al., 1983). Récemment, différents sous-types de TPL ont été proposés dans la littérature scientifique (p. ex. : Asnaani et al., 2007; Lenzenweger et al., 2008) et ceux-ci pourraient permettre d'émettre des prédictions plus précises quant au fonctionnement conjugal attendu par une personne présentant un TPL. Ensuite, compte tenu de l'instabilité caractéristique de ce type de trouble, une grande variabilité de patrons relationnels peuvent être présents pour un même individu. Or, une meilleure évaluation de cette variabilité à l'aide de méthodologies de recherche intégrant des mesures répétées intra-sujet est nécessaire. Enfin, malgré la reconnaissance de la

pertinence clinique de ces variables, l'influence du stade de développement de la relation (p. ex., fréquentation versus relation avec engagement formel) et du degré d'attachement à l'autre sur l'ajustement conjugal des personnes présentant un TPL a encore été très peu explorée empiriquement.

En conclusion, l'étude du fonctionnement des couples dont un membre présente un TPL a permis de mieux documenter la gravité des difficultés éprouvées au sein de ces unions. Les résultats de cette thèse soulignent l'importance de l'intégration de la recherche sur les troubles de la personnalité aux études en psychologie du couple. La relation complexe entre les caractéristiques de la personnalité du conjoint et la présentation des symptômes observés chez la femme présentant un TPL mérite d'être scrutée avec soin afin d'explorer plusieurs modèles d'influence réciproque. Nous espérons qu'en étudiant plus avant cette problématique, des traitements prometteurs pourront continuer d'émerger et que, ultimement, ces couples pourront bénéficier d'une aide leur permettant d'accéder aux avantages de la vie à deux.

TABLEAUX ET FIGURES

Table 1. *Associations Between Attitudes Toward Sexuality and Sexual Activities in Women With BPD*

	Sexual permissiveness	Sexual preoccupation	Negative attitude	Pressure to engage in sex	Sexual aversion	Sexual ambivalence
Frequency of sexual thoughts	.57**	.40*	-.52**	-.00	-.60**	-.45**
Frequency of masturbation	.29	.47**	-.36*	-.10	-.32	-.12
Number of voluntary sexual intercourse (12 month)	.68**	.39*	-.65**	-.17	-.73**	-.64**
Number of sexual partners (life)	.44**	.45**	-.49**	-.30	-.50**	-.27

Note. Spearman's rho correlations; n = 34

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$.

Table 2. Mean, Standard-Deviation, and Group Comparisons between BPD and non-BPD Women on their Sexual Activities, Sexual Attitudes, and Psychosocial Adjustment

	BPD	No-BPD	F	η^2
Sexual Activities				
Thoughts	4.36(1.56)	4.74(.83)	1.50	.02
Masturbation	3.15(1.75)	2.94(1.25)	.32	.01
Number Intercourse	3.82(1.51)	4.25(.99)	2.06	.03
Number Partners	32.34(28.42)	6.02(7.54)	27.28	.30***
Sexual Attitudes				
Permissiveness	19.64(8.01)	22.29(4.67)	1.24	.02
Preoccupation	12.63(5.69)	11.29(3.43)	1.38	.02
Negative Attitude	7.47(4.81)	5.41(4.21)	4.20	.06*
Pressure	15.41(7.19)	10.76(5.42)	8.93	.12**
Aversion	-12.18(11.52)	-16.88(5.83)	1.34	.02
Ambivalence	.46(10.97)	-5.59(6.32)	7.74	.11**
Psychosocial Variables				
Anxiety	4.98(1.04)	3.27(1.25)	44.60	.41***
Avoidance	3.12(1.13)	1.79(.65)	39.01	.38***
Psychological Distress	38.88(9.86)	24.0(5.43)	61.41	.49***
Couple Adjustment	26.44(7.30)	33.18(4.28)	19.87	.23***

Note. Standard deviations appear in parentheses beside means.

* $p < .05$.

** $p < .01$.

*** $p < .001$.

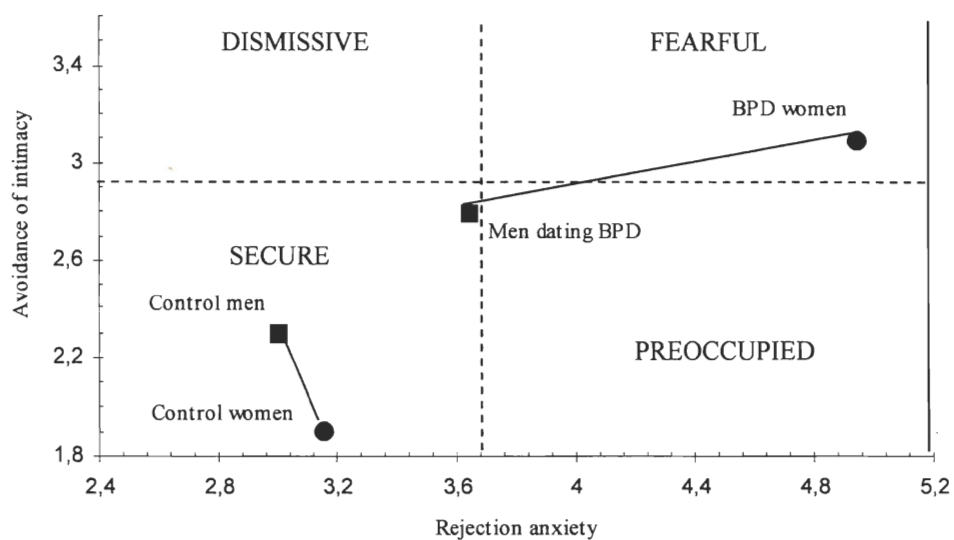


Figure 1. Mean scores for the two dimensions of attachment for control couples and couples where the woman has BPD.

* All differences are significant at $p < .05$ except for difference in rejection anxiety between control men and women ($t = 0.88$, $df = 34$, $p = n.s.$).

Bibliographie

- Asnaani, A., Chelminski, I., Young, D., & Zimmerman, M. (2007). Heterogeneity of Borderline Personality Disorder : Do the Number of Criteria Met Make a Difference? *Journal of Personality Disorders, 21*, 615-625.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & S. Wall. (1978). *Patterns of attachment : Assessed in the Strange Situation and at Home*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – Text Revised (4th ed.)*. Washington, DC : Author.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners : A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 126*, 651-680.
- Bardenstein, K. K., & McGlashan, T. H. (1988). The natural history of residentially treated borderline sample : Gender differences. *Journal of Personality Disorder, 3*, 69-83.
- Barr, C. S., Newman, T. K., Shannon, C., Parker, C., Dvoskin, R. L., Becker, M. L., et al. (2004). Rearing condition and rh5-HTTLPR interact influence limbic-hypothalamic-pituitary-adrenal axis response to stress in infant macaques. *Biological Psychiatry, 55*, 733-738.
- Beach, R. R. H., Sandeen, E. E., & O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage : A model for etiology and treatment*. New York : Guilford Press.
- Bélanger, C., Leduc, A. G., Fredman, S., El-Baalbaki, G., & Baucom, D. H. (2008). Couples et troubles anxieux: Évaluation et intervention. In J. Wright, Y. Lussier, & S. Sabourin, (Eds.), *Manuel clinique des psychothérapies de couple*. Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Benjamin, L. S., & Wonderlich, S. A. (1994). Social perceptions and borderline personality disorder : The relation to mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 610-624.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Skodol, A., Bezirgianian, S., & Brook, J. S. (1996). Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 153*, 907-913.
- Bion, W. (1965). *Transformations*. London: Heinemann.
- Bouchard, S., & Sabourin, S. (2006). *Couples relations of women with borderline personality disorder*. Presentation conducted at the seventh meeting of the International Society for the Study of Personality Disorder, Prague, Czech Republic.
- Bourgault-Côté, G. (2007, September 3). Le Québec, champion mondial de l'union libre. *Le Devoir*.
- Bradbury, T. N. (1995). Assessing the four fundamental domains of marriage. *Family relations : Journal of Applied and Child Studies, 44*, 459-468.
- Brassard, A., Shaver, P. R., & Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships : A dyadic approach. *Personal Relationships, 14*, 475-494.
- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1998). Attachment style and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perception of parental caregiving. *Journal of Personality, 66*, 835-878.
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression*. London : Tavistock.
- Brown, G. L., Ebert, M. H., Goyer, P. F., Jimerson, D. C., Klein, W. J., Bunney, W. E., & Goodwin, F. K. (1982). Aggression, suicide, and serotonin : Relationships to CSF amine metabolites. *American Journal of Psychiatry, 139*, 741-746.

