Table des matières

Sommaire iii

Liste des tableaux viii

Remerciements ix

Introduction 1

Contexte théorique 4

La personnalité 5

Les traits de personnalité 6

Le trouble de la personnalité 6

Vision dimensionnelle proposée par le DSM-5 12

La prévalence du trouble de la personnalité limite 14

L'alexithymie chez les individus ayant un TPL 19

Le trouble de la personnalité limite chez l'homme 21

Définitions psychodynamiques de la personnalité 24

Traitements du TPL 28

La recherche d'un traitement 30

La motivation 31

Définitions de l'engagement 32

La motivation en psychothérapie 33

Trouble de la personnalité et motivation au traitement 37

Motivation en psychothérapie chez des hommes TPL 44

Pertinence et objectif de l'essai 45

Méthode....48
Participants....49
Instruments de mesure....50
Questionnaire sociodémographique....51
Le TAS-20....51
Entrevue semi-structurée sur la motivation en psychothérapie....53
Déroulement....54
Résultats....55
Présentation des résultats....56
Questionnaire sociodémographique....56
Alexithymie....56
Motivation....58
Discussion....60
Profil des hommes....61
Participant 1....62
Participant 2....63
Participant 3....64
Similitudes et les différences entre les participants....66
Variables sociodémographiques....66
L'alexithymie....67
La motivation....69
Forces et limites de l'étude....73

Retombées cliniques 75

Perspectives futures 76

Conclusion 77

Références 80

Appendice A. Critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite selon l'approche dimensionnelle du DSM-5 89

Appendice B. Questionnaire sociodémographique 92

Appendice C. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) 95

Appendice D. Entrevue semi-structurée sur la motivation en psychothérapie 97

Appendice E. Certificat éthique 99

Appendice F. Tableau 5. La motivation en psychothérapie 101

Liste des tableaux

Tableau

1 Manifestations cliniques du trouble de la personnalité limite 9

2 Données sociodémographiques des participants 57

3 Résultats des sous-échelles au TAS-20 58

4 Résultats communs du TAS-20. Énoncés où tous les participants sont en désaccord complet ou en accord complet 59

5 La motivation en psychothérapie 102

Remerciements

La réalisation de ce travail n'aurait pas été possible sans la contribution de madame Julie Lefebvre, Ph.D., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui a assuré la direction de ce travail avec beaucoup de disponibilités. Ses conseils et sa grande générosité dans le partage de ses connaissances ont été indispensables pour l'aboutissement de cet essai doctoral.

Aussi, je tiens à remercier tous mes proches, mes amis, ma famille et plus particulièrement Maxime, mon conjoint, pour ses encouragements et son soutien. Il a su me motiver même dans les périodes de découragement.

Merci à tous, le chemin vers la fin a été mouvementé, sans vous, ça n'aurait pas été possible.

Introduction

Le nombre de personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite (TPL) atteint 1,8 % de la population selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), soit plus de 150 000 Québécois (APA, 2013). C'est un trouble grave qui est associé à des limitations psychosociales importantes et à un risque de suicide estimé entre 4 et 10 %. Les personnes atteintes d'un TPL ont une peur exagérée de perdre leurs liens avec les membres de leur entourage. Dans ce sens, elles se sentent facilement rejetées ou abandonnées par les autres; ce qui crée des conflits dans leurs relations sociales. Vu la prévalence et la gravité des symptômes du TPL, des coûts financiers substantiels pour la société québécoise sont associés aux services offerts à ces individus. Pourtant, au Québec, les individus TPL sont confrontés à une difficulté d'accès à des services thérapeutiques à long terme alors que c'est ce qui est recommandé dans la littérature (Cailhol et al., 2010).

Quand une personne entreprend la démarche d'aller consulter en psychothérapie, elle le fait généralement avec un désir de mieux-être. Dans le cadre de la pratique clinique en psychologie, la motivation est un facteur qui joue un rôle clé dans le résultat du traitement chez tous les clients (Van Beek & Verheul, 2008). Aussi, dans la littérature scientifique, la motivation est un concept étudié par les chercheurs lorsqu'elle est manquante chez les patients mais pourtant, il serait intéressant d'en connaitre davantage sur ce processus qui amène les clients à faire des changements dans leurs comportements

lorsque la motivation est préservée. Avec certains types de clientèles, comme les individus ayant un TPL, de façon assez contradictoire, malgré leur désir de se libérer de la souffrance, un haut taux d'absentéisme au traitement est observé de même que des arrêts précoces sans atteindre les objectifs (Ogrodniczuk, Joyce, & Piper, 2005).

Le présent essai consiste en une étude de la motivation en psychothérapie chez des hommes ayant un TPL. À ce jour, à ma connaissance, aucune étude ne s'est intéressée aux hommes ayant un TPL et leur motivation à entreprendre un traitement psychologique. Dans d'autres mots, ce travail vise à établir un profil plus clair du processus psychothérapeutique des hommes TPL au regard de la motivation, permettant d'apporter des éléments pouvant aider à prévenir l'arrêt des traitements. De plus, une dimension importante à considérer dans le traitement psychologique, soit l'alexithymie, sera considérée pour étayer l'étude.

Dans un premier temps, cette étude débutera par un contexte théorique qui présentera les définitions, l'ampleur du phénomène et la recension des études concernant le diagnostic de TPL, les spécificités des hommes ayant ce diagnostic de même que le concept de motivation en psychothérapie. Le contexte théorique se terminera par la présentation de la pertinence et de l'objectif de l'essai. Par la suite, la méthode utilisée est abordée, incluant une description des participants, des instruments utilisés et du déroulement de la collecte de données. Les résultats obtenus sont ensuite exposés. Enfin, une discussion des résultats suivra et une brève conclusion terminera ce travail.

Contexte théorique

Afin de bien cerner la problématique de l'essai, cette section présentera un survol de la littérature scientifique concernant les liens entre le TPL et la motivation. Dans un premier temps, les définitions des notions essentielles et des principaux concepts tels que la personnalité en général, les traits de personnalité et le trouble de la personnalité selon diverses approches théoriques seront abordés. Dans un deuxième temps, cette section fera aussi état du concept de la motivation et de l'engagement en psychothérapie. Finalement, la pertinence et l'objectif de l'essai seront présentés.

La personnalité

La personnalité est l'ensemble structuré des dispositions innées et acquises sous l'influence de l'éducation, des interrelations complexes de l'individu dans son milieu, de ses expériences présentes et passées, de ses anticipations et de ses projets (Sillamy, 1980). Plus récemment, la personnalité a été définie comme un patron caractéristique d'une adaptation dans la manière habituelle de penser, de sentir ou ressentir et de se comporter ou de réagir qui tend à demeurer relativement stable à travers les situations et le temps (Pervin, Cervone, & John, 2005). Dans la psychologie moderne, il existe maintenant autant de définitions de la personnalité que de théories psychologiques. De façon générale, la personnalité est un concept global qui possède certaines caractéristiques permanentes et qui évolue avec l'âge jusqu'à la fin de la vie. La majorité

des auteurs s'entendent pour dire que la personnalité se forge au fur et à mesure des évènements de vie rencontrés. De plus, elle correspond à l'organisation affective de l'individu et c'est cette affectivité qui détermine le plus ses actions. Par contre, des difficultés survenues au cours de son développement seront à l'origine de traits de personnalité dysfonctionnels, voire d'une véritable pathologie de la personnalité.

Les traits de personnalité

Tout d'abord, avant de parler de trouble de la personnalité, il est primordial de comprendre ce que désigne l'appellation traits de personnalité. Ceux-ci désignent les modalités durables d'entrer en relation, de percevoir et de penser son environnement soi-même, qui se manifeste dans un large éventail de situations sociales et professionnelles. Il est question de traits de personnalité, et non de trouble, tant que les traits ne sont pas rigides et inadaptés. Les troubles de la personnalité représentent une incapacité de développer un sentiment d'identité et un fonctionnement interpersonnel qui sont adaptatifs dans le contexte des normes et attentes culturelles de la personne. Dans la littérature, il y a diverses façons de décrire les troubles de la personnalité, dont la vision catégorielle du DSM-5 (APA, 2013).

Le trouble de la personnalité

Selon la vision catégorielle du DSM-5 (APA, 2013), le trouble de la personnalité doit être durable à l'intérieur de l'expérience vécue et des conduites qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu et qui se manifestent dans

au moins deux des domaines suivants : la cognition, l'affectivité, le fonctionnement interpersonnel ou le contrôle des impulsions. Ensuite, ces modalités doivent être rigides et envahissantes dans de nombreuses situations personnelles et sociales et causer une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines qui sont importants. Le trouble de la personnalité doit avoir débuté au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et ne pas pouvoir être mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental. De plus, le trouble de la personnalité ne doit pas être dû aux effets physiologiques directs d'une substance. Afin d'en arriver à un diagnostic de trouble de la personnalité, une évaluation des modalités durables de fonctionnement de la personne est nécessaire.

Les différentes personnalités pathologiques ont été regroupées en trois familles ou « clusters ». Le groupe A comprend les personnalités paranoïaque, schizoïde et schizotypique; ce qui correspond aux personnalités psychotiques. Le cluster B rassemble les personnalités antisociale, borderline, histrionique et narcissique. Le cluster C rassemble les personnalités évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive; ce qui correspond aux personnalités anxieuses. Le présent essai portera plus spécifiquement sur le TPL du cluster B.

Le TPL est défini comme un fonctionnement caractérisé par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une

impulsivité marquée, qui est présent au début de l'âge adulte et dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes présentées dans le Tableau 1 à la page suivante.

Selon le DSM-5 (APA, 2013), de façon plus détaillée, les efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (1) réfèrent à une crainte intense d'être abandonné et à une intolérance à la solitude. De ce fait, les individus TPL ont un grand besoin de relations interpersonnelles et utilisent diverses stratégies afin de réduire cette angoisse d'abandon. Par contre, ces comportements suscitent souvent le rejet; ce qui confirme la crainte initiale et confirme à l'individu son interprétation de sa moindre valeur.

Un autre critère du DSM-5 (APA, 2013) est un mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par une alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation (2). L'individu peut percevoir un partenaire comme étant mauvais ou trop peu présent pour lui et appréhender un rejet de sa part à la suite de la perception d'un soutien idéalisé. Dans le même sens, l'individu TPL peut vivre de brusques revirements affectifs à l'égard de l'autre et passer sans transition de l'amour à la haine. Dans leurs relations interpersonnelles, il y aura présence d'une oscillation entre l'idéalisation excessive et la dépréciation totale de l'autre puis, une oscillation entre la fusion et la fuite (APA, 2013).

Tableau 1

Manifestations cliniques du 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 les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation;
3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi;
4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet;
5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations;
6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur;
7. Sentiments chroniques de vide;
8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère;
9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Source : American Psychiatric Association, 2013.

Par ailleurs, un individu TPL peut présenter une perturbation de l'identité ou une instabilité marquée et persistante de l'image et de la notion de soi (3). Des changements inattendus et soudains peuvent être présents sur les plans des objectifs, des valeurs, des projets concernant la carrière, l'identité sexuelle, les valeurs et le type de fréquentations. L'image de soi est affectée et l'individu peut avoir le sentiment de ne pas exister du tout. Cela se produit lorsqu'il ressent l'absence d'une relation significative et de soutien (APA, 2013).

Une impulsivité dans au moins deux domaines possiblement nuisibles pour l'individu peut également être présente. Elle peut se retrouver au niveau des dépenses, de la sexualité, de la toxicomanie, de la conduite automobile dangereuse ou des crises de boulimie (4). Les personnes atteintes d'un TPL ont tendance à agir rapidement sans penser aux conséquences de leurs actes. Habituellement, s'en suivent des réactions démesurées à certains évènements suscitant une réponse émotionnelle intense. Ses réactions impulsives augmentent le risque suicidaire (APA, 2013).

Ainsi, l'individu TPL peut également présenter des comportements, des gestes ou des menaces suicidaires ou des automutilations (5). En effet, 80 % des personnes TPL se seraient automutilées au moins une fois (Lamotte, Malka, & Duverger, 2009). Les comportements suicidaires peuvent précéder des demandes d'aide et les gestes autodestructeurs peuvent être déclenchés par une situation de séparation ou de rejet. Encore plus, 30 à 40 % de ces individus commettront une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de leur vie (Ogrodniczuk & Hadjipavlou, 2010). Malheureusement, 10 % des personnes décèderont par suicide (APA, 2013).

Un autre critère diagnostique du TPL dans le DSM-5 (APA, 2013) réfère à l'instabilité affective liée à une réactivité marquée de l'humeur (6). Il s'agit plus précisément d'une labilité et dérégulation de l'humeur avec des variations fréquentes et intenses. Les émotions vécues comme la colère, la panique, le désespoir, l'irritabilité ou

l'anxiété durent de quelques heures à quelques jours. Cet état se décrit comme une dysphorie, soit une oscillation entre une humeur dépressive et euthymique (APA, 2013).

Des sentiments chroniques de vide intérieur peuvent aussi être verbalisés par les individus TPL. Cet état est décrit comme une tendance à s'ennuyer facilement et à rechercher constamment une occupation (7). Les personnes peuvent avoir des difficultés à exprimer leurs aspirations, leurs désirs et leurs projets; ils possèdent donc peu d'accès à leurs expériences affectives internes (APA, 2013).

La personne TPL peut présenter des colères intenses et inappropriées ou encore de la difficulté à contrôler sa colère (8). Cette émotion peut survenir lorsque la personne se sent négligée ou abandonnée par un proche significatif. Le niveau d'intensité est habituellement plus élevé par rapport à ce qui est requis par la situation ou l'évènement en cause. De ce fait, la stabilité des relations sociales est constamment menacée en raison de la nature explosive et inappropriée de la colère (APA, 2013).

Finalement, la survenue transitoire d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères dans des situations de stress peut aussi être une symptomatologie possible (9). Il peut s'agir de dépersonnalisation associée à un sentiment d'abandon. Ces symptômes ne durent que de quelques minutes à quelques heures. Spécifions que ce n'est pas une rupture complète avec la réalité extérieure comme dans la psychose, cela

correspond plutôt à une incapacité temporaire de l'individu de faire face à son chaos interne (APA, 2013).

De manière générale, le TPL est associé à différents types de dysfonctions sévères. Celles-ci peuvent être de nature émotionnelle, comportementale, cognitive, interpersonnelle et fonctionnelle. Le DSM-5 (APA, 2013) présente également une vision dimensionnelle nouvellement insérée dans le manuel.

Vision dimensionnelle proposée par le DSM-5

Le DSM 5 (APA, 2013) fournit aussi une vision dimensionnelle des troubles de la personnalité qui est plutôt un modèle hybride permettant de guider les recherches. En effet, ce modèle aborde les critiques de l'Axe II, soit les pathologies psychiatriques incluant les troubles de la personnalité et le retard mental, les comorbidités fréquentes et les prototypes rares comme les troubles de la personnalité non spécifiés. En effet, auparavant, le DSM-IV-TR (APA, 2000) n'apportait aucune nuance à ce sujet. On y décrivait des traits de personnalité et si l'individu avait le nombre requis de traits, on tenait pour acquis qu'il avait un trouble de la personnalité, et ce, peu importe l'intensité de ces traits. La vision dimensionnelle du DSM-5 (APA, 2013) semble proposer davantage une évaluation plus nuancée des problématiques liées à la personnalité.