- Cassidy J., & Berlin L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment : theory and research. *Child Development*, 65 (4), 971-91.
- Chambless, D. L., Fauerbach, J. A., Floy, F. J., Wilson, K. A., Remen, A. L., & Renneberg, B. (2002). Marital interaction of agoraphobic women : A controlled, behavioural observation study. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 502-512.
- Charitat, H., & Schmitt, L. (2002). Épidémiologie des troubles de la personnalité. In A. Féline, J.-D. Guelfi & P. Hardy (Eds.). *Les troubles de la personnalité*. Médecine-Sciences (pp. 123-134). Paris : Flammarion.
- Chen, H., Cohen, P., Johnson, J. G., Kasen, S., Sneed, J. R., & Crawford, T. N. (2004). Adolescent personality disorders and conflict with romantic partners during the transition to adulthood. *Journal of Personality Disorder*, 18, 507-525.
- Christensen, A., Eldridge, K., Catta-Prete, A. B., Lim, V. R., & Santagata, R. (2002). Cross-cultural consistency of the demand/withdraw interaction pattern in couples. *Journal of Marriage and Family*, 68, 1029-1044.
- Christensen, A., & Shenk, J. L. (1991). Communication, conflict, and psychological distance in nondistressed, clinic, and divorcing couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 458-463.
- Clarkin JF, Widiger TA, Frances A, Hurt S. W., & Gilmore M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 263-75.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments of borderline personality disorder : A multiwave study. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
- Cloninger, R.C., Svrakic, D.M., & Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of Temperament and Character. *Archives General Psychiatry*, 50, 977-991.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and the relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Côté, K., & Wright, J. (2003). Caractéristiques, évaluation et traitement des couples dont l'un des conjoints souffre de dépression. *Psychologie canadienne*, 44, 382-393.
- Crockenberg, S. (1987). Predictors and correlates of anger toward and punitive control of toddlers by adolescent mothers. *Child Development*, 58, 964-975.
- Dailey, S. E., Burge, C. H., & Hammen, C. (2000). Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women : Addressing issues of specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 451-460.
- Davis, K. E., & Kirkpatrick, L. A. (1991). Attachment style, gender, and relationship stability : A longitudinal analysis. Unpublished manuscript, University of South Carolina, Columbia
- Dulit, R. A., Fyer, M. R., Miller, F. T., Sacks, M. H., & Frances, A. J. (1993). Gender differences in sexual preference and substance abuse of inpatients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7, 182-185.
- Dutton, D. G. (1995). Intimate abusiveness. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 2, 207-224.
- Dutton, D. G. (2003). *The abusive personality : Violence and control in intimate relationships*. New York : Guilford Press.

- Dutton, D. G., Saunders, K., Starzomski, A., & Bartholomew, K. (1994). Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of Applied Social Psychology, 24*, 1367-1386.
- Dutton, D. G., & Starzomski, A. J. (1993). Borderline personality organisation in perpetrators of psychological and physical abuse. *Violence and Victims, 8*, 327-337.
- Fals-Stewart, W., & Birchler, G. R. (1998). Marital interactions of drug-abusing patients and their partners : Comparison with distressed couples and relationship to drug-abusing behaviors. *Psychology of Addictive Behaviours, 12*, 28-38.
- Feeney, J. A., & Noller, P. (2004). Attachment and sexuality in close relationships. In J. H. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 183-201). Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Fonagy, P. (1995). Playing with reality : The development of psychic reality and its malfunction in borderline patients. *International Journal of Psycho-Analysis, 76*, 39-44.
- Fonagy, P., Target, M., & Gergeley, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder : A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America, 23*, 103-122.
- Frank H., & Paris J. (1981). Recollections of family experience in borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 38*, 1031-1034.
- Fruzetti, A. E. (2006). *The high-conflict couple : A dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy, and validation*. Oakland, CA : New Harbinger Publications.
- Fruzetti, A. E., & Fruzetti, A. R. (2003). Borderline personality disorder. In D. K. Snyder & A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples : Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (pp. 235-260). New York : Guilford Press.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder : Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of general psychiatry, 63* (6), 649-658.
- Gillath, O., & Schachner, D. A. (2006). Sex and love : Goals, motives, and strategies : How do sexuality and attachment interact? In M. Mikulincer & G. S. Goodman (Eds.), *Dynamics of romantic love : Attachment, caregiving, and sex* (pp. 337-355). New York : Guilford Press.
- Goldstein, L. S. (2003). *Romantic relationships and borderline personality formation : A prospective longitudinal analysis*. Poster session presented at the annual meeting of the Society for Research in Child Development, Tampa, FL.
- Gottman, J. M. (1993). The role of conflict engagement, escalation, and avoidance in marital interaction : A longitudinal view of five types of couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 6-15.
- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Gunderson, J. G., & Hoffman, P. D. (2005). *Understanding and treating borderline personality disorder : a guide for professionals and families*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, J., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's Interpersonal Hypersensitivity Phenotype : A Gene-Environment-Developmental Model. *Journal of Personality Disorder, 22* (1), 22-41.

- Gutman, J., McDermut, W., Miller, I., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2006). Personality pathology and its relation to couple functioning. *Journal of clinical Psychology, 62* (10), 1275-1289.
- Hariri, A. R., & Holmes, A. (2006). Genetics of emotional regulation : the role of the serotonin transporter in neural function. *Trends in cognitive sciences, 10* (4), 182-191.
- Halford, W. K. (1999). *Australian couples in millennium three : A research and development agenda for marriage and relationship education*. p. 13. Brisbane : Department of Family and Community Services.
- Harvey, J. H., Wenzel, A., & Sprecher, S. (2004). *The handbook of sexuality in close relationships*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C., Egolf, B. P., & Russo, M. J. (1998). The relationship between early maltreatment and teenage parenthood. *Journal of Adolescence, 21*, 291-303.
- Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M., Fruzzetti, A. E., & Bruce, M. L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder : Correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process, 42*, 469-478.
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and Borderline Personality Disorder : A clinical perspective. *Attachment & Human Development, 6* (2), 181-190.
- Holtzworth-Munroe, A., & Meehan, J. C. (2002). Husband violence : Personality disorders among batterers. *Current Psychiatry Reports, 4*, 13-17.
- Hull, J. W., Clarkin, J. F., & Yeomans, F. (1993). Borderline personality and impulsive sexual behaviour. *Hospital & Community Psychiatry, 44*, 1000-1002.
- Hurlbert, D. F., Apt, C., & White, L. C. (1992). An empirical examination into the sexuality of women with borderline personality disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy, 18*, 231-242.
- Insel, T. R. (2004). *Is social attachment an addictive behaviour?* Center Behavioral Neuroscience, Emory University, Atlanta, GA, 79, 351-357.
- Jang, K. L., Livesley, W. J., Vernon, P. A., & Jackson, D. N. (1996). Heritability of personality disorder traits : A twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 94*, 438-444.
- Johnson, S. L., & Jacob, T. (1997). Marital interaction of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 916-926.
- Kendler KS. (1996). Parenting: a genetic-epidemiologic perspective. *The American Journal of Psychiatry, 153*, 11-20.
- Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders : Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT : Yale University Press.
- Kernberg, O. (1998). *Love relations : Normality and pathology*. New Haven : Yale University Press.
- Koch, A., & Ingram, T. (1985). The treatment of borderline personality disorder within a distressed relationship. *Journal of Marital and Family Therapy, 11*, 373-380.
- Labonté, E., & Paris, J. (1993). Life events in borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 38*, 638-640.
- Lachkar, J. (1992). *The narcissistic/borderline couple : A psychoanalytical perspective to marital conflict*. New York : Brunner/Mazel.

- Lachkar, J. (2004). *The narcissistic/borderline couple : New approaches to marital therapy*. New York : Brunner/Routledge.
- Lemelin, C., & Lussier, Y. (2002). *L'attachement amoureux et la violence conjugale chez les femmes adultes*. Poster session presented at the annual meeting of the Société Québécoise de Recherche en Psychologie, Trois-Rivières, QC, Canada.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F., & Levy, K. N. (2008). Refining the Borderline Personality Disorder Phenotype through Finite Mixture Modeling : Implications for Classification. *Journal of Personality Disorders, 22*, 313-331.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Weber, M., Reynoso, J., & Clarkin, J. F. (2005). Attachment and borderline personality disorder : Implications for psychotherapy. *Psychopathology, 38*, 64-74.
- Lewis, J. M. (1997). *Marriage as a source of healing : Theory, assessment, and therapy*. New York : Brunner/Mazel.
- Lewis, J. M. (1998). For better or for worst : Interpersonal relationships and individual outcome. *American Journal of Psychiatry, 155*, 582-589.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York : Guilford Press.
- Links, P. S., & Heslegrave, R. J. (2000). Prospective studies of outcome : Understanding mechanisms of change in patients with borderline disorder. *Psychiatric Clinic of North America, 23*, 137-150.
- Links, P. S., & Stockwell, M. (2001). Is couple therapy indicated for borderline personality disorder? *American Journal of Psychotherapy, 55*, 491-506.
- Lloyd, R. A., & Paulson, I. (1972). Projective identification in the marital relationship as a resistance in psychotherapy. *Marital Relationships, 27*, 410-413.
- Lyons-Ruth, K., Holmes, B. M., Sasvari-Szekely, M., Ronai, Z., Nemoda, Z., & Pauls, D. (2007). Serotonin transporter polymorphism associated with borderline and antisocial traits among low-income young adults. *Psychiatric Genetics, 17*, 339-343.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization : Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications* (pp. 524-554). New York : Guilford Press.
- Mathews, C., & Reus, V. I. (2001). Assortative mating in the affective disorders : A systematic review and meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry, 42*, 257-262.
- McCormack, C. C. (2000). *Treating borderline states in marriage : dealing with oppositionalism, ruthless aggression, and severe resistance*. The library of object relations. Northvale, New Jersey : Jason Aronson.
- Merikangas, K. R. (1982). Assortative mating for psychiatric disorders and psychological traits. *Archives of General Psychiatry, 39*, 1173-1180.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2005). An attachment model of personality disorder. In J. F. Clarkin & M. F. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder* (2nd ed., pp. 231-281). New York : Guilford Press.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P. A. (2001). *Sex differences in antisocial behavior*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.
- Neeleman, A. J. (2007). Seksualiteit als thema in de behandeling van mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis [The relevance of sexuality in the treatment of borderline personality]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie, 49*, 233-240.

- National Institute of Mental Health, Department of Health and Human Services, (2001). *Borderline personality disorder : Raising questions, finding answers*. Retrieved in 2008 from : <http://www.nimh.nih.gov/publicat/bpd.cfm>.
- Ni, X., Chan, K., Bulgin, N., Sicard, T., Bismil, R., McCain, S., & Kennedy, J. L. (2006). Association between serotonin transporter gene and borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry Research, 40*, 448-453.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 575-586.
- Oliver, M., Perry, S., & Cade, R. (2008). Couples therapy with borderline personality disordered individuals. *The Family Journal : Counselling and Therapy for Couples and Families, 16*, 67-72.
- Paris, J., & Braveman, S. (1995). Successful and unsuccessful marriages in borderline patients. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 23*, 152-166.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994). Psychological Risk Factors for Borderline Personality Disorder in Female Patients. *Comprehensive Psychiatry, 35*, 301.
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D. & Howard, R. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology, 6*, 375-388.
- Quinton, D., Rutter, M., & Liddle, C. (1984). Institutional rearing, parenting difficulties, and marital support. *Psychological Medicine, 14*, 107-124.
- Reich, J., Yates, W., & Nduaguba, M. (1989). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 24*, 12-16.
- Rose, A. M., & Strauss, M. A. (2006). Risk factors for physical violence between dating partners : Implications for gender-inclusive prevention and treatment of family violence. In J. Hamel & T. Nichols (Eds.), *Family approaches in domestic violence : A practitioner's guide to gender-inclusive research and treatment* (pp. 59-86). New York, New York : Springer.
- Sabo, A. N. (1997). Etiological significance of associations between childhood trauma and borderline personality disorder : Conceptual and clinical implications. *Journal of Personality Disorders, 11*, 50-70.
- Sack, A., Sperling, M. B., Fagen, G., & Foelsch, P. (1996). Attachment style, history, and behavioural contrasts for a borderline and normal sample. *Journal of Personality Disorders, 10*, 88-102.
- Schachner, D. A., & Shaver, P. R. (2004). Attachment dimensions and motives for sex. *Personal Relationships, 11*, 179-195.
- Scheirs, J. G. M., & Bok, S. (2007). Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder. *International Journal of Social Psychology, 53*, 195-203.
- Seeman, M. V., & Edwards-Evans, B. (1979). Marital therapy for borderline : Is it beneficial? *Journal of Clinical Psychiatry, 40*, 308-312.
- Segal, H. G., Westen, D., Lohr, N. E., Silk, K. R., & Cohen, R. (1992). Assessing object relations and social cognition in borderline personality disorders from stories told to the Picture Arrangement subtest of the WAIS-R. *Journal of Personality Disorders, 10*, 458-470.
- Smith, C. (1996). The link between childhood maltreatment and teenage pregnancy. *Social Work Research, 20*, 131-141.

- Snyder, D. K., & Whisman, M. A. (2003). *Treating difficult couples : Helping clients with coexisting mental and relationship disorders*. New York/London : Guilford Press.
- Sodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfuhl, B., Weiger, T. A., Lively, W. J., & Sievert, L. J. (2002). The borderline diagnosis, I : Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry, 51*, 936-950.
- Solomon, M. F. (1998). Treating narcissistic and borderline couples. In J. Carlson & L. Sperry (Eds.), *The Disordered Couple* (pp. 239-256). Bristol : Brunner/Mazel.
- Sondik, E. J. (2006). Births, marriages, divorces, and deaths : Provisional data for 2005. *National Vital Statistic Report, 54* (20), 1-7.
- Stock, J. L., Bell, M. A., Boyer, D. K., & Connell, F. A. (1997). Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Family Planning Perspective, 29*, 200-227.
- Stone, M. H. (1985). Disturbances in sex and love in borderline patients. In Z. deFries, R. C. Friedman, & R. Corn (Eds.), *Sexuality New Perspectives* (pp. 159-186). Westport/London : Greenwood Press.
- Stone, M. H. (1990). *The Fate of Borderline Patients*. New York : Guilford Press.
- Straus, M. A. (1999). The controversy over domestic violence by women : A methodological, theoretical, and sociology of science analysis. In X. Arriaga & S. Oskamp (Eds.), *Violence in intimate relationships* (pp. 17-44). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Straus, M. A. (2005). Women's violence toward men is a serious social problem. In D.R. Loseke, R.J. Gelles, & M.M. Cavanaugh (Eds.), *Current controversies on family violence* (2nd ed., pp. 55-77). Thousand Oaks : Sage Publications.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Windfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorder, 4*, 257-272.
- Torgensen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K., & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 41*, 416-425.
- Truant, G. S. (1994). Personality diagnosis and childhood care associated with adult marital quality. *Canadian Journal of Psychiatry, 39*, 269-276.
- Trull, T. J. (1995). Borderline personality disorder features in nonclinical young adults : Identification and validation. *Psychological Assessment, 7*, 33-41.
- Trull, T. J., Usuda, J. D., Conforti, K., & Doan, B. T. (1997). Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: 2. Two-year outcome. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 307-314.
- Tweed, R. G., & Dutton, D. G. (1998). A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence & Victims, 13*, 217-230.
- Van der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma : Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America, 12*, 389-411.
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood : Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*, 225-249.
- Waldo, M., & Harman, M. J. (1998). Borderline personality disorder and relationship enhancement marital therapy. In J. Carlson & L. Sperry (Eds.) *The Disordered Couple* (pp. 285-298). Bristol, PA : Brunner/Mazel.