Actuellement, dans le DSM-5 (APA, 2013), le diagnostic de trouble de la personnalité non spécifié est posé lorsqu'une personne rencontre les critères généraux

d'un trouble de la personnalité et présente des traits de plusieurs troubles différents de la personnalité, mais sans rencontrer complètement les critères d'aucun d'entre eux. De plus, cette approche permet de déterminer les difficultés dans les sphères de fonctionnement au quotidien ainsi que les traits pathologiques grâce au modèle de la personnalité en cinq facteurs (*Big Five*). Le détail de chaque facteur personnalise la symptomatologie du trouble de la personnalité associé et ses précisions peuvent être utiles afin d'orienter les interventions en psychothérapie[1].

Soulignons que c'est le modèle catégoriel du DSM-5 (APA, 2013) qui est mis à l'avant-plan dans l'univers psychiatrique malgré la pertinence des autres modèles proposés par divers chercheurs. En effet, l'intérêt de ce modèle est expliqué par la capacité du DSM d'opérer la synthèse entre une multiplicité d'exigences différentes (Guelfi, 2014). Dans les faits, le DSM a pour but initial de déterminer les différents troubles ainsi que leurs critères diagnostiques et ainsi, d'assurer une cohérence entre les médecins en ce qui a trait aux diagnostics. Dans ce sens, le DSM s'assure aussi que le même langage est utilisé entre les professionnels. Tous ces éléments aident à cibler les meilleurs traitements possibles et assurent une base empirique pour les recherches en psychiatrie et en psychologie. Ce sont ces arguments qui ont guidé le choix des définitions du DSM-5 (APA, 2013) pour cet essai. Enfin, le TPL est effectivement un trouble mental fortement psychiatrisé; la prévalence de cette maladie sera don détaillée.

---

[1] Voir la description de ces facteurs à l'Appendice A.

La prévalence du trouble de la personnalité limite

Dans les dernières décennies, de nombreuses recherches se sont intéressées à la prévalence du TPL dans la population générale, mais aussi dans des échantillons populationnels plus précis. De plus, le risque d'être diagnostiqué pour une femme serait trois fois plus élevé que les hommes (APA, 2013). Puis, en 2015, l'APA a modifié sa statistique en suggérant 1,6 %. Dans cette même année, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2015) s'est intéressé à l'utilisation des banques administratives afin, entre autres, d'estimer la prévalence diagnostiquée des troubles de la personnalité du groupe B qui inclut le TPL. Dans son contexte théorique, l'INSPQ a fait ressortir deux études populationnelles de grande ampleur menées sur deux continents avec deux outils de mesure différents basés sur deux versions du DSM. Fait intéressant, selon l'INSPQ, la prévalence des troubles de la personnalité serait la même pour les hommes et pour les femmes, mais ce sont leurs utilisations des services qui seraient variables. En effet, les femmes ont une plus grande aisance que les hommes à demander des services quant à leurs problèmes émotionnels.

Aussi, l'INSPQ (2015) a étudié la population québécoise en faisant ressortir la prévalence des cas diagnostiqués retrouvés dans les fichiers médico-administratifs québécois. Celle-ci apparait significativement plus élevée que celle des études réalisées dans la population générale. La prévalence mesurée approche 2,5 % pour les hommes et 3 % pour les femmes. L'INSPQ ajoute que les hommes présentant un TPL semblent avoir été négligés dans la recherche clinique en psychologie.

Il y a déjà plus de 35 ans, la prévalence proposée par le DSM a commencé à être remise en question par divers auteurs. En premier lieu, Henry et Cohen (1983), en se basant sur les critères diagnostiques du DSM-III (APA, 1980), se sont intéressés à un nombre précis de symptômes et ont tenté de savoir si les femmes dites « normales », dans la population en général, ont plus de caractéristiques du TPL que les hommes dits « normaux ». À cette époque, les chercheurs ont conclu que l'étiquetage de certains comportements comme étant pathologiques se fait seulement lorsqu'ils surviennent chez les femmes et que cela peut contribuer à un taux accru du diagnostic de TPL chez les femmes. Ainsi, les hommes et les femmes TPL présenteraient des symptômes différents, mais la prévalence diagnostique resterait similaire (Sprock, Blashfield, & Smith, 1990). Au final, bien que ces deux études ne soient pas récentes, ces observations ont persisté dans les recherches subséquentes.

En effet, vingt ans plus tard, en 2003, Andrew et ses collègues ont remis en question, à leur tour, le ratio de trois femmes pour un homme présent dans le DSM en soulevant un biais d'échantillonnage ou de diagnostic se référant à des caractéristiques sexistes et/ou stéréotypées. En effet, les auteurs ont procédé à une revue des théories du genre dans le diagnostic du TPL qui confirme les biais. De ce fait, la perception d'un taux plus élevé du trouble chez les femmes dans un contexte clinique reflète plutôt un taux plus élevé de femmes recevant un traitement dans ce cadre et non pas une prévalence plus élevée dans la population générale. Dans ce sens, ils concluent que la véritable prévalence liée au sexe ne peut être déterminée qu'à partir d'études

épidémiologiques d'échantillons représentatifs de la population générale. Plusieurs autres études ont eu des conclusions semblables dont celle de Skodol et Bender (2003) qui ont examiné les preuves relatives aux biais potentiels relatifs aux échantillons de femmes et ont conclu que les taux divergents de prévalence sont en grande partie un artefact résultant de biais d'échantillonnage étant donné que moins d'hommes sont présents en traitement. Dans le même sens, en 2006, dans le cadre d'une recherche au Royaume-Uni, Coid, Yang, Tyrer, Roberts et Ullrich se sont intéressés à la prévalence du TPL dans un échantillon représentatif de la communauté. Ils ont interrogé 626 personnes âgées de 16 à 74 ans et la prévalence du TPL dans cet échantillon était de 4,4 %. Ils ont fait ressortir que les taux étaient plus élevés chez les hommes, séparés, sans emploi, résidant en zone urbaine. Cela peut être expliqué par la difficulté de ces hommes à demeurer stables dans leurs relations et leurs objectifs professionnels. Aussi, dans l'échantillon en général, toutes les catégories de troubles de la personnalité étaient plus fréquentes chez les hommes, à part le trouble de la personnalité schizotypique; ce qui va complètement à l'encontre des suggestions du DSM-5 (APA, 2013).

Dans le cadre d'une étude épidémiologique sur la consommation d'alcool et les troubles connexes, Grant et ses collaborateurs (2008) rapportent qu'il n'existe aucune différence de prévalence entre les sexes quant au diagnostic de TPL. Davis (2010) soutient aussi cette hypothèse en constatant qu'à la suite de l'examen des critères diagnostiques du DSM-IV-TR (APA, 2000), aucun n'a été évalué comme étant plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. Un autre biais dans les autres études

soulevées par Grant et ses collègues concerne l'échantillonnage, puisque les paramètres des études de prévalence sont majoritairement en contexte psychiatrique; ce qui ne fait pas ressortir des statistiques populationnelles. Ces mêmes auteurs ne peuvent pas refléter la véritable répartition par sexe du TPL, car les femmes ayant un TPL adoptent un comportement plus autonome qui les amène plus souvent dans un milieu de traitement en santé mentale que les hommes. Les hommes se retrouvant plus fréquemment dans des programmes de traitement de la toxicomanie ou des programmes en périphérie du système carcéral, les chercheurs sous-estimeraient le pourcentage de ceux atteints d'un TPL. De ce fait, bien qu'il soit souvent conclu que plus de femmes que d'hommes souffrent d'un TPL, cette affirmation ne serait pas le réel reflet de la population en général selon ces auteurs.

Plus récemment, Bayes et Parker (2017) ont voulu faire des liens entre la littérature sur le TPL chez les hommes et des vignettes cliniques. Ils avaient le désir d'examiner dans quelle mesure les caractéristiques des participants correspondent aux différences et similitudes entre les hommes et les femmes connues dans la littérature. Les chercheurs indiquent que les participants de leur étude ont reçu un diagnostic à un âge plutôt tardif donc, se présentent plus tardivement à un traitement. De plus, leur recherche a montré que le faible taux de prévalence généralement admis chez les hommes, comparativement aux femmes, dans les populations cliniques, est probablement secondaire aux biais de sélection. En effet, il est observé des taux élevés en médecine légale et des études populationnelles trouvant généralement une prévalence équivalente aux femmes; ce qui

fait en sorte que le rapport couramment cité d'un homme pour trois femmes reflète probablement la diminution de la probabilité que les hommes présentant un TPL recherchent une assistance psychiatrique et soient donc sous-représentés dans les enquêtes cliniques. En résumé, la recherche de Bayes et Parker arrive aux mêmes conclusions que de nombreuses recherches l'ayant précédée.

Dernièrement, certains chercheurs ont eu le désir de clarifier la prévalence réelle du TPL dans la population en général. De ce fait, Busch et ses collègues (2016) se sont intéressés aux caractéristiques liées à la prévalence du TPL à l'intérieur d'une recherche épidémiologique d'adultes âgés de 55 à 64 ans. Les chercheurs ont remarqué qu'un certain nombre d'études indiquent que les femmes ont une prévalence plus élevée, d'autres n'indiquent aucune différence, et quelques-unes révèlent que les hommes ont une prévalence plus élevée. Ils ont voulu clarifier cette question en utilisant un questionnaire autodéclaré (MAPP) s'intéressant à l'évaluation multisources de la pathologie de la personnalité. Selon les résultats, des différences entre les sexes ont été trouvées pour l'autodéclaration seulement, de sorte que les hommes ont signalé une plus grande gravité du TPL. Par contre, le rapport des autres informateurs n'indiquait aucune différence entre les sexes. Les chercheurs soulignent l'importance de l'échantillonnage épidémiologique et des perspectives d'évaluations multiples lors de l'analyse du TPL; ce qui est cohérent avec de nombreuses autres recherches de la dernière décennie. Malgré tout, le DSM-5 (APA, 2013) continue de maintenir son ratio de trois femmes pour un homme, mais la majorité des recherches subséquentes ont démenti cette statistique. Ce

ratio a toutefois eu pour effet que la majorité des études sur le TPL ont été réalisées par les hommes, au détriment de celles portant sur les hommes. Les quelques études sur les hommes TPL sont présentées dans les sections suivantes.

L'alexithymie chez les individus ayant un TPL

Un des éléments majeurs qui ressort chez les individus TPL est la grande difficulté d'expression des émotions. En effet, plusieurs auteurs ont émis l'hypothèse que l'alexithymie est une caractéristique typique de nombreux patients atteints de TPL (Grabe et al., 2004). Dans un premier temps, il y a plus de 40 ans, l'alexithymie a été définie comme une incapacité à trouver des mots pour exprimer ses émotions ou sentiments afin de décrire les perturbations émotionnelles observées chez les malades présentant un trouble psychosomatique (Sifneos, 1973). Également, l'alexithymie est décrite comme un trait déficitaire dans le traitement cognitif des informations émotionnelle; les individus alexithymiques présentant des difficultés à distinguer les sensations physiques et émotionnelles et ayant une capacité limitée à exprimer verbalement leurs émotions et à élaborer leurs expériences émotionnelles. Sur le plan cognitif, des auteurs soulignent comment les personnes alexithymiques ont tendance à se concentrer sur des expériences physiques plutôt que mentales et utilisent souvent des mots orientés vers l'action plutôt qu'émotionnels pour décrire des situations frustrantes (Weinryb, Gustavsson, Åsberg, & Rössel, 1992). Encore plus, les individus alexithymiques ont une préférence pour les détails extérieurs de la vie quotidienne plutôt que le contenu de la pensée lié aux sentiments, aux fantasmes et à d'autres aspects du

monde interne d'une personne (Bagby, Parker, & Taylor, 1994). Une étude empirique suggère même que l'alexithymie est associée à des difficultés à percevoir les émotions faciales négatives (colère, tristesse et peur) (Prkachin, Casey, & Prkachin, 2009). Puis, communément au TPL, l'alexithymie est liée à une combinaison de dysfonctionnements interpersonnels et à une mauvaise régulation des impulsions (Nicolò et al., 2011).

Dernièrement, des chercheurs se sont intéressés au lien entre l'alexithymie et les troubles de la personnalité. Dans une recherche clinique, 51 patients admis dans un programme intensif de traitement de jour axé sur le groupe ont été recrutés. L'alexithymie était présente chez quatre patients sur cinq. Chez ceux-ci, l'alexithymie a été associée à des difficultés d'attachement, des relations affectives primitives, une absence d'expression émotionnelle et l'utilisation de défenses immatures à l'intérieur d'un TPL (Joyce, Fujiwara, Cristall, Ruddy, & Ogrodniczuk, 2013). D'autres chercheurs ont corroboré les mêmes résultats puisque dans leur échantillon clinique, il a été prouvé que 71 % des patients ayant un diagnostic de TPL étaient alexithymiques (Sleuwaegen, Houben, Claes, Berens, & Sabbe, 2017).

Très récemment, des chercheurs se sont intéressés à la reconnaissance des émotions et à l'alexithymie chez des patients présentant des troubles de la personnalité limite en les comparant à un groupe d'individus témoins. Tous les patients ont été examinés à l'aide du test Ekman 60 faces (FEEST) et de l'échelle d'Alexithymie de

Toronto (TAS-20). Les individus TPL ont eu des résultats nettement inférieurs à ceux du groupe témoin (Ritzl, Csukly, Balázs, & Égerházi, 2018).

En somme, la littérature décrit les patients présentant une alexithymie comme étant inhabituels et difficiles à traiter. Les patients alexithymiques se heurtent aux bases mêmes du traitement thérapeutique, comme les individus ayant un diagnostic de TPL, à savoir la capacité de verbaliser et de discuter des expériences subjectives et des émotions à la suite d'une meilleure compréhension de celles-ci.

Le trouble de la personnalité limite chez l'homme

Dans les études citées ci-haut, il est observé une tendance à mettre en lien le TPL avec le genre féminin et ainsi, à peu investir les spécificités des hommes atteints de ce trouble de santé mentale. Malgré tout, quelques chercheurs, surtout plus récemment, se sont intéressés aux caractéristiques des hommes présentant un TPL. Fait intéressant, chez une population masculine criminalisée ou dans le domaine médico-légal, la prévalence du TPL chez les hommes est très élevée; ce qui standardise ce type de diagnostics chez le genre masculin.

Il y a près de 20 ans, les chercheurs Funtowicz et Widiger (1995, 1999) se sont intéressés, dans le cadre de deux études, au diagnostic de TPL ainsi qu'aux différences quant au genre, en utilisant des questionnaires autoadministrés et des inventaires d'évaluation du dysfonctionnement social. Les résultats n'ont pas fait ressortir de

différences quant au niveau global de dysfonctionnement associé aux critères diagnostiques du TPL. Par contre, les hommes avaient des difficultés plus importantes que les femmes quant à leurs capacités sociales. Puis, leur seconde étude s'est avérée plus exhaustive étant donné qu'ils ont sollicité plus de 134 psychologues et leurs clientèles, mais les résultats étaient plutôt similaires. Les déficiences sociales et professionnelles étaient plus importantes chez les hommes que chez les femmes. C'était tout de même un premier effort afin de faire une distinction quant aux caractéristiques des hommes ayant un TPL.