- Weddige, R. L. (1986). The hidden psychotherapeutic dilemma : Spouse of the borderline. *American Journal of Psychotherapy*, 40, 52-61.
- Westen, D. (1991). Social cognition and object relations. *Psychological Bulletin*, 109, 429-455.
- Whisman, M. A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders : Results from the national comorbidity survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 701-706.
- Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships : Does type of relationship matter? *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 177-186.
- Whisman, M. A., Tolejko, N., & Chatav, Y. (2008). Social consequences of personality disorders : Probability and timing of marriage and probability of marital disruption. *Journal of Personality Disorders*, 21, 690-695.
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2003). Comorbidity of relationship distress and mental and physical health problems. In D. K. Snyder & M. A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples : Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (pp. 3-26). New York : Guilford Press.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Weinstock, L. M. (2004). Psychopathology and Marital Satisfaction : The Importance of Evaluating Both Partners. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72, 830-838.
- Widiger, T. A., & Frances, A. (1989). Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder : Perspective for psychology. In A. Tasman, R. E. Hales, & A. J. Frances (Eds.), *Review of Psychiatry* (pp. 9-24). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Widiger, T. A., Sanderson C. J. (1995). Towards a dimensional model of personality disorders in DSM-IV and DSM-V. In: Livesley WJ, editor. *The DSM-IV Personality Disorders*. New York : Guilford.
- Widom, C. S., & Kuhns, J. B. (1996). Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution, and teenage pregnancy : A prospective study. *American Journal of Public Health*, 86, 1607-1612.
- William, D. O. (1996). Marital therapy and gender-linked factors in communication. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22, 87-101.
- Wyatt, G. E. (1991). Child sexual abuse and its effects on sexual functioning. *Annual Review of Sex Research*, 2, 249-266.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy : A practitioner's guide*. New York : Guilford Press.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2008). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality disorder*, 21, 518-535.
- Zanarini, M. C., Frankenburg F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality disorders*, 11, 93-104.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, R. K. (2005). The McLean study of adult development (MSAD) : Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorder*, 19, 19-29.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Haynes, M. C., & Gunderson, J. G. (1999). Violence in the lives of adult borderline patients. *Journal of nervous and mental diseases*, 187, 65-71.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Yong, L., Raviola, G., Bradford Reich, D., Hennen, J., et al. (2004). Borderline Psychopathology in the First-Degree Relatives of

- Borderline and Axis II Comparison Probands. *Journal of Personality Disorders*, 18, 439-447.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 18-25.
- Zanarini, M., Parachini, E., Frankenburg, F., Holman, J., Hennen, J., Reich, D., & Silk, K. (2003). Sexual relationship difficulties among borderline patients and axis II comparison subjects. *Journal of Nervous Mental Disease*, 191, 479-482.
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 190, 381-387.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245.
- Zimmerman, M., & Coryell, W. H. (1990). Diagnosing personality disorders in the community: A comparison of self report and interview measures. *Archives of General Psychiatry*, 47, 527-531.
- Zubenko, G. S., George, A. W., Soloff, P. H., & Schulz, P. (1987). Sexual practices among patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 748-752.

ANNEXE A : Formulaire de consentement éclairé

À l'intention de la personne en traitement

Informations aux participants et formulaire de consentement

Titre du projet

Troubles psychologiques et relationnels au sein de couples où l'un des partenaires présente un trouble de la personnalité limite (TPL)

But de l'étude

La santé mentale et la détresse psychologique sont intimement associées à la qualité et à la stabilité des relations amoureuses. Le TPL est un trouble grave de santé mentale et les personnes présentant ce type de trouble sont à haut risque d'avoir des difficultés conjugales. La présence de détresse conjugale chez les couples dont un membre présente un TPL et la nature exacte de leurs difficultés conjugales sont encore méconnues. L'objectif général de cette recherche consiste à évaluer les caractéristiques psychologiques des personnes au sein de ces couples et d'évaluer leur fonctionnement conjugal. Ce projet de recherche s'inscrit dans un courant d'importance grandissante soulignant la nécessité de mieux connaître le type de relation de couple des personnes présentant un TPL afin d'optimiser l'efficacité des traitements offerts à cette clientèle.

Responsables du projet

Cette recherche se fait en collaboration avec l'Université Laval et le Centre hospitalier Robert-Giffard. Elle s'inscrit dans le projet de thèse de doctorat de Sébastien Bouchard, psychologue et étudiant au doctorat sous la direction de Stéphane Sabourin, Ph.D., professeur à l'École de psychologie de l'Université Laval. Sébastien Bouchard est le responsable principal de cette recherche. Ce projet se fait sous la direction médicale du Dr Évens Villeneuve et la supervision de Sophie Lemelin, Ph.D., responsable de la recherche à la Clinique le Faubourg Saint-Jean.

Objectifs de la recherche

- Évaluer la présence ou l'absence de détresse conjugale au sein de votre couple.
- Évaluer la détresse psychologique et la personnalité de chacun des membres de votre couple.
- Aider à mieux comprendre les facteurs comportementaux et psychologiques liés aux problèmes de couple que rencontrent certaines personnes présentant un trouble de personnalité limite.

Déroulement de l'étude

Si vous acceptez de participer à cette recherche, nous vous demanderons de participer aux trois tâches suivantes :

1. Compléter à la maison des auto-questionnaires (une tâche d'environ 40 minutes) qui vous seront envoyés par la poste 2 semaines avant l'entrevue clinique.
2. Participer à une entrevue clinique d'une durée d'environ 35 minutes où des questions vous seront posées sur différents thèmes : loisirs, relations interpersonnelles, estime de soi, etc. L'entrevue se déroulera à la clinique Le Faubourg Saint-Jean, 175 rue Saint-Jean, 3^e étage.
3. Enfin, le jour de l'entrevue clinique de vous et de votre conjoint(e), participer à une mise en situation qui sera enregistrée sur cassette vidéo et conservée de façon confidentielle comme toutes les données recueillies dans le cadre de cette étude. Devant caméra, vous devrez discuter d'un point de désaccord ou d'un projet commun avec votre conjoint(e). Cette mise en situation dure environ 15 minutes et se fait sous la supervision du responsable de cette recherche, M. Sébastien Bouchard, psychologue.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Entente relative à votre participation à l'étude sur les couples et le trouble de personnalité limite

Confidentialité

- Je comprends que toutes les données sont traitées de façon strictement confidentielle. Mon nom n'apparaît sur aucun document scientifique. Toutes les données sont dénominalisées et seront analysées à l'Université Laval au Laboratoire de recherche et d'intervention sur le couple (LRIC). Les questionnaires sont conservés à la Clinique Le Faubourg Saint-Jean dans un classeur verrouillé qui se trouve dans un local fermé à clé. Les questionnaires et les bandes vidéos sont conservés pour une période maximale de 15 ans après quoi, elles seront détruites.

Bénéfices et risques

- Ma participation à cette recherche comporte certains risques. Ainsi, lors de la mise en situation où je devrai discuter d'un point de mésentente avec mon conjoint(e), il est possible que cette confrontation puisse avoir un impact négatif sur ma relation de couple. S'il y a lieu, le psychologue responsable de l'étude me fournira le support dont j'ai besoin. Quant aux bénéfices personnels associés à ma participation à l'étude, ils peuvent se traduire en une meilleure connaissance de soi. Mon implication dans cette recherche contribuera également à l'avancement des connaissances et à la possibilité de raffiner les interventions auprès des personnes présentant un trouble de personnalité limite.

Retrait de l'étude

- Ma participation à cette étude est totalement volontaire. Mon refus de participer ou ma décision de me retirer à n'importe quel moment durant l'étude n'impliquera aucune pénalité ou perte de bénéfices de quelque nature que ce soit et je pourrai continuer à recevoir les soins médicaux que mon état requiert.

Dédommagement

- Un dédommagement monétaire de 25 \$ me sera versé pour couvrir une partie des frais de déplacement et de perte de temps de travail, à la fin de ma participation.

Personnes ressources

- Je suis libre de poser des questions au responsable de cette recherche, Sébastien Bouchard, psychologue à la Clinique Le Faubourg Saint-Jean, (418) 648-6166 poste 334.
- Si j'ai des questions concernant mes droits, je peux communiquer avec Monsieur Pierre Maxime Bélanger, président du comité d'éthique au Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard au (418) 663-5000, poste 4736. Advenant la nécessité de loger une plainte, je peux me référer à Madame Nicole Gagnon, commissaire locale à la qualité des services au Centre hospitalier Robert-Giffard au (418) 663-5555.

Je, _____ déclare avoir pleinement pris connaissance et compris le présent document dont j'ai reçu copie. J'ai eu l'opportunité d'obtenir des réponses à toutes mes questions concernant l'utilisation des données pour fins de recherche. J'accepte de participer à une mise en situation enregistrée sur cassette vidéo. Je comprend également que je suis libre d'accepter ou non de participer à l'étude portant sur les couples et le trouble de personnalité limite. Si je refuse d'y participer, je ne subirai aucun préjudice et les services auxquels j'ai droit seront maintenus.

Signature du participant

Date

Signature du chercheur

Date

Signature du responsable médical

Date

**ANNEXE B : Extrait du SCID-II, section trouble de la
personnalité limite (items 90 à 104)**

QUESTIONNAIRE SCID - II

À UTILISER AVEC L'ENTREVUE DIAGNOSTIQUE ET CLINIQUE SEMI-STRUCTURÉE POUR
LES TROUBLES DE L'AXE II

American Psychiatric Association, 1997
Copyright ©

Michael B. First M.D.
Robert L. Spitzer, M.D.
Miriam Gibbon, M.S.W.
Janet B.W Williams, D.S.W.
Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry, New York, New York

Lorna Smith Benjamin, Ph.D.
Department of Psychology
University of Utah
Salt Lake City, Utah

Traduction et adaptation pour le Québec par :
Olivier Pelletier, M.Ps.
École de psychologie
Université Laval, Québec, Canada
Boursier des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC)

Nous remercions grandement les membres du Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du (CQEPTJ) de l'Université Laval et les intervenants du Centre Domrémey Mauricie/Centre-du-Québec pour leur aide la traduction et l'adaptation de l'instrument, ainsi que les IRSC pour leur support.

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Vos initiales : _ _ _ La date d'aujourd'hui : _____
mois jour année
PQ1

Étude n°..... PQ2
Identité n°..... PQ3

(à compléter par l'équipe réalisant l'étude)

Questionnaire SCID - II

- | | | |
|---|---------|------|
| 79. Est-il très important pour vous que les gens vous prêtent attention ou vous admirent d'une façon ou d'une autre ? | NON OUI | PQ82 |
| 80. Pensez-vous qu'il n'est pas nécessaire de suivre certaines règles ou certaines conventions sociales lorsqu'elles se mettent en travers de votre chemin ? | NON OUI | PQ83 |
| 81. Avez-vous le sentiment que vous êtes le genre de personne qui mérite un traitement spécial ? | NON OUI | PQ84 |
| 82. Trouvez-vous qu'il est souvent nécessaire de marcher sur les pieds des autres pour obtenir ce que vous voulez ? | NON OUI | PQ85 |
| 83. Vous arrive-t-il souvent de placer vos désirs au-dessus de ceux des autres ? | NON OUI | PQ86 |
| 84. Vous attendez-vous souvent à ce que les autres fassent ce que vous leur demandez, sans poser de questions, en raison de qui vous êtes ? | NON OUI | PQ87 |
| 85. Êtes-vous réellement inintéressé(e) par les problèmes ou les sentiments des autres ? | NON OUI | PQ88 |
| 86. Les autres se sont-ils déjà plaints que vous ne les écoutiez pas ou que vous ne vous préoccupiez pas de leurs sentiments ? | NON OUI | PQ89 |
| 87. Êtes-vous souvent envieux(se) des autres ? | NON OUI | PQ90 |
| 88. Avez-vous souvent le sentiment que les autres vous envient ? | NON OUI | PQ91 |
| 89. Trouvez-vous qu'il n'y a que très peu de gens qui méritent votre temps et votre attention ? | NON OUI | PQ92 |
| 90. Vous êtes-vous souvent emporté(e) de manière frénétique lorsque vous pensiez qu'une personne que vous appréciez réellement était sur le point de vous quitter ? | NON OUI | PQ93 |

Questionnaire SCID - II

91. Est-ce que vos relations avec les personnes que vous appréciez vraiment connaissent beaucoup de hauts et de bas extrêmes?	NON OUI	PQ94
92. Avez-vous brusquement changé votre perception de vous-même et ce que vous comptiez accomplir dans votre vie ?	NON OUI	PQ95
93. Est-ce que l'image de vous-même change souvent dramatiquement ?	NON OUI	PQ96
94. Êtes-vous si différent en fonction des personnes ou dans des situations que vous ne savez parfois plus qui vous êtes réellement ?	NON OUI	PQ97
95. Y a-t-il eu beaucoup de changements soudains dans vos objectifs, vos projets de carrière, vos convictions religieuses et autres ?	NON OUI	PQ98
96. Avez-vous souvent fait des choses de manière impulsive ?	NON OUI	PQ99
97. Avez-vous tenté de vous faire du mal ou de vous suicider ou avez-vous menacé de le faire ?	NON OUI	PQ100
98. Vous êtes-vous déjà intentionnellement coupé(e), brûlé(e) ou écorché(e) ?	NON OUI	PQ101
99. Avez-vous de nombreux changements soudains d'humeur ?	NON OUI	PQ102
100. Vous sentez-vous souvent vide de l'intérieur ?	NON OUI	PQ103
101. Avez-vous souvent des crises de colère ou vous mettez-vous tellement en colère que vous perdez le contrôle de vous-même ?	NON OUI	PQ104
102. Frappez-vous les gens ou jetez-vous des objets lorsque vous vous mettez en colère ?	NON OUI	PQ105
103. Est-ce que même de petites choses peuvent vous mettre très en colère ?		PQ106