Deux décennies plus tard, Sansone et Sansone (2011) sont allés plus loin et se sont intéressés, dans le cadre d'une étude intégrative, aux différences entre les sexes chez des patients présentant un TPL afin de guider les cliniciens dans l'évaluation et le traitement de ce trouble de santé mentale. Les auteurs notent que les hommes ont tendance à démontrer un tempérament plus explosif et à rechercher davantage la nouveauté que les femmes présentant un TPL. Concernant l'Axe I, les hommes présentent plus souvent des problèmes de toxicomanie et pour ce qui est de l'Axe II, les hommes sont plus susceptibles de présenter un trouble de la personnalité antisociale en comorbidité. Quant aux antécédents de traitements, les hommes ont plus souvent des antécédents de traitements liés à la toxicomanie. Les hypothèses de Sansone et Sansone étaient intéressantes sur le tempérament plus explosif et la recherche de nouveauté, mais l'étude a été critiquée vu le petit échantillonnage étudié. Par la suite, une étude épidémiologique plus exhaustive de l'équipe de Silberschmidt, Lee, Zanarini et Schulz (2015) a validé les

mêmes hypothèses que leurs précédents collègues, c'est-à-dire que les hommes présenteraient une tendance à une plus grande explosivité, des problèmes de toxicomanie en comorbidité ainsi que des traits de personnalité antisociale. Quant à l'importance de cette recherche, cette équipe a eu recours à un échantillon de 175 femmes et 65 hommes âgés de 18 à 45 ans. Les auteurs admettent que les hommes et les femmes expriment leur impulsivité différemment, mais ils concluent que les femmes et les hommes atteints de TPL sont plus semblables que différents. En effet, il n'y a pas de différence dans l'agressivité, la suicidalité ou le fait de présenter, en concomitance, un trouble panique ou un trouble obsessionnel-compulsif. Plus explicitement, les auteurs expriment que les hommes et les femmes sont également invalidés par leurs symptômes.

Ainsi, le même point en commun semble se retrouver dans les recherches s'intéressant à la comorbidité liée au TPL. Hatzitaskos, Soldatos, Kokkevi et Stefanis (1999) ont quantifié à 76 % le taux d'utilisateurs de drogues chez des hommes hospitalisés ayant un diagnostic de TPL. Il est à noter que les femmes n'avaient pas été étudiées dans cette recherche. Aussi, les chercheurs mentionnent des taux élevés de comorbidité avec d'autres troubles de la personnalité comme : antisociale, évitante, narcissique, schizotypique, paranoïaque, passive-agressive (diagnostic qui n'existe plus dans le DSM-5) et sadique. Aussi, les hommes TPL sont plus susceptibles que les femmes de développer un problème de toxicomanie (Evren, Cinar, & Evren, 2012). Les chercheurs soulignent que chez les hommes ayant un TPL et un problème de

toxicomanie, les caractéristiques suivantes sont généralement associées : affects négatifs, alexithymie et expériences dissociatives. Tadic et ses collègues (2009) ont aussi noté que les hommes souffrant de TPL étaient plus enclins à faire preuve de « colère intense ». En effet, ils présenteraient des taux élevés d'impulsivité, des traits d'agressivité et de l'hostilité tout au long de leur vie.

En résumé, selon plusieurs auteurs, les hommes et les femmes se développent quant à la personnalité d'une façon similaire, mais en respectant des facteurs génétiques et psychosociaux qui sont propres à chacun des genres. Par exemple, les hormones, les phénotypes et les maladies héréditaires sont des facteurs génétiques uniques pour chacun des sexes. Aussi, les différences psychosociales impactent aussi sur le développement de la personnalité, soit par exemple, l'environnement, le stress social ou les inégalités sociales. Dans la prochaine section, les définitions psychodynamiques de la personnalité seront abordées afin de fournir un éclairage quant au fonctionnement psychologique des hommes présentant un TPL.

Définitions psychodynamiques de la personnalité

Freud (1924/1973) utilisait le terme structure pour définir la façon dont le psychisme individuel s'organise, avec ses forces et ses faiblesses. Si cette organisation se développe d'une façon stable, l'individu s'installera dans une structure psychotique ou névrotique. Bergeret (1996, p. 47) spécifiera que : « chaque type de structure profonde de la personnalité pourrait ainsi donner naissance à différents modèles

relationnels, les uns du domaine caractériel, les autres s'enfonçant plus ou moins radicalement dans le registre pathologique. ». Il élaborera sur le concept de maladie mentale en expliquant que cet état est une désadaptation visible par rapport à la structure propre et profonde. Plus spécifiquement, l'auteur définira la structure de la personnalité comme « la base idéale d'aménagement stable des éléments métapsychologiques constants et essentiels chez un individu » (p. 18). C'est le concept le plus profond chez un individu et la structure de la personnalité est aussi l'aménagement fonctionnel dit « normal ».

Bergeret (1996) proposera diverses hypothèses quant à ce qu'il appellera « l'astructuration limite de la personnalité ». Il établira que cette lignée est plutôt « un blocage évolutif de la maturité affective du Moi au moment où celle-ci n'est pas davantage différenciée sexuellement » (p. 58) et que cette définition est le tronc commun des états limites. Bergeret expliquera que ce tronc commun ne peut être envisagé comme une véritable structure, car il ne bénéficie pas de la fixité, de la solidité et de la spécificité définitive des organisations structurées. En d'autres mots, c'est une organisation de la personnalité au statut transitoire, d'où l'appellation astructuration, même si l'organisation de la personnalité peut se prolonger assez longtemps, voire toute une vie.

Dès le début des années 1970, Bergeret (p. 34) avait le souci de clarifier la théorie de l'organisation limite, car il craignait que :

> Ce groupe des états limites ne devienne rapidement un vaste fourre-tout assez informe si l'on ne cherchait pas à mettre un peu de clarté sur le plan de l'économie profonde et de l'unité d'organisation commune à tous ces syndromes autrefois bien éparpillés.

Donc, l'astructuration limite est un intermédiaire entre la névrose et la psychose. Cette organisation lutte contre sa dépendance à l'autre et n'est pas parvenue au conflit de type névrotique, soit le conflit latent génital et œdipien. Le danger immédiat pour toutes les variétés d'organisations limites est la dépression. Cette lutte amène les individus à une incessante activité, car l'angoisse de perdre l'autre est constante et c'est ce que l'on appelle « l'angoisse de perte d'objet ». Les organisations limites résistent mal aux frustrations actuelles qui réveillent d'anciennes frustrations infantiles significatives. De façon générale, ces personnes vont être perçues comme des « écorchés vifs » avec un narcissisme mal établi et fragile. Ils auraient un besoin excessif de compréhension, de respect, d'affection et de soutien.

Ce sont les travaux de Kernberg (2001, 2005) qui constituent la plus importante des contributions psychodynamiques à la définition de l'organisation limite de la personnalité. Cet auteur a effectué une analyse complexe des aspects structurels du Moi dans les personnalités limites et a relié ces concepts à une théorie générale et multidimensionnelle de l'organisation de la personnalité. Il a classé de façon hiérarchique ces niveaux d'organisation de la normale vers les névroses et les psychoses, les états limites étant situés en position intermédiaire. Enfin, il a proposé une triple

perspective descriptive, structurale et psychodynamique, en accordant une attention particulière aux aléas objectaux de ces individus.

Pour Bergeret (1996), la symptomatologie psychopathologique survient lorsqu'une structure de personnalité décompense, soit dès que les facteurs internes ou externes de conflictualisation ne se trouvent plus équilibrés par un jeu efficace des mécanismes variés de défense et d'adaptation. Ainsi, plusieurs tenants de courants de pensée en psychologie ont défini des assises théoriques et de nombreuses façons la personnalité limite, qui ont abouti à des définitions présentent des différences et similitudes. Aussi, les auteurs n'adhèrent pas tous au caractère pathologique du TPL. En effet, la vision psychodynamique propose un volet adapté à l'astructuration limite, mais aborde aussi le caractère inadapté par la décompensation dans certains cas. C'est dans ces cas que la vision psychodynamique et la vision catégorielle peuvent se rejoindre davantage. Puisqu'il existe diverses appellations utilisées selon les auteurs : traits de la personnalité, organisation de la personnalité, structure de personnalité, les astructurations de la personnalité et le trouble de la personnalité, le terme TPL serait privilégié dans le reste de cet essai afin d'en alléger la lecture. De plus, dans les services psychiatriques actuels, le diagnostic de TPL est posé selon la vision catégorielle de la 5^{e} édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-5; APA, 2013).

Malgré l'instabilité du TPL, un changement est possible à travers la psychothérapie. En effet, les personnes atteintes de ce trouble peuvent apprendre à mieux réguler leur monde affectif, eux qui présentent souvent de l'alexithymie, et ainsi développer un mode relationnel plus satisfaisant et nourrissant.

Traitements du TPL

Dès 1986, Anscombe souligne que le traitement des individus présentant un trouble de la personnalité devrait être différent des patients qui ne sont pas aptes à faire des changements et des patients qui ne veulent pas se mobiliser. Il faut prendre en compte que c'est une étude peu récente et de ce fait, il est intéressant de poursuivre avec des recherches plus récentes. Plus tard, la théorie de l'entretien motivationnel dictera qu'il est important d'aider les personnes à se mobiliser pour changer.

Certains auteurs se sont intéressés à l'efficacité de la psychothérapie chez les individus ayant un diagnostic de TPL, en déterminant à 25 % le rétablissement par année de thérapie contre 3,7 % de rétablissement par année d'évolution naturelle (Hooley & Hoffman, 1999). Plus récemment, Caihol et ses collègues (2016) parlent de 80 % de rétablissement chez les personnes complétant un traitement dans une clinique spécialisée comme celle du Faubourg Saint-Jean à Québec.

Quelques années plus tard, en 2001, Bender et ses collègues soulignent que les clients atteints d'un TPL ont des antécédents plus réguliers de traitement ambulatoire

psychiatrique, d'hospitalisation et de traitement psychopharmacologique que les clients souffrant d'un trouble dépressif. Cela est expliqué, en partie, par le fait que les personnes présentant un TPL ont des symptômes qui sont plus complexes, se dégradant rapidement et avec un haut degré de détresse. De ce fait, vu la complexité du TPL, la psychothérapie à long terme est privilégiée (APA, 2004) ainsi que la pharmacothérapie face à des problématiques ciblées à l'intérieur même du TPL telles que l'impulsivité, la dysrégulation affective et les symptômes cognitivo perceptuels (Bellino, Paradiso, & Bogetto, 2008). En 2009, le National Collaborating Centre for Mental Health déconseille le recours au traitement pharmacologique pour les symptômes associés au TPL tels que : l'automutilation, l'instabilité émotionnelle, l'impulsivité et les symptômes psychotiques brefs. Pour ses chercheurs, le recours à une médication n'est conseillé que pour les troubles concomitants comme le trouble d'abus de substances ou tout autre diagnostic à l'Axe I.

Plus récemment, Ogrodniczuk et Hadjipavlou (2010) rapportent, dans une recension de littérature, que quatre formes de psychothérapies se sont montrées efficaces dans le traitement du TPL. En effet, il relevait la thérapie fondée sur la mentalisation de Bateman et Fonagy (2004), la thérapie centrée sur le transfert de Clarkin, Yeomans et Kernberg (1999), la thérapie comportementale dialectique de Linehan (1995) et la thérapie des schémas de Young et Klosko (2013). Plusieurs études se sont intéressées aux résultats de chacune de ses approches avec une clientèle TPL, mais sans distinction

de sexe. Par contre, avant de s'intéresser au traitement proposé à ces hommes, le processus de la recherche d'un traitement sera développé dans la prochaine section.

La recherche d'un traitement

Dès le début des années 1980, Hingson, Mangione, Meyers et Scotch (1982) expriment que la reconnaissance de la personne en traitement est un déterminant important quant à la recherche d'un traitement potentiel. Un second déterminant ressort de la littérature, soit la volonté de changer, et pourrait même être conceptualisé comme un antécédent important à la recherche d'un traitement. En d'autres mots, lorsque l'individu se sent prêt à faire des changements, il pourra aller de l'avant dans son choix psychothérapeutique. Néanmoins, la recherche des services en santé mentale est mitigée chez une clientèle présentant un TPL.

En 2001, Andrews, Issakidis et Carter se sont intéressés à l'utilisation des services en santé mentale dans la population australienne. Les chercheurs soulignent que les personnes atteintes de trouble de la personnalité, sans en spécifier un type en particulier, sont peu susceptibles d'aller chercher de l'aide professionnelle (19 %) comparativement aux gens atteints d'un trouble de l'humeur (60 %) ou de schizophrénie (90 %). De plus, les consultations sont plus fréquentes chez les femmes âgées de 24 à 54 ans. Aussi, les troubles anxieux et affectifs englobent 80 % de toutes les demandes de consultations.

En 2006, Coid et ses collègues vont dans le même sens que les précédents auteurs en soulignant que les personnes atteintes de trouble de la personnalité, peu importe le type, vont chercher de l'aide pour leurs problèmes comorbides comme l'abus d'alcool, la dépendance aux drogues, l'anxiété ou un trouble de l'humeur.

Les auteurs s'entendent sur un fait considérable, soit que la motivation joue un rôle central dans le résultat des traitements entrepris. En effet, la motivation serait ce qui pousse une personne humaine à agir, à penser et à évoluer.

La motivation

Selon le Grand dictionnaire de psychologie, le terme motivation renvoie aux processus physiologiques et psychologiques responsables du déclenchement, de l'entretien et de la cessation d'un comportement ainsi que de la valeur appétitive ou aversive conférée aux éléments du milieu sur lesquels s'exerce ce comportement (Bloch et al., 1999). Fait intéressant, on décèle nettement ici une idée de mouvement ou d'évolution véhiculée par le terme processus qui renvoie à un enchainement de phénomènes. Précédemment, en 1993, Vallerand et Thill s'étaient intéressés au concept de motivation qui véhiculait aussi l'idée du mouvement. Ils ont expliqué qu'il représentait le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement. Dans le même sens, la motivation est définie comme le processus qui détermine comment l'énergie est utilisée pour satisfaire des besoins (Pritchard, Klein,

Stone, & Hicks, 2003). Le terme « engagement » peut paraitre apparenté à la motivation. Certains auteurs s'y sont intéressés.

Définitions de l'engagement

Selon le dictionnaire Larousse (2017, en ligne), une encyclopédie de la langue française, l'engagement est un : « Acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose; promesse, convention ou contrat par lesquels on se lie ». Néanmoins, certains auteurs en psychologie se sont intéressés à définir ce concept de façon plus précise.

Tout d'abord, certains auteurs ont valorisé une approche liée aux théories de la dissonance cognitive selon laquelle l'engagement consiste en une persistance comportementale associée à une nécessité ressentie par l'individu d'être ou de paraitre cohérent avec ses croyances et ses choix passés (Becker, 1960; Kiesler, 1971). Plus récemment, des auteurs proposent une définition davantage affective selon laquelle l'engagement est avant tout l'expression d'un intérêt ou d'une attirance marquée envers une activité, une personne ou un quelconque objet social (Csikszentmihalyi, 1990).