Questionnaire SCID - II

- | | | |
|--|---------|-------|
| 104. En situation de stress, devenez-vous soupçonneux(se) à l'égard des autres ou vous sentez-vous particulièrement déconnecté(e) de la réalité? | NON OUI | PQ107 |
| 105. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous brutalisé ou menacé d'autres enfants ? | NON OUI | PQ108 |
| 106. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous déclenché des bagarres? | NON OUI | PQ109 |
| 107. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous blessé ou menacé quelqu'un avec une arme comme un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu ? | NON OUI | PQ110 |
| 108. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous délibérément torturé ou causé de la douleur physique ou de la souffrance à quelqu'un ? | NON OUI | PQ111 |
| 109. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous intentionnellement torturé ou blessé des animaux ? | NON OUI | PQ112 |
| 110. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous volé, agressé ou obtenu quelque chose de force en menaçant une personne ? | NON OUI | PQ113 |
| 111. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous forcé quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec vous, à se déshabiller devant vous ou à vous toucher sexuellement ? | NON OUI | PQ114 |
| 112. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous déclenché des incendies ? | NON OUI | PQ115 |
| 113. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous délibérément endommagé des choses qui n'étaient pas à vous ? | NON OUI | PQ116 |
| 114. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous entré par effraction dans une maison, d'autres bâtiments ou une voiture ? | NON OUI | PQ117 |
| 115. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous beaucoup menti ou «arnaqué» les autres ? | NON OUI | PQ118 |

SCID-II
Feuille de cotation

Code numérique : _____

Clinicien(ne) : _____

Date : _____

Question 1. ? 1 2 3
Question 2. ? 1 2 3
Question 3. ? 1 2 3
Question 4. ? 1 2 3
Question 5. ? 1 2 3
Question 6. ? 1 2 3
Question 7. ? 1 2 3

Personnalité évitante 1 2 3
(au moins 4 critères)

Question 8. ? 1 2 3
Question 9. ? 1 2 3
Question 10. ? 1 2 3
Question 11. ? 1 2 3
Question 12. ? 1 2 3
Question 13. ? 1 2 3
Question 14. ? 1 2 3
Question 15. ? 1 2 3

Personnalité dépendante 1 2 3
(au moins 5 critères)

Question 16. ? 1 2 3
Question 17. ? 1 2 3
Question 18. ? 1 2 3
Question 19. ? 1 2 3
Question 20. ? 1 2 3
Question 21. ? 1 2 3
Question 22. ? 1 2 3
Questions 23, 24. ? 1 2 3

Pers. obsessionnelle-compulsive 1 2 3
(au moins 4 critères)

Questions 25, 26. ? 1 2 3
Question 27. ? 1 2 3
Question 28. ? 1 2 3
Question 29. ? 1 2 3
Question 30. ? 1 2 3
Question 31. ? 1 2 3
Question 32. ? 1 2 3

Personnalité passive-agressive 1 2 3
(au moins 4 critères)

Question 33. ? 1 2 3
Question 34. ? 1 2 3
Question 35. ? 1 2 3
Question 36. ? 1 2 3
Questions 37, 38. ? 1 2 3
Question 39. ? 1 2 3
Question 40. ? 1 2 3

Personnalité dépressive 1 2 3
(au moins 5 critères)

Question 41. ? 1 2 3
Question 42. ? 1 2 3
Question 43. ? 1 2 3
Question 44. ? 1 2 3
Questions 45, 46. ? 1 2 3
Question 47. ? 1 2 3
Question 48. ? 1 2 3

Personnalité paranoïaque 1 2 3
(au moins 4 critères)

Questions 49, 50, 51. ? 1 2 3
Questions 52, 53, 54. ? 1 2 3
Questions 55, 56, 57. ? 1 2 3
Critère (4) ? 1 2 3
Critère (5) ? 1 2 3
Critère (6) ? 1 2 3
Critère (7) ? 1 2 3
Question 58. ? 1 2 3
Question 59. ? 1 2 3

Personnalité schizotypique 1 2 3
(au moins 5 critères)

Question 60. ? 1 2 3
Question 61. ? 1 2 3
Question 62. ? 1 2 3
Question 63. ? 1 2 3
Question 58. * ? 1 2 3
Question 64. ? 1 2 3
Question 65. ? 1 2 3

Personnalité schizoïde 1 2 3
(au moins 4 critères)

Question 66. ? 1 2 3
Questions 67, 68. ? 1 2 3
Critère (3) ? 1 2 3
Question 69. ? 1 2 3
Critère (5) ? 1 2 3
Question 70. ? 1 2 3
Question 71. ? 1 2 3
Question 72. ? 1 2 3

Pers. Histrionique 1 2 3
(au moins 5 critères)

Questions 73, 74. ? 1 2 3
Questions 75, 76. ? 1 2 3
Questions 77, 78. ? 1 2 3
Question 79. ? 1 2 3
Questions 80, 81. ? 1 2 3
Questions 82, 83, 84. ? 1 2 3
Questions 85, 86. ? 1 2 3
Questions 87, 88. ? 1 2 3
Question 89. ? 1 2 3

Pers. Narcissique 1 2 3
(au moins 5 critères)

Question 90. ? 1 2 3
Question 91. ? 1 2 3
Q. 92, 93, 94, 95. ? 1 2 3
Question 96. ? 1 2 3
Questions 97, 98. ? 1 2 3
Question 99. ? 1 2 3
Question 100. ? 1 2 3
Q. 101, 102, 103. ? 1 2 3
Question 104. ? 1 2 3

Pers. État-limite 1 2 3
(au moins 5 critères)

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
Question 111. ? 1 2 3
Question 112. ? 1 2 3
Question 113. ? 1 2 3
Question 114. ? 1 2 3
Question 115. ? 1 2 3
Question 116. ? 1 2 3
Question 117. ? 1 2 3
Question 118. ? 1 2 3
Question 119. ? 1 2 3

Critère A 1 3
(au moins 2 critères)

Si moins de 2 critères, fin de l'entrevue

Question 120. ? 1 2 3
Question 121. ? 1 2 3
Question 122. ? 1 2 3
Question 123. ? 1 2 3
Question 124. ? 1 2 3
Question 125. ? 1 2 3
Question 126. ? 1 2 3

Critère B 1 3
(au moins 3 critères)

Pers. Antisociale 1 3
(critères A et B)

Personnalité non-spécifiée 1 3

ANNEXE C : Experiences in Close Relationships Questionnaire

SECTION C

QUESTIONNAIRE SUR LES EXPÉRIENCES AMOUREUSES

Consigne : Les énoncés suivants se rapportent à comment vous vous sentez à l'intérieur de vos relations amoureuses. Nous nous intéressons à la manière dont vous vivez généralement ces relations et non seulement à ce que vous vivez dans votre relation actuelle. Répondez à chacun des énoncés en indiquant jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord. Inscrivez le chiffre correspondant à votre choix dans l'espace réservé à cet effet selon l'échelle suivante :

Fortement en désaccord		Neutre / partagé			Fortement en accord	
1	2	3	4	5	6	7

- C1. _____ Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à ma partenaire.
- C2. _____ Je m'inquiète à l'idée d'être abandonné.
- C3. _____ Je me sens très à l'aise lorsque je suis près de ma partenaire amoureuse.
- C4. _____ Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations.
- C5. _____ Dès que ma partenaire se rapproche de moi, je sens que je m'en éloigne.
- C6. _____ J'ai peur que mes partenaires amoureuses ne soient pas autant attachées à moi que je le suis à elles.
- C7. _____ Je deviens mal à l'aise lorsque ma partenaire amoureuse veut être très près de moi.
- C8. _____ Je m'inquiète pas mal à l'idée de perdre ma partenaire.
- C9. _____ Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à ma partenaire.
- C10. _____ Je souhaite souvent que les sentiments de ma partenaire envers moi soient aussi forts que les miens envers elle.
- C11. _____ Je veux me rapprocher de ma partenaire, mais je ne cesse de m'éloigner.
- C12. _____ Je cherche souvent à me fondre entièrement avec mes partenaires amoureuses et ceci les fait parfois fuir.
- C13. _____ Je deviens nerveux lorsque mes partenaires se rapprochent trop de moi.
- C14. _____ Je m'inquiète à l'idée de me retrouver seul.
- C15. _____ Je me sens à l'aise de partager mes pensées intimes et mes sentiments avec ma partenaire.
- C16. _____ Mon désir d'être très près des gens les fait fuir parfois.
- C17. _____ J'essaie d'éviter d'être trop près de ma partenaire.
- C18. _____ J'ai un grand besoin que ma partenaire me rassure de son amour.
- C19. _____ Il m'est relativement facile de me rapprocher de ma partenaire.

Fortement en désaccord			Neutre / partagé				Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7	

- C20. _____ Parfois, je sens que je force mes partenaires à me manifester davantage leurs sentiments et leur engagement.
- C21. _____ Je me permets difficilement de compter sur mes partenaires amoureuses.
- C22. _____ Il ne m'arrive pas souvent de m'inquiéter d'être abandonné.
- C23. _____ Je préfère ne pas être trop près de mes partenaires amoureuses.
- C24. _____ Lorsque je n'arrive pas à faire en sorte que ma partenaire s'intéresse à moi, je deviens peiné ou fâché.
- C25. _____ Je dis à peu près tout à ma partenaire.
- C26. _____ Je trouve que mes partenaires ne veulent pas se rapprocher de moi autant que je le voudrais.
- C27. _____ Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec ma partenaire.
- C28. _____ Lorsque je ne vis pas une relation amoureuse, je me sens quelque peu anxieux et insécure.
- C29. _____ Je me sens à l'aise de compter sur mes partenaires amoureuses.
- C30. _____ Je deviens frustré lorsque ma partenaire n'est pas là aussi souvent que je le voudrais.
- C31. _____ Cela ne me dérange pas de demander du réconfort, des conseils ou de l'aide à mes partenaires amoureuses.
- C32. _____ Je deviens frustré si mes partenaires amoureuses ne sont pas là quand j'ai besoin d'elles.
- C33. _____ Cela m'aide de me tourner vers ma partenaire quand j'en ai besoin.
- C34. _____ Lorsque mes partenaires amoureuses me désapprouvent, je me sens vraiment mal vis-à-vis moi-même.
- C35. _____ Je me tourne vers ma partenaire pour différentes raisons, entre autres pour avoir du réconfort et pour me faire rassurer.
- C36. _____ Je suis contrarié lorsque ma partenaire passe du temps loin de moi.

ANNEXE D : Conflict Tactic Scale

CTS2 abrégé

Même si un couple s'entend très bien, il peut arriver que les conjoints aient des différends, qu'ils se contrarient, qu'ils aient des attentes différentes ou qu'ils aient des prises de bec ou des disputes simplement parce qu'ils sont de mauvaise humeur, fatigués ou pour une autre raison. Ils utilisent également de nombreux moyens pour essayer de résoudre leurs conflits. Vous trouverez ci-dessous une liste de moyens qui peuvent avoir été utilisés lorsque vous et votre conjoint(e) étiez en désaccord. Encerclez le nombre de fois que vous avez utilisé ces moyens et combien de fois votre partenaire les a utilisés au cours de la dernière année. Si vous ou votre partenaire n'avez pas utilisés ces moyens au cours de la dernière année, mais que vous les avez déjà utilisés, encerclez le chiffre 7.

0 = Ceci n'est jamais arrivé	4 = 6 à 10 fois dans la dernière année
1 = 1 fois dans la dernière année	5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année
2 = 2 fois dans la dernière année	6 = + de 20 fois au cours de la dernière année
3 = 3 à 5 fois dans la dernière année	7 = pas au cours de la dernière année, mais c'est déjà arrivé

1. J'ai brisé un objet appartenant à mon(ma) partenaire par exprès.	0 1 2 3 4 5 6 7
2. Mon(ma) partenaire a brisé un objet m'appartenant par exprès.	1 2 3 4 5 6 7
3. J'ai lancé un objet à mon(ma) partenaire qui aurait pu le(la) blesser ou qui la blessé.	0 1 2 3 4 5 6 7
4. Mon(ma) partenaire m'a lancé un objet qui aurait pu me blesser ou qui m'a blessé.	0 1 2 3 4 5 6 7
5. J'ai insulté, ou sacré contre mon(ma) partenaire.	0 1 2 3 4 5 6 7
6. Mon(ma) partenaire m'a insulté, ou a sacré contre moi	0 1 2 3 4 5 6 7
7. J'ai critiqué méchamment mon(ma) partenaire sur son apparence physique.	0 1 2 3 4 5 6 7
8. Mon(ma) partenaire m'a critiqué méchamment sur mon apparence physique.	0 1 2 3 4 5 6 7
9. J'ai crié ou hurlé après mon(ma) partenaire.	0 1 2 3 4 5 6 7
10. Mon(ma) partenaire a crié ou hurlé après moi.	0 1 2 3 4 5 6 7
11. J'ai menacé mon(ma) partenaire de le(la) frapper ou de lancer un objet sur lui(elle).	0 1 2 3 4 5 6 7
12. Mon(ma) partenaire a menacé de me frapper ou de lancer un objet sur moi.	0 1 2 3 4 5 6 7
13. J'ai poussé ou bousculé mon(ma) partenaire.	0 1 2 3 4 5 6 7
14. Mon(ma) partenaire m'a poussé ou bousculé.	0 1 2 3 4 5 6 7
15. J'ai fait quelque chose pour contrarier mon(ma) partenaire.	0 1 2 3 4 5 6 7
16. Mon(ma) partenaire a fait quelque chose pour me contrarier.	0 1 2 3 4 5 6 7

0 = Ceci n'est jamais arrivé	4 = 6 à 10 fois dans la dernière année.
1 = 1 fois dans la dernière année	5 = 11 à 20 fois au cours de la dernière année
2 = 2 fois dans la dernière année	6 = + de 20 fois au cours de la dernière année
3 = 3 à 5 fois dans la dernière année	7 = pas au cours de la dernière année, mais c'est déjà arrivé

17. J'ai donné un claque à mon(ma) partenaire.	0	1	2	3	4	5	6	7
18. Mon(ma) partenaire m'a donné une claque.	0	1	2	3	4	5	6	7
19. J'ai donné un coup de pied à mon(ma) partenaire.	0	1	2	3	4	5	6	7
20. Mon(ma) partenaire m'a donné un coup de pied	0	1	2	3	4	5	6	7
21. J'ai donné un coup de poing à mon(ma) partenaire ou je l'ai frappé avec un objet qui pouvait le(la) blesser.	0	1	2	3	4	5	6	7
22. Mon(ma) partenaire m'a donné un coup de poing ou m'a frappé avec un objet qui pouvait me blesser.	0	1	2	3	4	5	6	7
23. J'ai menacé mon(ma) partenaire avec un couteau ou une arme.	0	1	2	3	4	5	6	7
24. Mon(ma) partenaire m'a menacé avec un couteau ou une arme.	0	1	2	3	4	5	6	7

ANNEXE E : Communication Pattern Questionnaire

SECTION I

QUESTIONNAIRE SUR LA COMMUNICATION

Consigne : Veuillez indiquer comment votre conjoint et vous réagissez lorsque vous rencontrez des problèmes dans votre relation conjugale. En utilisant l'échelle de 1 (très improbable) à 9 (très probable), encerclez le chiffre qui correspond le plus à votre réponse.

A. LORSQU'UN PROBLÈME SURVIENT DANS NOTRE RELATION...

	Très improbable									Très probable								
I1.	Nous évitons tous les deux d'en discuter.																	
I2.	Nous essayons tous les deux d'en parler.																	
I3.	Mon conjoint commence la discussion alors que j'essaie de l'éviter.																	
I4.	Je commence la discussion alors que mon conjoint essaie de l'éviter.																	