Pour leur part, Burke et Reitzes (1991) ont défini l'engagement identitaire. Ce type d'approche renvoie à l'ensemble des forces qui permettent à une personne de favoriser des interactions avec son environnement qui représentent précisément son identité, et cela, dans toutes les sphères majeures de sa vie. Ce genre d'engagement permettrait de

maintenir un sentiment de cohésion élevé entre qui la personne considère être et sa façon d'agir dans son fonctionnement quotidien.

Néanmoins, dans l'univers scientifique, il apparait que l'étude rigoureuse des dispositifs psychiques associés à l'engagement soit compromise par une nette absence de consensus quant à une définition efficiente de ce construit et des différentes composantes qui le composent. Cela peut être expliqué par le fait que le concept d'engagement est souvent étudié de façon isolée dans des sphères spécifiques de l'activité humaine comme l'engagement professionnel ou familial. Selon Adams et Jones (1997), dans chacun de ses domaines d'activités humaines, il y aurait une absence de consensus définitionnel. De plus, c'est un terme qui n'est pas utilisé dans la littérature par les auteurs s'intéressant à la motivation d'individus face à leurs traitements psychologiques. Ainsi, le terme motivation sera utilisé pour la suite de cet essai.

La motivation en psychothérapie

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la motivation en psychothérapie d'une clientèle plus générale. En effet, dès 1985, Miller a soulevé, dans le cadre d'une recherche intégrative, que la motivation est un facteur clé dans le résultat du traitement psychologique. Le manque de motivation est une raison suffisante pour expliquer l'échec à débuter un traitement, s'y conformer et réussir ce dit traitement. Selon les données recueillies par ce clinicien chercheur, celles-ci prouvaient bien que l'amorce du traitement, la continuation de celui-ci et la conformité au traitement sont des

comportements qui seront fortement influencés par les interventions du thérapeute au cours des premières phases du traitement. Dans cette même étude, le chercheur mettait de l'avant des facteurs de motivation comme des caractéristiques personnelles, le soutien social, une condition de probation ou de libération conditionnelle et une condition de poursuite d'un emploi. L'auteur a réussi à faire ressortir la motivation comme un processus dynamique en constant mouvement.

Par la suite, en 1987, Janta, Hilpert et Riedel soulignaient que l'âge et le sexe pouvaient influencer la motivation du client au traitement. En effet, ils ont constaté que les clients plus jeunes étaient plus motivés à entreprendre une psychothérapie que les clients plus âgés. Aussi, les femmes élaboraient plus rapidement que les hommes sur leurs émotions et mettaient de côté graduellement les accrocs extérieurs, pointés antérieurement, comme les causes de leur malaise psychologique. Puis, en 1990, Schneider, Beisenherz et Freyberger sont allés dans le même sens à l'intérieur d'une étude où ils se sont intéressés à la motivation au traitement initial de clients hospitalisés avec des diagnostics de troubles mentaux diversifiés. Les chercheurs ont utilisé l'indicateur du résultat en psychothérapie pour évaluer la motivation des participants. Les patients plus jeunes ont obtenu de meilleurs résultats quant à la psychothérapie que les patients plus âgés. De plus, les femmes ont aussi obtenu de meilleurs résultats que les hommes, car elles seraient en mesure de mentaliser davantage leurs émotions et de relier leurs plaintes physiques à des causes psychologiques.

En 1991, Lambert, dans le cadre d'une revue de littérature, s'est intéressé aux recherches concernant les processus psychothérapeutiques. Plus explicitement, l'auteur voulait faire ressortir les facteurs qui peuvent amener des résultats positifs en psychothérapie. Selon ses conclusions, beaucoup de chercheurs ont noté que la motivation est liée à la reconnaissance du problème par le client et à une relation de coopération et efficace avec son thérapeute. De plus, avoir un historique de relations positives et satisfaisantes et ne présenter aucun symptôme somatique faisait partie des éléments contribuant à la réussite d'un traitement psychologique.

Fait intéressant soulevé par les chercheurs Friedman, Terras et Glassman (2003), la plupart des études expérimentales sur la motivation liée au traitement se sont intéressées aux résultats du traitement plutôt que sur la motivation initiale du client à aller chercher de l'aide. En d'autres mots, les chercheurs expliquent que l'importance perçue du changement, le degré de confiance quant au traitement sont les processus psychologiques qui favorisent le changement, qui favorisent donc la motivation.

Des études (Hoglend, 1996; Schneider & Klauer, 2001; Simpson & Joe, 1993) ont toutefois trouvé des associations positives entre la motivation et le résultat au traitement. Dans la même période, Rapp, Li, Siegal et DeLiberty (2003) rapportaient plutôt que la motivation à suivre un traitement était sans rapport avec de meilleurs résultats thérapeutiques. De ce fait, jusqu'à maintenant, les résultats des études sont restés assez mitigés quant à ce sujet.

En 2013, Woodhead, Ivan et Emery ont analysé, dans le cadre d'une étude exploratoire, les caractéristiques individuelles d'adultes âgés de plus de 60 ans en psychothérapie et les impacts de celles-ci sur leur engagement en psychothérapie. Ces individus avaient obtenu un résultat positif à un dépistage de la dépression. Les résultats des chercheurs les ont amenés à conclure que l'engagement en psychothérapie n'a pas varié selon l'origine ethnique des gens, la modalité de traitements ou la gravité des symptômes dépressifs. Par contre, il a été soulevé que l'expérience antérieure d'un traitement lié à un trouble mental n'aurait pas d'incidence sur l'initiation du traitement, mais qu'elle aurait un impact sur le maintien du traitement. Plus spécifiquement, les individus qui avaient des antécédents de traitements, tant positifs que négatifs, étaient plus susceptibles de terminer le traitement et d'assister à plus de séances que ceux qui n'avaient pas d'antécédents de traitement. De façon plus large, cette recherche suggérait que plus les gens sont âgés et sans antécédent de traitement en santé mentale, plus ils sont à risque de résiliation de traitements. Donc, ils pourraient être intéressants de les sensibiliser et les orienter davantage au début du traitement.

En résumé, l'évaluation de la motivation d'un patient face à son traitement pourrait être aidant dans la compréhension de sa situation et donner des outils précieux afin que la psychothérapie soit un succès. Il s'avère ainsi important de s'intéresser aux mobilisations des ressources d'une personne quant à sa recherche de mieux-être. Friedman et ses collaborateurs (2003) soulignaient toutefois que la recherche s'était peu

intéressée au degré de motivation préalable à aller chercher un traitement chez une clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité.

Trouble de la personnalité et motivation au traitement

Tout comme pour les troubles de la personnalité en général, il est important de souligner que peu de recherches se sont intéressées à la motivation à entreprendre une psychothérapie des individus ayant un diagnostic précis de TPL. Dans de nombreuses études motivationnelles, il n'y avait pas de distinctions quant aux divers types de troubles de la personnalité. Certaines études se sont orientées majoritairement sur l'efficacité de ce traitement, sans en décortiquer les facteurs motivationnels plus précisément.

En 2001, Schneider et Klauer ont administré un questionnaire de 47 énoncés évaluant différents aspects de la motivation du traitement à 250 patients hospitalisés. Les résultats ont démontré que les patients qui étaient atteints d'un trouble de la personnalité en général avaient obtenu des scores plus élevés à la sous-échelle des attentes en matière de traitement psychothérapeutique comparativement aux patients atteints de troubles dépressifs, troubles anxieux, somatiques/dissociatifs et des conduites alimentaires. Dans cette recherche, les symptômes psychologiques ainsi que les problèmes interpersonnels ont été considérés comme les indicateurs des résultats du traitement Ces auteurs ont conclu que la motivation initiale du patient face à la psychothérapie et les résultats au traitement étaient fortement liés. Ainsi, les résultats confirmaient la conviction qu'une

attribution causale psychosociale des symptômes de la maladie et une ouverture à la psychothérapie, lors de l'entretien préalable au traitement, a permis de prévoir des résultats de traitement plus positifs.

En 2003, Galloway et Brodsky se sont intéressés au rôle du détachement thérapeutique avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité. À prime abord, les auteurs ont précisé que l'alliance thérapeutique est communément considérée comme essentielle pour engendrer un changement. En effet, la formation et le maintien d'une telle alliance impliquaient souvent l'expérience émotionnelle réparatrice du patient avec le thérapeute et la capacité du thérapeute à établir des relations empathiques. Cette alliance, peu importe le type de traitement et le type de trouble traité, est essentielle pour que les personnes décident de poursuivre la thérapie. Par contre, les auteurs ajoutent qu'il existe des situations où le détachement thérapeutique peut engendrer un résultat thérapeutique plus positif. Effectivement, les clients souffrant de troubles de la personnalité étaient particulièrement habiles à tester les limites et les défenses d'un psychothérapeute. De ce fait, l'hypothèse central des auteurs était que les psychothérapeutes sont plus efficaces avec ce type de clientèle lorsqu'ils s'inquiètent moins de leurs patients. À l'intérieur d'une étude de cas, ils ont observé qu'une plus grande distance dans la relation thérapeutique avec ce type de clientèle permet une plus grande prise de responsabilité du contenu et du rythme des rencontres par le client lui-même. De plus, ce détachement permettrait au psychothérapeute d'être moins affecté par son client et de ne pas intérioriser un échec thérapeutique.

En 2005, Ogrodniczuk et ses collègues partent du constat que la fin prématurée de la psychothérapie est un réel obstacle à l'efficacité du traitement. Ils ont procédé à une revue de littérature des stratégies que la recherche ou l'expérience clinique ont suggérée afin de minimiser la terminaison prématurée initiée par le client. Les auteurs constatent que de 1970 à 2004, seulement 15 recherches ont été conduites dans le but de mettre de l'avant des pistes de solutions concrètes à cette problématique. Ils ont ressorti neuf catégories de stratégies préventives de l'arrêt du traitement : la préparation de la thérapie, la sélection des clients, des contrats de thérapie à court terme ou à durée limitée, une négociation du traitement, de la gestion de cas, des rappels de rendez-vous, une amélioration de la motivation, une alliance thérapeutique facilitatrice ainsi qu'une expression des émotions optimale. Les auteurs concluent que ce sujet est peu étudié et qu'il en reste beaucoup à faire en matière de pratiques de prévention de l'arrêt précoce du traitement psychothérapeutique. En fin d'article, ils citent la clientèle aux prises avec un TPL pour laquelle il serait avantageux d'avoir des stratégies efficaces pour permettre de les garder actifs dans le traitement jusqu'à l'atteinte des objectifs thérapeutiques.

En 2007, Hummelen, Wilberg et Karterud, dans le cadre d'une recherche qualitative, suggèrent que l'arrêt prématuré de la psychothérapie dans le traitement des patients atteints d'un trouble de la personnalité est un réel problème. Plus précisément, huit patients, qui ont quitté la psychothérapie de groupe à long terme, ainsi que les thérapeutes de ces groupes, ont été interviewés. Les résultats mettent de l'avant plusieurs processus qui peuvent expliquer les arrêts précoces de traitement; entre autres des

expériences de séparation et de pertes au sein de l'établissement de soins qui n'ont pas été abordées ainsi qu'un échec du groupe dans la régularisation des affects des différents patients. Les chercheurs suggèrent que pour intégrer des patients à risque d'arrêt prématuré du traitement, il est nécessaire de porter attention aux émotions négatives liées à l'expérience de groupe. De plus, une augmentation du rythme des rencontres thérapeutiques pourrait avoir des effets positifs sur les processus de groupe.

En 2008, Van Beek et Verheul ont fait une recherche dans laquelle ils ont étudié l'association entre les troubles de la personnalité tels que décrits dans le DSM-IV (APA, 1994) et la motivation au traitement chez un échantillon de 1083 patients admis à une variété de programmes psychothérapeutiques. Les auteurs s'intéressaient aux autres variables pouvant être prises en compte dont les données démographiques, la détresse subjective du patient ainsi que l'historique du traitement. Les chercheurs ont procédé à l'élaboration de leur propre questionnaire, le MTQ-8 (*Motivation for Treatment Questionnaire*), qui se compose de deux sous-échelles, soit le besoin d'aide et la disponibilité à changer. Suivant les prises de mesures, les résultats montrent que les patients présentant divers troubles de la personnalité étaient significativement plus motivés au traitement que ceux qui n'en avaient pas. Fait intéressant, aucune différence entre les types de troubles de la personnalité n'était significative. Les chercheurs concluent que cette motivation peut être expliquée par le haut degré de détresse des individus ayant un diagnostic de trouble de la personnalité comparativement à ceux qui n'ont pas de trouble de la personnalité et qui présenteraient une souffrance psychique

moins aigue. Ils ajoutent que la motivation au traitement n'est pas substantiellement influencée par la démographie ou l'historique du traitement. Comme piste de réflexion, les auteurs soulignent que le psychothérapeute pourrait être en mesure de modifier la motivation du patient pour le traitement au début du traitement, alors que la motivation du patient est encore instable, par la modulation de ses interventions.

Comme nommé précédemment, quelques recherches se sont intéressées aux individus ayant un TPL face à leur traitement psychologique. En 2004, Green et Wood soulignent que plusieurs recherchent antérieures ont tendance à blâmer la clientèle souffrant d'un TPL pour leur manque de motivation quand ils n'arrivent pas à répondre aux exigences du traitement et ont été considérés comme intraitables. Pourtant, à cette époque, il existait un large recueil théorique et clinique qui expliquait qu'un manque de connaissances des intervenants quant aux traitements était une des raisons pour lesquelles les individus ayant un TPL étaient blâmés pour l'arrêt des traitements. Toujours en 2004, Ben-Porath s'est intéressé à cette difficulté notoire chez cette clientèle à s'engager dans une psychothérapie. La chercheuse désirait mettre de l'avant des stratégies afin de faciliter l'alliance thérapeutique précoce et ainsi, augmenter la motivation psychothérapeutique. Les sept stratégies comprennent : l'évaluation collaborative, l'utilisation de contrats, des entrevues motivationnelles en ciblant les objectifs de traitement du client, les stratégies d'engagement, la validation et l'utilisation des métaphores.

Plus récemment, des chercheurs se sont intéressés à l'arrêt des traitements thérapeutiques par les individus ayant un diagnostic de TPL. Les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (2010) indiquent qu'environ 50 % des patients ayant un TPL dans les pays développés n'adhérent pas aux thérapies à long terme. Par ailleurs, Webb et McMurran (2009) indiquent que sur 14 patientes ayant un diagnostic TPL, sept ont maintenu le traitement et sept l'ont interrompu. Celles qui n'ont pas poursuivi la thérapie avaient un trouble de la personnalité plus complexe et avaient davantage une motivation extrinsèque. En conclusion, les chercheurs soulignent que stimuler la motivation d'individus TPL face à leur traitement, avec une motivation intrinsèque faible et une position négative envers leurs problèmes, est un réel défi pour les services. Ils ajoutent que la fin prématurée du traitement serait aussi associée à plus de jours d'hospitalisation et de coûts élevés en services spécialisés.