B. AU COURS D'UNE DISCUSSION TOUCHANT UN PROBLÈME DE NOTRE RELATION...

	Très improbable									Très probable								
I5.	Chacun de nous exprime ses sentiments à l'autre.																	
I6.	Chacun de nous blâme, accuse et critique l'autre.																	
I7.	Chacun de nous suggère des solutions et des façons de s'entendre.																	
I8.	Mon conjoint se montre insistant et fait des demandes alors que je me retire, je me tais ou je refuse de continuer la discussion.																	
I9.	Je me montre insistante et je fais des demandes alors que mon conjoint se retire, se tait ou refuse de continuer la discussion.																	
I10.	Mon conjoint me fait des reproches alors que je me défends.																	
I11.	Je fais des reproches à mon conjoint, alors qu'il se défend.																	

© Christensen (1987). Traduit et adapté par Yvan Lussier, Ph.D. (1995).

ANNEXE F : Psychiatric Symptom Inventory

SECTION D

BIEN-ÊTRE PERSONNEL

Consigne : Lisez attentivement chaque phrase et encerclez le chiffre qui décrit le mieux votre état au cours des sept derniers jours.

	Très souvent	Assez souvent	De temps en temps	Jamais
D1. Vous êtes-vous sentie désespérée en pensant à l'avenir?	1	2	3	4
D2. Vous êtes-vous sentie seule?	1	2	3	4
D3. Avez-vous eu des blancs de mémoire?	1	2	3	4
D4. Vous êtes-vous sentie découragée ou avez-vous eu les "bleus"?	1	2	3	4
D5. Vous êtes-vous sentie tendue ou sous pression?	1	2	3	4
D6. Vous êtes-vous laissée emporter contre quelqu'un ou quelque chose?	1	2	3	4
D7. Vous êtes-vous sentie ennuyée ou peu intéressée par les choses?	1	2	3	4
D8. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?	1	2	3	4
D9. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?	1	2	3	4
D10. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous sentie sur le point de pleurer?	1	2	3	4
D11. Vous êtes-vous sentie agitée ou nerveuse intérieurement?	1	2	3	4
D12. Vous êtes-vous sentie négative envers les autres?	1	2	3	4
D13. Vous êtes-vous sentie facilement contrariée ou irritée?	1	2	3	4
D14. Vous êtes-vous fâchée pour des choses sans importance?	1	2	3	4

ANNEXE G : Sexual Activities and Attitudes Questionnaire

QUESTIONNAIRE D'ACTIVITÉS ET D'ATTITUDES À L'ÉGARD DE LA SEXUALITÉ

Version abrégée

(Godbout, Bouchard & Sabourin, 2005 ; inspiré de Noll, Tricket et Putnam, 2003)

Ce questionnaire porte sur vos attitudes et vos sentiments face au sexe et à vos comportements sexuels. Certaines personnes comme vous ont vécues ces expériences ou ont eu ces pensées et d'autres non. Vos réponses sont strictement confidentielles et ne seront pas révélés à votre conjoint.

Section # 1

Pour chaque question, encerclez la réponse qui représente le mieux comment VOUS vous êtes senti ou ce que VOUS avez fait dans la dernière année.

<i>Jamais</i>	<i>1 à 5 fois dans l'année</i>	<i>1 fois par mois</i>	<i>1 fois par semaine</i>	<i>1 fois par jour</i>	<i>plus d'une fois par jour</i>
1	2	3	4	5	6

Durant la dernière année...

1.	Avez-vous embrassé votre conjoint(e) de façon romantique ?	1	2	3	4	5	6
2.	Avez-vous caressé <i>sous</i> ses vêtements les parties génitales de votre conjoint(e) ?	1	2	3	4	5	6
3.	Votre conjoint(e) a-t-il déjà caressé vos parties génitales <i>sous</i> vos vêtements ?	1	2	3	4	5	6
4.	Votre conjoint(e) a-t-il déjà caressé vos parties génitales <i>par dessus</i> vos vêtements ?	1	2	3	4	5	6
5.	Avez-vous embrassé votre conjoint(e) avec la langue ?	1	2	3	4	5	6
6.	À quelle fréquence auriez-vous aimé avoir eu des rapports sexuels ?	1	2	3	4	5	6

Section # 2

Êtes-vous ou croyez-vous que vous pourriez être excitée sexuellement par les éléments suivants (encerclez une réponse pour chacun des items) :

Pas du tout *Moyennement* *Énormément*
1 2 3 4 5 6

7.	Livres ou magazines traitant de sexualité.	1	2	3	4	5	6
8.	Photographies à contenu sexuel provenant de livres ou de magazines.	1	2	3	4	5	6
9.	Films ou émissions télévisées contenant des scènes d'amour.	1	2	3	4	5	6
10.	Fantasmes ou rêves éveillés à caractère sexuel.	1	2	3	4	5	6
11.	Une femme attirante.	1	2	3	4	5	6
12.	Un homme attirant.	1	2	3	4	5	6

Section # 3

Choisissez la réponse qui représente le mieux vos pensées et vos sentiments :

Fortement *Neutre* *Tout à fait*
en désaccord 1 2 3 4 5 6
en accord

13.	Penser au sexe me bouleverse et me choque.	1	2	3	4	5	6
14.	J'ai peur quand je pense à la sexualité.	1	2	3	4	5	6
15.	Le sexe c'est sale.	1	2	3	4	5	6
16.*	C'est correct d'avoir des rapports sexuels parce que notre conjoint(e) s'attend à cela de nous.	1	2	3	4	5	6

Section # 4

Si vous aviez une relation sexuelle prochainement quelle est la probabilité que vous éprouviez ou que vous ayiez les pensées suivantes :

	<i>Vraiment pas</i>		<i>moitié moitié (50-50)</i>			<i>Assurément que oui</i>	
	1	2	3	4	5	6	
17.	Je me sentirais plus mature.					1	2 3 4 5 6
18.	Mon(ma) conjoint(e) personne m'aimerait davantage.					1	2 3 4 5 6
19.	Je me sentirais plus aimée et désirée par mon(ma) conjoint(e).					1	2 3 4 5 6
20.	Je gagnerais le respect de mon(ma) conjoint(e).					1	2 3 4 5 6
21.	Cela montrerait à mon(ma) conjoint(e) que je l'aime.					1	2 3 4 5 6
22.*	Cela nuirait à ma santé.					1	2 3 4 5 6
23.*	Je perdrais le respect que j'ai pour moi-même.					1	2 3 4 5 6
24.*	Je perdrais le respect que les autres ont pour moi.					1	2 3 4 5 6

Section # 5

25. À quelle fréquence pensez-vous à la sexualité ? (encerclez une seule réponse)

<i>Jamais</i>	<i>Une ou deux fois en quelques mois</i>	<i>Environ une une fois par mois</i>	<i>Environ une fois par semaine</i>	<i>Plusieurs fois par semaine</i>	<i>Plusieurs fois par jour</i>
1	2	3	4	5	6

26. Certaines personnes se masturbent ou joue avec leur partie génitales afin d'avoir une sensation agréable. Combien de fois avez-vous fait cela ?

<i>Jamais</i>	<i>Une ou deux fois en quelques mois</i>	<i>Environ une une fois par mois</i>	<i>Environ une fois par semaine</i>	<i>Plusieurs fois par semaine</i>	<i>Presque tous les jours</i>
1	2	3	4	5	6

27. Au cours de la dernière année, combien de relation sexuelles volontaires avez-vous eu ?

<i>Jamais</i>	<i>Une ou deux fois en quelques mois</i>	<i>Environ une une fois par mois</i>	<i>Environ une fois par semaine</i>	<i>Plusieurs fois par semaine</i>	<i>Plusieurs fois par jour</i>
1	2	3	4	5	6

28. Incluant votre partenaire actuel, combien de partenaires sexuels volontaires avez-vous eu dans votre vie ? (si vous êtes toujours vierge, inscrivez «0»)

0	1	2 à 4	5 à 10	10 à 20	20 à 40	40 à 80	plus de 80
---	---	-------	--------	---------	---------	---------	------------