D'autres chercheurs ont tenté de déterminer les facteurs pouvant affecter le maintien du traitement dans le cadre d'un programme psychosocial d'un an pour les adultes ayant un TPL. Sur les 39 patients (33 femmes et 6 hommes) inscrits au programme, 20 (51,3 %) ont abandonné le traitement et 19 (48,7 %) ont terminé le traitement. Les deux groupes ont montré des différences significatives dans le diagnostic du TPL, les données démographiques (âge, délai depuis le premier contact avec les services psychiatriques), l'impulsivité et les expériences subjectives (motivation, espoir vis-à-vis du traitement, etc.), leur perception de la relation thérapeutique et les obstacles à l'accès. Ainsi, les patients atteints de TPL ayant une relation thérapeutique moins satisfaisante et

rapportant de nombreux problèmes externes risquaient davantage d'abandonner le programme (Martino, Menchetti, Pozzi, & Berardi, 2012).

Peu de temps après, des chercheurs se sont intéressés aux mêmes variables, mais avec un plus grand nombre de participants. Ils ont examiné les facteurs liés à l'arrêt du traitement chez 180 patients ayant un TPL (14 % d'hommes) inscrits à un essai contrôlé randomisé comparant un traitement de thérapie comportementale dialectique sur un an et un autre groupe pris en charge en psychiatrie. Les analyses de régression ont révélé que les personnes qui avaient abandonné présentaient des niveaux de colère plus élevés, une plus grande comorbidité liée à l'Axe I, une alliance thérapeutique plus faible et un nombre plus élevé de tentatives de suicide (Wnuk et al., 2013). Des éléments du processus quant à l'alliance thérapeutique expliqueraient l'abandon des traitements psychologiques pour certains patients. En effet, pour les individus qui n'investissent pas le processus thérapeutique, ils ne compteront pas sur le thérapeute pour résoudre leurs problèmes. En d'autres mots, les interventions du thérapeute seraient peu importantes pour le patient puisque celui-ci ne serait pas engagé dans son suivi (Von Mengden-Campezatto, Barcelos-Serralta, & Habigzang, 2016).

Ainsi, jusqu'à présent, seules quelques études ont été réalisées sur la motivation des individus ayant un TPL qui, pourtant, représentent parfois de grands défis pour les psychothérapeutes. De plus, les études portant sur la motivation chez les troubles de la personnalité et TPL utilisent des indicateurs qui ne sont pas les mêmes. Par ailleurs, dans

les dernières études, peu d'hommes y participent malgré la prévalence similaire du TPL chez les hommes et les femmes dans plusieurs études récentes. Encore moins d'auteurs se sont penchés spécifiquement sur la motivation des hommes TPL.

Motivation en psychothérapie chez des hommes TPL

Toutes les recherches sont d'accord sur un fait, toute problématique de santé mentale confondue, les femmes consultent davantage que les hommes pour des problèmes psychologiques. Lynch, Long et Moorhead (2018) soulignent que diverses études ont déterminé que les jeunes hommes étaient réticents à demander de l'aide pour des problèmes de santé mentale. Les auteurs ont fait ressortir sept thèmes clés des obstacles auxquels font face les hommes à la recherche d'aide, soit : l'acceptation des pairs, les défis personnels (p. ex., emploi), les influences culturelles et environnementales, l'automédication avec de l'alcool ou des drogues, les perspectives de recherche d'aide professionnelle (p. ex., appeler pour prendre rendez-vous) et la peur de l'homophobie des professionnels de la santé chez les hommes homosexuels. Les cinq principaux thèmes de solutions à ces obstacles comprenaient la publicité sur la santé mentale sur mesure, l'intégration de la santé mentale dans l'éducation formelle, l'éducation par des services de soutien semi-permanents, des soins de santé mentale accessibles et donner un nouveau sens.

Bien qu'il existe peu d'études sur les hommes TPL et la psychothérapie, selon une étude de Goodman et ses collaborateurs (2010), il existe des différences distinctes entre

les hommes et les femmes concernant l'utilisation des traitements. Les hommes TPL utilisent davantage des services de réadaptation en toxicomanie et moins les services de psychothérapie et de pharmacothérapie principalement utilisés par les femmes. De plus, les chercheurs expliquent que l'utilisation des traitements psychologiques et pharmacologiques est plus faible chez les hommes que chez les femmes atteintes de TPL. Dans le même sens, Tull et Gratz (2012) ont signalé que les hommes atteints de TPL étaient beaucoup plus susceptibles de se retirer ou d'être expulsés des services de traitement en établissement. Évidemment, cela aura des conséquences sur le traitement de leurs problèmes de toxicomanie et par le fait même, de leur trouble de santé mentale. À ce jour, à ma connaissance, aucune étude ne s'est intéressée précisément aux hommes ayant un TPL et leur motivation à entreprendre un traitement psychologique.

Pertinence et objectif de l'essai

Bien que certaines statistiques démontrent une prévalence équivalente chez les hommes, les études se centrent davantage sur les femmes. L'exploration des études portant sur les hommes présentant un TPL permet de constater qu'aucune étude ne s'est intéressée à la faible représentation des hommes TPL dans les services psychothérapeutiques et encore moins sur leur motivation lorsqu'ils consultent, malgré une prévalence similaire aux femmes. De plus, les études menées sur le concept de motivation portent majoritairement sur les individus présentant un trouble de la personnalité en ne spécifiant pas le type. De nombreuses études ont trouvé que les hommes étaient réticents à demander de l'aide pour des problèmes de santé mentale, et

les services offerts dans les services publics au Québec sont généralisés, peu importe le genre de l'individu. Ainsi, les hommes TPL peuvent se retrouver, par exemple, dans un groupe de psychothérapie majoritairement féminin. Par exemple, en CLSC, il existe depuis quelques années des services de première ligne pour ces personnes. Par exemple, plusieurs intervenants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont suivi la formation de la clinique du Faubourg Saint-Jean de psychothérapie de groupe pour les individus ayant un TPL.

Le rôle que joue la motivation dans le processus psychothérapeutique justifie l'intérêt de cet essai. Une meilleure compréhension des nuances du processus motivationnel pourrait améliorer le traitement rattaché au TPL, en plus de permettre aux divers intervenants d'adapter leurs interventions. Étant donné l'absence d'étude sur le sujet, il apparait important de tenter de mieux cerner les enjeux psychothérapeutiques des hommes au regard de la motivation, afin d'apporter des éléments pouvant aider à prévenir l'arrêt des traitements. Outre la motivation, un des enjeux qui sera considéré est l'alexithymie. Dans la littérature, les auteurs relèvent que les patients alexithymiques se heurtent aux bases mêmes du traitement thérapeutique, comme les individus ayant un diagnostic de TPL, à savoir la capacité de verbaliser et de discuter des expériences subjectives et des émotions. Évidemment, cette caractéristique pourrait avoir un impact sur la démarche d'aide des hommes TPL et leur motivation à poursuivre un suivi psychologique. Aussi, les chercheurs soulignent que chez les hommes ayant un TPL et un problème de toxicomanie, l'alexithymie fait partie des caractéristiques associées.

(Evren et al., 2012). Encore plus, l'alexithymie serait liée à la gravité du TPL et pourrait être un moyen de faire face aux symptômes dépressifs et anxieux.

Ainsi, l'objectif de l'essai de nature exploratoire est d'évaluer, à partir d'entrevues cliniques, la motivation d'hommes face à leur récente demande d'aide, de même qu'évaluer s'ils présentent de l'alexithymie. Notamment, à l'aide d'une entrevue semi-structurée; la motivation des hommes présentant un TPL face à leur traitement a été explorée. En effet, un canevas d'entrevue a été créé puisque les recherches antérieures n'en fournissaient pas. Ce travail a été réalisé dans le but de mettre de l'avant des pistes de réflexion pour des futures recherches empiriques.

Méthode

La prochaine section présente la méthodologie employée au sein de la présente étude. Tout d'abord, elle traite des critères de participation utilisés et du processus de sélection des participants. Elle présente ensuite les instruments utilisés et les variables à l'étude. Puis, seront abordées les informations relatives au déroulement de l'étude.

Participants

Les participants ont été recrutés au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest (CISSS-MO). Les critères d'inclusion et d'exclusion des participants par cette étude s'appuient sur la prévalence du TPL ainsi que ses critères diagnostiques. Les participants sont de sexe masculin et âgés de plus de 20 ans. Ces hommes ont reçu un diagnostic de TPL par un psychiatre. L'échantillon de cette étude comprend trois participants recrutés parmi les individus qui ont fait une demande d'aide récente au CISSS-MO. Un des participants avait un suivi en individuel par une psychologue et les deux autres participants faisaient partie de deux groupes différents de psychothérapie de crise pour le TPL. Une difficulté a été rencontrée quant au recrutement des participants puisque qu'un nombre plus élevé d'hommes était prévu au départ. Néanmoins, malgré de nombreux mois de recrutement, les hommes TPL n'étaient que peu présents dans les services actuels. Ce constat peut démontrer notamment une difficulté de rétention de ces hommes en psychothérapie et appuie la

pertinence de réaliser des études sur le sujet. Plusieurs hommes avaient été dirigés vers les services de santé mentale adulte, mais la plupart d'entre eux ne donnaient pas suite aux appels. Ainsi, malgré le fait que seulement trois hommes ont pu être rencontrés, il a été décidé de poursuivre l'étude sous une forme exploratoire, en analysant de manière encore plus détaillée les résultats obtenus lors de la rencontre avec chacun d'entre eux.

Dans un premier temps, le devis de recherche a été cheminé aux différents professionnels à l'aide d'un feuillet d'information pour le recrutement, dans les équipes de santé mentale adulte, qui suivent certains hommes souffrant de TPL comme défini dans l'étude. Ces professionnels ont été invités à informer leurs clients de la possibilité de participer à un projet de recherche. Par la suite, les clients montrant de l'intérêt ont été invités à remplir le consentement d'appel téléphonique, afin que l'étudiante-chercheuse les contacte pour leur expliquer la recherche de manière détaillée. Ainsi, trois hommes ont été retenus comme participant volontaire. Enfin, ces trois hommes ont été contactés par téléphone afin de déterminer le moment de la première rencontre lors de laquelle il leur a été présenté le formulaire d'informations et de consentement à cette étude.

Instruments de mesure

Tout d'abord, un questionnaire sociodémographique a été administré afin de recueillir certaines caractéristiques sociodémographiques des participants (voir Appendice B). L'instrument de mesure utilisé pour évaluer l'alexithymie est le *Toronto*

Alexithymia Scale (TAS-20) (voir Appendice C). Pour mesurer la motivation, une entrevue semi-structurée (voir Appendice D) a été administrée.

Questionnaire sociodémographique

Ce questionnaire avait pour but de dresser un portrait des participants. Effectivement, des questions sociodémographiques comme l'âge, le statut marital, le nombre d'enfants, leur partenaire de résidence, le niveau de scolarité, l'occupation actuelle et les loisirs ont été posées. Finalement, les antécédents de consultation à l'urgence, les hospitalisations psychiatriques antérieures et les consultations avec d'autres professionnels de la santé ont été questionnés.

Le TAS-20

Le TAS-20 est une grille évaluant l'alexithymie, soit la difficulté à nommer, différencier et exprimer ses émotions. Le TAS-20 sera un guide à savoir si l'identification difficile des émotions a un impact sur le cheminement psychothérapeutique des hommes. Il s'agit d'une échelle de 20 énoncés qui a été mise au point par Bagby et ses collaborateurs (1994). Les items sont cotés de 1 à 5 avec une étendue allant de 20 à 100. Pour cet instrument, le participant note son degré d'accord et de désaccord avec un énoncé à l'aide d'une échelle en cinq points, allant de *Désaccord complet* (1) à *Accord complet* (5). Il y a présence d'alexithymie chez un individu lorsqu'il obtient un score total supérieur ou égal à 56. Plus explicitement, les participants seront regroupés selon trois catégories, soit non alexithymique (score < 45),

sub-alexithymique (44 < score < 56) et alexithymique (score > 55) (Guilbaud, Corcos, Chambry, Paterniti, & Jeammet, 2000).

La version française du TAS-20 a été traduite de l'anglais par Marchand et Loas, Fremaux et Marchand (1995). Cette version française présente des paramètres métrologiques satisfaisants (Loas et al., 2001). De plus, le TAS-20 est considéré comme l'outil le plus efficace pour mesurer rapidement l'alexithymie (Helmes, McNeil, Cowan, Holden, & Jackson, 2008). Une étude menée auprès d'une population française non clinique a permis d'établir un coefficient alpha de Cronbach s'élevant à 0,79 (Loas et al., 1995). Après un processus de tri d'éléments psychométriquement pauvres de versions antérieures, le système d'évaluation tactique actuel présente une structure à trois facteurs. Les sous-échelles traitent des difficultés d'identification et de distinction entre les sentiments et les sensations corporelles (7 items), de la difficulté à communiquer ses sentiments aux autres (5 items) et d'une tendance à un style cognitif « orienté vers l'extérieur » (8 items). Les auteurs analysent les résultats obtenus à ces échelles avec des analyses factorielles sur des échelles validées. Le score global sera analysé ainsi que chacune des dimensions, et l'addition des scores des trois sous-échelles mène au score global. Il peut être intéressant d'analyser à quelle(s) sous-échelles(s) les participants ont un score plus élevé ou plus bas.

clicours.com

Entrevue semi-structurée sur la motivation en psychothérapie

Une entrevue a été construite afin de faire ressortir les éléments concernant la motivation des hommes TPL face à leur processus thérapeutique. Les questions ont été construites en se référant aux connaissances de base sur la motivation puisqu'aucun questionnaire n'a été identifié dans la littérature scientifique. Quant à la conception de ce questionnaire, l'enjeu final était de représenter fidèlement une réalité peu connue du monde scientifique en psychologie. Donc, une entrevue semi-structurée s'avérait un bon choix afin de recueillir des informations de façon exploratoire. Les questions ouvertes ont été privilégiées pour le gain de précisions, de nuances et d'informations des réponses. Aussi, les questions ouvertes ont permis de donner la place aux participants de pouvoir s'exprimer; ce qui a facilité l'adhésion au questionnaire. La formulation des questions est restée le plus simple et neutre possible afin d'éviter les termes trop techniques ou l'induction de réponses. Concrètement, cette entrevue a permis d'avoir de l'information sur le processus de demande d'aide des hommes, soit ce qui a été facilitant dans leur demande de services au CISSS-MO. Aussi, les chercheurs se sont intéressés aux motifs de leurs demandes d'aide. Après, les hommes ont été amenés à élaborer sur leur compréhension du processus d'engagement en psychothérapie et sur leur vision quant à leurs propres engagements. Les hommes ont été questionnés sur ce qui aurait été aidant pour les amener à terme dans leur traitement psychologique. En fin d'entrevue, les hommes avaient l'espace nécessaire pour verbaliser toute information qu'ils considéraient comme pertinente quant à la thématique de motivation relative au traitement psychothérapeutique.

Déroulement

Tout d'abord, un certificat éthique (voir Appendice E) a été obtenu afin de pouvoir procéder au recrutement des participants. Les participants à l'étude ont été informés préalablement à leur participation des mesures prises afin d'assurer la confidentialité de leurs résultats. Également, ils ont été avisés de leurs droits à s'abstenir de répondre à une question ou à se soustraire de l'étude.

Dans un premier temps, le devis de recherche a été acheminé aux différents professionnels, dans les équipes de santé mentale adulte, qui suivaient certains hommes souffrant de TPL comme défini dans l'étude. Ces professionnels ont été invités à informer leurs clients de la possibilité de participer à un projet de recherche. Par la suite, les clients montrant de l'intérêt ont été invités à remplir le consentement d'appel téléphonique afin que l'étudiante-chercheuse les contacte pour leur expliquer la recherche de manière détaillée. Ainsi, trois hommes ont été retenus comme participant volontaire. Enfin, ces hommes ont été contactés par téléphone afin de déterminer le moment de la première rencontre lors de laquelle il leur a été présenté le formulaire d'informations et de consentement à cette étude.

Lors de la rencontre d'évaluation, à l'intérieur d'un local du CISSS-MO, les participants ont procédé à la signature du formulaire de consentement à la participation à l'étude. Ensuite, ils ont répondu aux questions du questionnaire sociodémographique, au TAS-20, et la rencontre s'est terminée par l'entrevue sur la motivation en psychothérapie.

Résultats

Cette section présente les résultats. Tout d'abord, les données préliminaires obtenues sont abordées. Par la suite, les résultats sur l'alexithymie sont présentés de même que les réponses aux questions de l'entrevue portant sur la motivation en psychothérapie.

Présentation des résultats

Une analyse descriptive des résultats obtenus au questionnaire sociodémographique et celui portant sur l'alexithymie, soit le TAS-20, a été effectuée. Puis, puisqu'il s'agit d'une étude de cas de nature exploratoire, une analyse de nature qualitative a été effectuée pour les réponses des participants concernant la motivation.

Questionnaire sociodémographique

Le Tableau 2 présente les résultats obtenus par les trois participants au questionnaire sociodémographique.

Alexithymie

Au TAS-20, le participant 1 obtient un score de 67, le participant 2 obtient un score de 62 et le participant 3 obtient un score de 90. Ainsi, tous les trois sont considérés comme alexithymiques. Le Tableau 3 présente les résultats des sous-échelles au TAS-20.

Tableau 2

Données sociodémographiques des participants

	Participant 1	Participant 2	Participant 3
Âge	20 ans	29 ans	48 ans
Statut marital	Célibataire	Célibataire	Marié
Enfants	Aucun	Aucun	Trois enfants
Partenaires de résidence	Membres de la famille et un colocataire	Vit seul	Avec sa conjointe et ses enfants
Scolarité complétée	DES	DEC	DEC
Occupation	Emploi	Emploi	Emploi
Antécédents de consultation à l'urgence	Oui, à quatre reprises pour des symptômes dépressifs	Aucun	Oui, pour des symptômes dépressifs
Antécédents d'hospitalisation psychiatrique	Oui, à deux reprises	Aucun	Aucun
Antécédents de consultations avec d'autres professionnels de la santé	Oui, médecin de famille, psychiatre, travailleur social, psychologue et éducateur spécialisé	Médecin de famille et psychiatre	Médecin de famille, psychiatre et psychologue

Tableau 3

Résultats des sous-échelles au TAS-20

Sous échelles	Participant 1	Participant 2	Participant 3
Difficulté à identifier ses sentiments	25	15	35
Difficulté à décrire ses sentiments	18	19	20
Pensée orientée vers l'extérieur	24	28	35

Par ailleurs, puisqu'il s'agit d'une analyse de trois cas, il s'avère intéressant de présenter les items du TAS-20 pour lesquels tous les participants sont d'accord ou ceux pour lesquels tous les participants sont en désaccord. La présentation de ces items permettra d'alimenter davantage la discussion par la suite (voir Tableau 4).

Motivation

Le Tableau 5 (voir Appendice F) présente les résultats, soit un résumé des réponses à chacune des questions de l'entrevue sur la motivation en psychothérapie. Il est à noter que pour assurer la confidentialité des participants, les informations qui permettaient de les reconnaitre ont été supprimées des réponses présentées dans le tableau. Toutefois, l'étudiante-chercheuse s'est assurée que ces suppressions n'aient aucun impact sur le sens des verbalisations des participants.

Tableau 4

Résultats communs du TAS-20. Énoncés où tous les participants sont en désaccord complet ou en accord complet

En désaccord	En accord
J'arrive facilement à décrire mes sentiments.	Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.
	J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.
	J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.
	Être conscient de ses émotions est essentiel.
	Je trouve difficile de décrire ce que je ressens.
	On me dit de décrire davantage ce que je ressens.
	Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.
	Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.

Discussion

Cette dernière section présente la discussion. La présente étude a pour objectif de dresser un portrait des hommes ayant un diagnostic de TPL et de s'intéresser à leur motivation quant à un traitement psychologique. L'objectif de l'essai de nature exploratoire est d'évaluer, à partir d'entrevues cliniques, la motivation d'hommes TPL face à leur récente demande d'aide, de même qu'évaluer dans quelle mesure ils présentent un degré d'alexithymie. Effectivement, les chercheurs stipulent que les hommes présentent une alexithymie importante et qu'à la suite d'une demande d'aide en période de crise, la motivation chuterait drastiquement.

Tout d'abord, le profil de chacun des hommes sera réalisé au regard de quelques données préliminaires, du score qu'ils obtiennent à l'échelle de l'alexithymie et de la motivation en psychothérapie. Par la suite, il sera question des similitudes et des différences entre les trois participants. De plus, les implications cliniques de ce travail ainsi que ses forces et ses limites seront abordées.

Profil des hommes

Un profil sommaire de chacun des participants sera défini dans la section suivante de façon individuelle afin d'en faciliter la comparaison.

Participant 1

Monsieur est un jeune homme caucasien de 20 ans, célibataire et travaillant à temps plein dans un emploi manuel. Il est sans enfant et habite avec des membres de la famille et un colocataire. Depuis un jeune âge, il présente des antécédents psychiatriques nombreux et des antécédents de consultations avec d'autres professionnels. Au moment de l'entrevue, il est en suivi individuel avec une psychologue dans une équipe de santé mentale adulte dans les services de première ligne.

L'alexithymie est confirmée chez ce participant avec un score total de 67 au TAS-20. Pour ce qui est des sous-échelles, son score le plus élevé est dans la difficulté à identifier ses émotions (25). En deuxième position se retrouve la sous-échelle de pensées vers l'extérieur (24) et finalement, la sous-échelle de difficulté à décrire à autrui ses sentiments (18). Il peut être conclu que ce participant présente des obstacles importants à comprendre les émotions qui s'installent dans son monde interne pour ensuite les verbaliser à son entourage ou dans le cadre de son suivi. De plus, comme les autres participants, il a tendance à projeter vers l'extérieur, soit une tendance à la concrétude. En effet, ses expériences physiques plutôt que mentales prennent beaucoup d'espace dans son monde interne, comme souligné dans une étude préalable (Weinryb et al., 1992).

Quant à son processus motivationnel, nous pouvons le décrire comme étant variable. Par le passé, ce participant avait déjà fait d'autres demandes de services, encouragés par

son entourage et il n'avait pas donné suite. Actuellement, il a un désir de comprendre davantage son monde interne, motivé par une souffrance psychique importante. Néanmoins, le cadre thérapeutique fait obstacle pour ce client qui a tendance à fuir vers l'extérieur lorsqu'il doit élaborer sur ses sentiments. Aussi, son lien thérapeutique avec sa psychologue semble être un facteur de maintien du participant dans son suivi.

Participant 2

Cet homme caucasien a 29 ans, est célibataire, sans enfant et vit seul en appartement. Il travaille comme fonctionnaire au gouvernement à temps plein. Il n'a aucun antécédent de consultation à l'urgence, d'hospitalisation psychiatrique ou de consultation avec d'autres professionnels. Pour ce participant, il est clair que c'est la consommation de stupéfiants qui était son traitement et lors de l'arrêt de sa consommation, l'intensité des crises s'est intensifiée. Au moment de l'entrevue, il avait cessé les services. Cet arrêt des services, malgré la souffrance vécue, est congruent avec l'étude où il était observé un arrêt précoce des démarches thérapeutiques (Ogrodniczuk et al., 2005).

Il y a confirmation de la présence d'alexithymie chez ce second participant avec un résultat de 62 au TAS-20. Pour ce qui est des résultats des sous-échelles, le score de l'échelle de la pensée vers l'extérieur (28) est le plus élevé. Deuxièmement, il apparait l'échelle de la difficulté à décrire ses émotions à autrui (19) et troisièmement, l'échelle de la difficulté à identifier ses émotions (15). Ce participant semble présenter une pensée

opératoire, soit il se focalise sur les symptômes de son corps et évoque peu ses sentiments. L'élaboration sur son monde interne le rend plutôt inconfortable et accorde davantage ses priorités vers l'action.

Ce participant a été en mesure de relever que sa motivation a grandement chuté à la fin de sa période de crise, car il a attendu plusieurs mois avant d'être pris en charge. Il a tenté de perdurer dans le suivi, par culpabilité quant à son engagement face aux thérapeutes, et en ayant l'idée qu'il pénalisait d'autres individus souffrants qui étaient en liste d'attente. Actuellement, il dit avoir encore le désir d'en apprendre davantage sur sa problématique, mais le cadre thérapeutique imposé est un irritant pour lui.

Participant 3

Le troisième participant est un homme âgé de 48 ans d'une autre origine ethnique, habitant le Québec depuis plus de 20 ans. Il réside avec sa conjointe, avec qui il est en relation depuis plus de 15 ans, ainsi que leurs trois enfants. Il travaille à temps plein dans le domaine de la santé. Monsieur a des antécédents de consultations à l'urgence pour des symptômes dépressifs et des antécédents de consultations avec des professionnels. Au moment de l'entrevue, ce participant avait terminé son suivi de psychothérapie de groupe TPL en crise. Néanmoins, il est toujours en grande souffrance psychique et est à la recherche d'un soulagement mental.

Ce dernier participant présente aussi une alexithymie franche avec un résultat de 90 au TAS-20. Quant aux sous-échelles, il présente un score identique (35) à la sous-échelle de la difficulté à identifier ses émotions et de la pensée vers l'extérieur. Pour la troisième échelle, la difficulté à décrire ses émotions à autrui (20) obtient un score haut elle aussi. Le fait que ce troisième participant ait tendance à exprimer ses émotions par le corps confirme l'intérêt grandissant des chercheurs en psychosomatique envers l'alexithymie et la mentalisation (Lecours, Robert, & Desruisseaux, 2009). Ces derniers rappellent que les représentations mentales ne sont pas disponibles de façon optimale chez les individus alexithymiques. Elles ne peuvent ainsi être intégrées à l'expérience préconsciente et consciente. Une conséquence de cette indisponibilité des représentations est le risque de décharge des affects sur le plan somatique en raison de l'inefficacité des mécanismes mentaux pour gérer l'expérience émotionnelle.

De ce fait, l'intégration à un groupe de psychothérapie pour les personnes ayant un TPL prônant la mentalisation a été difficile pour ce participant chez qui les symptômes somatiques prennent beaucoup de place. La motivation a vite diminué, car le participant était à la recherche de concrétude pour se sentir mieux. Aussi, l'hétérogénéité du groupe a été un dérangement puisqu'il ne se sentait pas compris par des individus plus jeunes, de sexe féminin et d'une autre origine ethnique que lui. Le participant a tout de même terminé le groupe de thérapie, car il ne voulait pas perdre sa place.

Similitudes et les différences entre les participants

À titre exploratoire, les réponses au questionnaire sociodémographique ont été comparées afin de dresser un portrait des participants à l'étude.

Variables sociodémographiques

Les participants ont sensiblement le même niveau d'éducation, soit un diplôme d'études secondaires pour le plus jeune des participants et un diplôme d'études collégiales pour les deux autres participants. Chacun des hommes a un emploi à temps plein et ils ne sont pas en arrêt de travail.

Quant aux différences psychosociales, les participants diffèrent quant à leur âge, car ils ont entre 20 et 48 ans. Aussi, les deux participants dans la vingtaine sont célibataires et sans enfant tandis que l'ainé du groupe est marié et père de trois enfants mineurs. L'écart d'âge entre les participants amène une expérience relationnelle différente. Fait intéressant, ce n'est que le participant ainé qui a terminé son traitement. Quant à leur milieu de vie, un participant vit seul, un participant vit avec des membres de sa famille et un colocataire tandis que le dernier homme vit avec sa femme et ses enfants.

Par rapport au bilan psychiatrique antérieur, les antécédents sont assez nombreux pour chacun des participants. Le jeune homme de 20 ans a consulté à de nombreuses reprises à l'urgence pour divers symptômes psychologiques et des maux physiques. Aussi, il a été hospitalisé à deux reprises pour des idées suicidaires et des symptômes

dépressifs. Dès l'enfance, Monsieur a eu de nombreuses consultations avec divers professionnels : travailleur social, éducateur spécialisé, psychologue, etc. Jusqu'en 2017, il avait été peu enclin à s'investir dans un traitement puisqu'il s'en sentait forcé. Puis, lors d'une rencontre significative avec son médecin de famille, il a verbalisé la demande afin d'être dirigé vers un psychiatre et une équipe spécialisée en santé mentale adulte. C'est cette démarche qui a mené à son diagnostic de TPL. Pour ce qui est du second participant, il n'a aucun antécédent de consultation à l'urgence ou d'hospitalisation psychiatrique. Fait important, la consommation de drogues et d'alcool faisaient partie intégrante de son quotidien et c'est à la suite d'une tentative de sevrage que les principaux symptômes TPL ont fait surface selon ses dires. Pour ce qui est du troisième participant, malgré son âge, sa première consultation à l'urgence pour des symptômes psychologiques a eu lieu en 2016. Il n'a jamais été hospitalisé en psychiatrie. Néanmoins, des facteurs culturels sont à prendre en considération et il expliquera que c'est ces différences culturelles qui l'avaient empêché de demander de l'aide avant son arrivée au Québec. À la suite de sa consultation à l'urgence, il a rencontré son médecin de famille et c'est celui-ci qui a organisé une rencontre avec un psychiatre et qui l'a dirigé vers une psychologue spécialisée en problématiques relationnelles.

L'alexithymie

Un nombre limité de recherches s'intéresse à l'alexithymie chez une clientèle TPL, donc encore moins chez une clientèle masculine TPL en processus de demande d'aide. Tel qu'attendu, les résultats obtenus au TAS-20 indiquent que tous les participants

présentent une alexithymie importante, soit qu'ils sont incapables de décrire avec justesse leur monde émotionnel. Les résultats sont congruents puisque l'alexithymie est soulignée, dans de nombreuses recherches, comme étant une caractéristique typique de personnes atteintes d'un TPL (Grabe et al., 2004). La présence d'alexithymie confirme donc une difficulté importante dans l'élaboration de l'affect chez nos trois participants et d'un manque de ressources adaptatives quant aux situations affectives. Dans le même sens, cela permet de croire à une difficulté de mentalisation. Un des aspects de la mentalisation est de percevoir et interpréter les comportements humains en fonction des états mentaux comme les besoins, émotions, etc. (Fonagy & Allison, 2012). Afin de mentaliser, il est essentiel que la personne soit en mesure de repérer et ressentir ses états émotionnels; ce qui n'est pas le cas de la personne alexithymique.

Quant aux résultats des sous-échelles au TAS-20, de façon globale, si les scores les plus élevés pour les participants sont analysés, les trois hommes démontrent une pensée orientée vers l'extérieur, et deux mentionnent une difficulté à identifier leurs sentiments. En effet, les patients alexithymiques ont tendance à se concentrer sur des expériences physiques plutôt que mentales et utilisent souvent des mots orientés vers l'action plutôt qu'émotionnels pour décrire des situations frustrantes (Weinryb et al., 1992). De ce fait, les individus alexithymiques ont une préférence pour les détails externes de la vie quotidienne plutôt que pour le contenu du monde interne (Bagby et al., 1994). Cela est observable chez l'ensemble des participants.

Fait intéressant, en analysant les items, il est remarqué que celui évoquant la difficulté à décrire les sentiments ressort fortement; ce qui ressort moins quand on observe uniquement le résultat à la sous-échelle dans le Tableau 4. En effet, l'alexithymie est associée à des difficultés d'attachement, des relations affectives primitives, une absence d'expression émotionnelle et l'utilisation de défenses immatures à l'intérieur d'un TPL (Joyce et al., 2013).

Aussi, les items pour lesquels les hommes sont fortement en désaccord (voir Tableau 4) démontrent la difficulté à identifier et décrire leurs sentiments. Toutefois, les trois hommes ajoutent l'importance d'être conscient de ses émotions. Donc, le fait de reconnaitre l'importance d'être conscient de ses émotions, tout en reconnaissant avoir de la difficulté à les identifier et les décrire, peut amener les hommes à poursuivre le travail sur eux-mêmes en psychothérapie.

La motivation

Un type de motivation s'est dégagé de l'ensemble des entrevues des participants. En effet, chez l'ensemble des participants, il est observé une motivation intrinsèque, c'est-à-dire des comportements qui sont motivés par une gratification interne. En d'autres mots, la motivation à s'engager dans un processus thérapeutique provient des individus eux-mêmes. Tous les participants avaient fait des tentatives antérieures de demandes d'aide, mais pour tous, c'était la première fois où ils nommaient le désir de comprendre davantage leur monde interne et de mieux gérer leurs émotions. Les

hommes ont exprimé avoir l'impression que quelque chose les habitait depuis longtemps au sujet de leur santé mentale (impression de ne pas être « normal ») et voulaient clarifier cette situation. Ils espéraient aussi pouvoir moins agir et plus réfléchir quant à leurs besoins relationnels.

En plus, chaque demande d'aide s'est inscrite à l'intérieur d'une période de crises où les hommes ont eu des idées suicidaires et un dysfonctionnement social dans plusieurs sphères de leur vie. Donc, le fait d'être en crise, en grande souffrance, semble augmenter la motivation à suivre un traitement et à le maintenir. Lors des demandes d'aide, ils ressentaient une perte de contrôle de leur situation et ont consulté leur médecin de famille. Ainsi, pour chacun des participants, le lien avec leur médecin de famille a été un tournant dans le début du processus thérapeutique. En effet, ils ont nommé s'être sentis écoutés, compris et pris en charge. De ce fait, ce sentiment de confiance a permis aux hommes d'accepter une référence et d'amorcer un processus mental quant à leurs difficultés.

Pour deux des participants, l'entourage est un facteur de protection important et a permis aux hommes de rester motivés quant à leurs traitements psychologiques. La validation des amis quant à leurs besoins psychologiques a permis à ces deux hommes de passer outre la honte associée à la demande d'aide. Les hommes TPL luttent contre leur dépendance à autrui (Bergeret, 1996); il est donc difficile pour ceux-ci de se détacher de leurs interprétations relationnelles. Pour ce qui est du troisième participant,

la famille est décrite comme un facteur de risque, avec des problématiques relationnelles nombreuses et de lourds antécédents familiaux.

Quant à la notion d'engagement, les participants admettent que l'engagement est difficile pour eux, mais le besoin de consulter semble plus grand que cette difficulté. Aussi, l'honnêteté est ressortie chez un des participants, tant envers-lui-même qu'envers son psychothérapeute, comme étant un facteur motivationnel. Pour ce même homme, l'engagement est perçu comme un mal nécessaire vers un mieux-être, car parler de ses émotions est quelque chose de difficile pour lui. Effectivement, il décrit son engagement comme difficile et très exigeant en terme d'énergie. Ce participant souligne aussi que de se fixer des objectifs c'est facile, mais faire les changements pour les réaliser, c'est autre chose.

Chez les participants, l'engagement en psychothérapie est synonyme de responsabilités et de conditions à respecter. Quant à leur compréhension de l'engagement en psychothérapie, les participants ont beaucoup parlé du cadre thérapeutique qui est difficile à respecter (l'assiduité aux rendez-vous, être à l'heure, etc.). Afin de compléter son traitement psychologique, un participant nomme qu'il doit travailler sur sa capacité à gérer son horaire et être davantage stable au quotidien. Ce genre d'éléments concrets est parfois difficile chez les individus ayant un diagnostic de TPL. Les participants réalisent que l'externe n'est pas toujours aidant, mais la pensée opératoire peut apparaitre comme réconfortant en période d'instabilité. De plus, les

individus ayant un TPL résistent mal aux frustrations actuelles qui réveillent souvent d'anciennes frustrations infantiles significatives (Bergeret, 1996).

Pour le second participant, il ne se percevait pas comme engagé, car il a décidé de participer à la thérapie de groupe proposée par curiosité afin d'observer ce qui pourrait faire du sens pour lui. Aussi, lorsque la crise s'est calmée, son intérêt pour la psychothérapie s'est estompé et il a cessé de se présenter aux séances en mi-parcours. Aussi, il ne connectait pas du tout au vécu des autres participantes et aux activités proposées qui étaient du type exploration des émotions ou expression par l'art. Encore plus, ce participant dit avoir persévéré dans le suivi, car il se sentait coupable d'arrêter puisqu'il pensait aux autres individus sur la liste d'attente qui auraient pu profiter des services. En effet, des auteurs ont souligné que les hommes atteints de TPL étaient beaucoup plus susceptibles de se retirer des services en cours de traitement (Tull & Gratz, 2012). Le dernier participant a participé à l'ensemble du programme de crises pour individus TPL et le participant cadet poursuit des services dans un suivi individuel avec de grandes difficultés à respecter le cadre thérapeutique.

Pour les deux participants ayant accès à un groupe de psychothérapie, le groupe a été un facteur plutôt démotivant, car ils ne ressentaient aucun sentiment d'appartenance à l'égard des autres participants du groupe. Encore plus, les participants se sont sentis abandonnés par les services étant donné qu'ils auraient préféré avoir un suivi individuel et que cela leur a été refusé. Cela a amené à l'abandon du traitement par le deuxième

participant. En effet, le fait que ce soit majoritairement des femmes dans les groupes semble être un problème pour ces deux participants. Aussi, un des participants mentionne la difficulté d'être avec des individus plus jeunes. De ce fait, la composition des groupes pourrait être à considérer pour permettre une certaine homogénéité.

Les participants avaient diverses insatisfactions quant aux services offerts. Le délai dans l'offre de certains services est nommé par tous les participants. Cela pourrait avoir un impact négatif sur la motivation à poursuivre le traitement psychothérapeutique. Le second participant a participé au groupe TPL en crise jusqu'à la fin et par la suite, il s'est senti laissé à lui-même. Ces deux mêmes participants remettent en question le manque de personnalisation du service offert en groupe et notent une généralisation des services. Tous les hommes étaient les seuls hommes dans leur groupe de psychothérapie et c'était un enjeu qui fragilisait leurs motivations. Pour le participant plus âgé, le fait que les autres participantes du groupe étaient plus jeunes représentait aussi un enjeu, car il ne sentait pas qu'ils pouvaient partager des conflits relationnels similaires.

Forces et limites de l'étude

Cette recherche exploratoire avait comme objectif principal d'ouvrir des hypothèses de recherches futures. Malgré que seulement trois participants aient été évalués, l'étude permet de distinguer certains éléments intrapsychiques dans l'élaboration de la motivation des participants à l'intérieur de leurs traitements psychologiques. En

observant l'ensemble de cette étude, il est possible de dénoter plusieurs forces et limites au regard de son déroulement tout comme des résultats obtenus.

En premier lieu, il est important de souligner la qualité novatrice de cette recherche. Selon le contexte théorique étudié, aucune recherche ne s'est intéressée au rôle de la motivation quant aux traitements d'hommes présentant un TPL. Pourtant, il n'existe aucune différence de prévalence entre les genres quant au diagnostic de TPL (Davis, 2010). Il s'avère donc primordial de s'intéresser aux deux sexes de façon équivalente. Dans cette étude, l'utilisation d'outils validés et semi-structurés a permis de diversifier les résultats et d'élaborer sur divers aspects de la santé mentale des participants. Aussi, la complexité du phénomène est mise en évidence. Dans un contexte clinique, le traitement et la motivation à ce traitement diffèrent selon les enjeux spécifiques des hommes présentant un TPL. Il semble essentiel de tenir compte de ces divergences dans le fonctionnement psychique des hommes.

L'une des principales limites est la petite taille de l'échantillon, empêchant ainsi toute comparaison quantitative et limitant la possibilité de généralisation de nos résultats à tous les hommes atteints d'un TPL. La recherche s'est échelonnée sur plusieurs mois mais malgré cela, le recrutement a été difficile à effectuer et les hommes TPL étaient peu accessibles. Toutefois, étant donné le peu d'études sur le sujet, le caractère exploratoire a été privilégié dans le cadre de cet essai.

Clicours.COM

Cette étude soutient également l'importance de la modulation des interventions envers une clientèle masculine. Il apparait particulièrement intéressant d'effectuer une recherche plus exhaustive, avec un plus grand nombre de participants, afin que les cliniciens puissent adapter le traitement et la prévention chez les hommes.

Retombées cliniques

Cette étude constitue un premier pas vers une meilleure compréhension de la réalité des hommes présentant un TPL concernant leur motivation face à leurs demandes d'aide. En effet, elle expose des premières données concernant le profil des hommes TPL, l'alexithymie de ses hommes ainsi que leurs motivations quant à leur psychothérapie. Les résultats démontrent qu'il y a un besoin de conscientisation vis-à-vis la clientèle masculine présentant un TPL et de leurs besoins psychothérapeutiques. Cette étude fournit l'hypothèse que la mise en place d'une meilleure collaboration entre les médecins de famille et les organisations de soins en santé mentale de première ligne pourrait améliorer l'accessibilité aux services pour ses hommes. De plus, elle met en relief l'hétérogénéité des services qui ne semble pas servir de façon optimale les hommes TPL. Cette recherche met de l'avant la place de l'alexithymie au regard des difficultés des participants. Elle sollicite les intervenants à moduler leurs interventions afin de favoriser la motivation quant au processus thérapeutique. Finalement, il demeure que des recherches plus approfondies sur les besoins des hommes TPL doivent être faites préalablement avant d'instaurer des changements.

Perspectives futures

Certaines études pourraient faire suite à cette recherche. Ainsi, il serait intéressant de recruter un grand groupe d'hommes pour procéder à une recherche plus exhaustive sur le sujet. En effet, les hommes ont une prévalence du TPL similaire aux femmes mais pourtant, ils ne font que peu partie des recherches s'intéressant aux traitements et aux diverses approches utilisées avec ce type de clientèle. La faible représentation des hommes dans les recherches concernant le TPL est surprenant; ce qui met en lumière les services psychologiques qui sont inadaptés pour eux.

De plus, l'ajout d'un instrument de mesure pourrait enrichir une recherche ultérieure afin d'élaborer sur le concept de mentalisation chez les hommes TPL. Il serait intéressant d'ajouter cette caractéristique à la compréhension du processus motivationnel des hommes TPL quant à leurs traitements psychothérapeutiques.

Conclusion

Les résultats de la présente étude soutiennent la pertinence d'explorer davantage les services offerts aux hommes TPL ainsi que leur processus motivationnel quant aux traitements psychothérapeutiques. Ainsi, l'objectif de l'essai de nature exploratoire était d'évaluer, à partir d'entrevues cliniques, la motivation d'hommes face à leur récente demande d'aide, de même que l'alexithymie. Cette étude exploratoire a permis de dégager des profils psychologiques d'hommes TPL ayant récemment fait une demande d'aide ainsi que leur processus motivationnel. Les trois participants présentaient un TPL selon la conception du DSM-5 (APA, 2013).

Ces résultats montrent que tous les participants présentaient une alexithymie franche, donc une difficulté à comprendre et à exprimer leurs émotions. La difficulté de s'exprimer semble être un élément qui freine la motivation. Les résultats mettent en évidence le contexte de crise qui a mené aux demandes d'aide de chacun des participants et la diminution drastique de la motivation à la suite du passage de la crise. Aussi, la difficulté à intégrer un cadre thérapeutique au long terme, l'hétérogénéité des groupes de psychothérapie et le fonctionnement opérationnel des TPL font partie des freins à la motivation. Quant à la préservation de la motivation, les intentions intrinsèques d'en connaitre davantage sur leur monde interne ont permis aux hommes d'amorcer un traitement. Également, le fait d'être en crise, un lien significatif avec son médecin de

famille et les encouragements de l'entourage (famille et amis) augmentent la motivation quant aux services psychologiques.

Ces résultats permettent donc de contribuer au développement des connaissances sur un domaine de recherche qui en est encore à ses débuts. Ils mettent en évidence le processus qu'entament des hommes vers des services psychologiques et l'urgence de modifier l'offre de services au sexe masculin. Effectivement, les hommes ont une prévalence du TPL similaire aux femmes mais pourtant, ils ne font que peu partie des recherches s'intéressant aux traitements et aux diverses approches utilisées avec ce type de clientèle. Donc, une recherche exhaustive quant au processus motivationnel des hommes pourraient permettre aux cliniciens d'offrir des services et un cadre thérapeutique davantage adaptés aux hommes TPL.

Références

Adams, J. M., & Jones, W. H. (1997). The conceptualization of marital commitment: An integrative analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*(5), 1177-1196.

American Psychiatric Association. (1980). DSM-III: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3e éd.). Arlington, VA: Author.

American Psychiatric Association. (APA, 1994). DSM-IV: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). DSM-IV-TR: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd., rév.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (APA, 2004). American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2004. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (APA, 2013). DSM-5: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (APA, 2015). DSM-5 : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 2013). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Paris, France : Masson.

Andrew, C., Johnson, D. M., Shea, M. T., Yen, S., Battle, C. L., Zlotnick, C., ... Zanarini, M. C. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Comprehensive Psychiatry, 44*(4), 284-292.

Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry, 179*(5), 417-425.

Anscombe, R. (1986). Treating the patient who 'can't' versus treating the patient who 'won't.'. *American Journal of Psychotherapy, 40*(1), 26-35

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 23-32.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment.* Oxford, UK: Oxford University Press.

Bayes, A., & Parker, G. (2017). Borderline personality disorder in men: A literature review and illustrative case vignettes. *Psychiatry Research, 257*, 197-202.

Becker, H. S. (1960). Notes on the concept of commitment. *American Journal of Sociology, 66*, 32-40.

Bellino, S., Paradiso, E., & Bogetto, F. (2008). Efficacy and tolerability of pharmacotherapies for borderline personality disorder. *CNS Drugs, 22*, 671-692.

Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry, 158*(2), 295-302.

Ben-Porath, D. D. (2004). Strategies for securing commitment to treatment from individuals diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 34*(3), 247-263.

Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique.* Paris, France : Éditions Dunod.

Bloch, H., Chemama, R., Dépret, E., Gallo, A., Leconte, P., Le NY, J.-F., … Reuchlin, M. (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie.* Paris, France : Larousse

Burke, P. J., & Reitzes, D. C. (1991). An identity theory approach to commitment. *Social Psychology Quarterly, 54*(3), 239-251.

Busch, A. J., Balsis, S., Morey, L. C., & Oltmanns, T. F. (2016). Gender differences in borderline personality disorder features in an epidemiological sample of adults age 55-64: Self versus informant report. *Journal of Personality Disorders, 30*(3), 419-432.

Cailhol, L., Bouchard, S., Belkadi, A., Benkirane, G., Corduan, G., Dupouy, S., & Guelfi, J. (2010). Acceptabilité et faisabilité de la psychothérapie par les patients avec trouble de personnalité limite. *Annales médico-psychologiques, 168*(6), 435-439.

Caihol, L., Lesage, A., Rochette, L., Pelletier, E., Villeneuve, E., Laporte, L., & David, P. (2016). *Surveillance of personality disorders in Quebec: Prevalance, mortality and utilization profile.* Rapport de recherche pour l'Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec.

Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York, NY: John Wiley and Sons.

Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry, 188*(5), 423-431.

Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow. The psychology of optimal experience.* New York, NY: Harper & Row.

Davis, S. G. (2010). Gender bias and diagnosing: An examination of clinician gender bias in borderline and antisocial personality disorders. *Dissertation Abstracts International, 70,* 5813B.

Evren, C., Cinar, O., & Evren, B. (2012). Relationship of alexithymia and dissociation with severity of borderline personality features in male substance-dependent inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 53*(6), 854-859.

Fonagy, P., & Allison, E. (2012). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Éds), *Minding the child* (pp. 11-34). New York, NY: Routledge.

Freud, S. (1973). *Névrose psychose et perversion*. Paris, France : Presses universitaires de France. **Ouvrage original publié en 1924**.

Friedman, A. S., Terras, A., & Glassman, K. (2003). The role of participant motivation in the outcome of prevention/early intervention program for adolescent substance use problems and illegal behavior. *Journal of Child and Adolescent. Substance Abuse, 13,* 3-28.

Funtowicz, M. N., & Widiger, T. A. (1995). Sex bias in the diagnosis of personality disorders: A different approach. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 17*, 145-165.

Funtowicz, M. N., & Widiger, T. A. (1999). Sex bias in the diagnosis of personality disorders: An evaluation of the DSM-IV criteria. *Journal of Abnormal Psychology 108*, 195-201.

Galloway, V. A., & Brodsky, S. L. (2003). Caring less, doing more: The role of therapeutic detachment with volatile and unmotivated clients. *American Journal of Psychotherapy*, *57*(1), 32-38.

Gamache, D., Savard, C., Lemelin, S., & Villeneuve, É. (2016, juin). *Premature psychotherapy termination in an outpatient treatment program for personality disorders: a survival analysis*. Communication par affiche présentée dans le cadre du congrès annuel de la Société canadienne de psychologie, Victoria, Colombie-Britannique.

Grabe, H. J., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (2004). Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. *American Journal of Psychiatry, 161*(7), 1299-1301.

Guelfi, J. D. (2014). Les troubles de la personnalité dans le DSM-5. *Annales médico-psychologiques*, *172*(8), 667-670.

Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S., & Jeammet, P. (2000). Alexithymie et dépression dans les troubles des conduites alimentaires. *L'Encéphale : Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 26*(5), 1-6.

Goodman, M., Patil, U., Steffel, L., Avedon, J., Sasso, S., Triedwasser, J., & Stanley, B. (2010). Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice, 16,* 155-163.

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*, 533-545.

Green, B., & Wood, S. (2004). Personality disorder: Attitudes, understanding, and treatment. *Nursing Times, 100*, 40-43.

Hatzitaskos, P., Soldatos, C. R., Kokkevi, A., & Stefanis, C. N. (1999). Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 40*(4), 278-282.

Helmes, E., McNeil, P. D., Cowan, E., Holden, R. R., & Jackson, C. (2008). The construct of alexithymia: Associations with defense mechanisms. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 318-331.

Henry, K. A., & Cohen, C. I. (1983). The role of labeling processes in diagnosing borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *140*(11), 1527-1529.

Hingson, R., Mangione, T., Meyers, A. R., & Scotch, N. (1982). Seeking help for drinking problems: A study in the Boston metropolitan area. *Journal of Studies on Alcohol, 43*(3), 273-288.

Hoglend, P. (1996). Motivation for brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics, 65*, 209-215.

Hooley, J. M., & Hoffman, P. D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 156*(10), 1557-1562.

Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2007). Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 57*(1), 67-91.

Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ, 2015). *Surveillance des troubles de la personnalité au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1996_Surveillance_Troubles_Personnalite.pdf

Janta, B., Hilpert, H., & Riedel, P. (1987). Decisions of the physician in a psychoanalytic interview. Patient characteristics in the initial psychodiagnostic interview. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 33*, 511-520.

Joyce, A. S., Fujiwara, E., Cristall, M., Ruddy, C., & Ogrodniczuk, J. S. (2013). Clinical correlates of alexithymia among patients with personality disorder. *Psychotherapy Research, 23*(6), 690-704.

Kernberg, O. F. (2001). *Les Troubles limites de la personnalité*, Toulouse : Privat.

Kernberg, O. F. (2005). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapiques*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Kiesler, C. A. (1971). *The psychology of commitment*. New York, NY: Academic Press.

Lambert, M. S. (1991). Introduction to psychotherapy research. Dans L. E. Bentler & M. Grago (Éds), *Psychotherapy research: An international review of programmatic Studies* (pp. 1-23). Washington, DC: American Psychological Association.

Lamotte, F., Malka, J., & Duverger, P. (2009). Apport de la théorie des enveloppes psychiques à la compréhension des conduites de scarifications à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 57*(2), 146-153.

Larousse. (2017). *Dictionnaire de français.* [En ligne]. Repéré à https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue

Lecours, S., Robert, G., & Desruisseaux, F. (2009). Alexithymia and verbal elaboration of affect in adults suffering from a respiratory disorder. *European Review of Applied Psychology / Revue européenne de psychologie appliquée, 59*(3), 187-195.

Linehan, M. M. (1995). *Treating borderline personality disorder, the dialectical approach. Program Manual.* New York, NY: Guilford Press.

Loas, G., Corcos, M., Stephan, P., Pellet, J., Bizouard, P., Venisse, J. L., ... Jeammet, P. (2001). Factorial structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. Confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. *Journal of Psychosomatic Research, 50,* 255-261.

Loas, G., Fremaux, D., & Marchand, M. P. (1995). Étude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de l'échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) chez un groupe de 183 sujets sains. *L'encéphale, 11*, 117-122.

Lynch, L., Long, M., & Moorhead, A. (2018). Young men, help-seeking, and mental health services: Exploring barriers and solutions. *American Journal of Men's Health*, *12*(1), 138-149.

Martino, F., Menchetti, M., Pozzi, E., & Berardi, D. (2012). Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: A preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *66*(3), 180-186.

Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, *98*(1), 84-107.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management.* Leicester (UK): British Psychological Society.

Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., ... Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Psychiatry Research*, *190*(1), 37-42.

Ogrodniczuk, J. S., & Hadjipavlou, G. (2010). Promising psychotherapies for personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, *55*(4), 202-210.

Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Piper, W. E. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, *13*(2), 57-70.

Organisation mondiale de la santé. (2010). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Chapitre V(F) : troubles mentaux et troubles du comportement.* Paris, France : Masson.

Pervin, L. A., Cervone, D., & John, O. P. (2005). *Personality: Theory and research* (9e éd.). New York, NY: Wiley.

Pritchard, I. L., Klein, E. B., Stone, W. N., & Hicks, M. W. (2003). Understanding dropouts. *Journal of Mental Health Counseling, 25*(2), 89-100.

Prkachin, G. C., Casey, C., & Prkachin, K. M. (2009). Alexithymia and perception of facial expressions of emotion. *Personality and Individual Differences, 46*(4), 412-417.

Rapp, R. C., Li, L., Siegal, H. A., & DeLiberty, R. N. (2003). Demographic and clinical correlates of client motivation among substance abusers. *Health & Social Work, 28*, 107-115.

Ritzl, A., Csukly, G., Balázs, K., & Égerházi, A. (2018). Facial emotion recognition deficits and alexithymia in borderline, narcissistic, and histrionic personality disorders. *Psychiatry Research, 270*, 154-159.

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience, 8*(5), 16-20.

Schneider, W., Beisenherz, B., & Freyberger, H. J. (1990). Therapy expectation in different groups of patients with chronic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics, 54*(1), 1-7.

Schneider, W., & Klauer, T. (2001). Symptom level, treatment motivation, and the effects of inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research, 11,* 153-167.

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymia characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 22*, 255-262.

Silberschmidt, A., Lee, S., Zanarini, M., & Schulz, S. C. (2015). Gender differences in borderline personality disorder: Results from a multinational, clinical trial sample. *Journal of Personality Disorders, 29*(6), 828-838.

Sillamy, N. (1980). *Dictionnaire encyclopédique de psychologie. 2 vol.* Paris, France : Bordas.

Simpson, D., & Joe, G. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy, 30*, 357-368.

Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatric Quarterly, 74*(4), 349-360.

Sleuwaegen, E., Houben, M., Claes, L., Berens, A., & Sabbe, B. (2017). The relationship between non-suicidal self-injury and alexithymia in borderline personality disorder: "Actions instead of words." *Comprehensive Psychiatry, 77*, 80-88.

Sprock, J., Blashfield, R. K., & Smith, B. (1990). Gender weighting of DSM-III-R personality disorder criteria. *The American Journal of Psychiatry, 147*(5), 586-590.

Tadic, A., Wagner, S., Hoch, J., Baskaya, O., vonCube, R., Skaletz, C., ... Dahmen, N. (2009). Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology, 42*(4), 257-263.

Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2012). The impact of borderline personality disorder on residential substance abuse treatment dropout among men. *Drug and Alcohol Dependence, 121*(1-2), 97-102.

Vallerand, R. J., & Thill, E. E. (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation*. Laval, QC : Éditions Études Vivantes.

Van Beek, N., & Verheul, R. (2008). Motivation for treatment in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 22*(1), 89-100.

Von Mengden-Campezatto, P., Barcelos-Serralta, F., & Habigzang, L.-F. (2016). Interrupted therapeutic process of a patient with borderline personality disorder. *Estudios de Psicología, 37*(2-3), 484-513.

Webb, D., & McMurran, M. (2009). A comparison of women who continue and discontinue treatment for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health, 3*(2), 142-149.

Weinryb, R. M., Gustavsson, J. P., Åsberg, M., & Rössel, R. J. (1992). The concept of alexithymia: An empirical study using psychodynamic ratings and self-reports. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 85*, 153-162.

Wnuk, S., McMain, S., Links, P. S., Habinski, L., Murray, J., & Guimond, T. (2013). Factors related to dropout from treatment in two outpatient treatments for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 27*(6), 716-726.

Woodhead, E. L., Ivan, I. I., & Emery, E. E. (2013) Impact of older adults' experience with psychotherapy on treatment engagement. *Clinical Gerontologist, 36*(3), 260-273.

Young, J. E., & Klosko, J. (2013). *La thérapie des schémas*. Paris, France : DeBoeck.

Appendice A

Critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite selon l'approche dimensionnelle du DSM-5

Critères diagnostiques proposés

A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans au moins deux des quatre domaines suivants :

1. **Identité** : Image de soi appauvrie de façon marquée, peu développée ou instable, souvent associée à une autocritique excessive, à des sentiments chronique de vide et à des états dissociatifs sous l'influence de stress.

2. **Autodétermination** : Instabilité des objectifs, des aspirations, des valeurs ou des plans de carrière.

3. **Empathie** : Incapacité de reconnaitre les sentiments et les besoins d'autrui associée à une hypersensibilité personnelle (c.-à-d. prêt à se sentir blessé ou insulté), perception d'autrui sélectivement biaisée vers des caractéristiques négatives et des fragilités ou « points faibles ».

4. **Intimité** : Relations proches intenses, instables et conflictuelles, avec manque de confiance, besoins affectifs excessifs et préoccupations anxieuses concernant un abandon réel ou imaginé; relations proches souvent extrêmes, soit idéalisées, soit dévalorisées, alternant entre implication excessive et retrait.

B. Au moins quatre des sept traits pathologiques de personnalité suivants, au moins l'un d'entre eux devant être : (5) impulsivité, (6) prise de risque ou (7) hostilité :

1. **Labilité émotionnelle** (un aspect de **l'affectivité négative**) : Expériences émotionnelles instables ou changements d'humeurs fréquents, émotions facilement réveillées, intention et/ou hors de proportion avec les évènements et les circonstances.

2. **Tendance anxieuse** (un aspect **de l'affectivité négative**) : Sentiment intense de nervosité, tension ou panique, souvent en réaction à des stress interpersonnels, préoccupations par les effets négatifs d'expériences passées et d'éventualités futures négatives; se sentir craintif, inquiet, menacé par l'incertitude; peur de s'effondrer ou de perdre le contrôle.

3. **Insécurité liée à la séparation** (un aspect **de l'affectivité négative**) : Peur d'être rejeté par des gens qui comptent ou être séparé(e) d'eux, associée à des peurs d'une indépendance excessive et d'une perte complète d'autonomie.

4. **Dépressivité** (un aspect de **l'affectivité négative**) : Sentiments fréquents d'être au plus bas, misérable, sans espoir, difficultés à se remettre de tel état d'âme, pessimisme à propos du futur, sentiment envahissant de honte, sentiment d'infériorité, idées de suicide et conduite suicidaire

5. **Impulsivité** (un aspect de la **désinhibition**) : Agit sur un coup de tête en réponse à des stimuli immédiats, dans l'instant, sans plan ou considération pour les conséquences, difficultés à élaborer ou à suivre des plans, vécu d'urgence et comportement d'autoagression dans les situations de détresse émotionnelle.

6. **Prise de risque** (un aspect de la **désinhibition**) : Engagement dans des activités dangereuses, risquées, potentiellement autodommageables et superflues, sans penser aux conséquences; ne se soucie pas de ses propres limitations et dénie la réalité d'un danger personnel.

7. **Hostilité** (un aspect de l'**antagoniste**) : Sentiments de colère persistants ou fréquents, colères ou irritabilité en réponse à des insultes et des affronts mineurs.

Appendice B
Questionnaire sociodémographique

cliCours.com

UQTR
Université du Québec
à Trois-Rivières
Savoir. Surprendre.

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Questionnaire sociodémographique

Numéro du patient dans l'étude : _____ **Date :** _____

1. Date de naissance : _____

2. Statut marital :

   Marié : _____
   Conjoint de fait : _____ Depuis quand? _____
   En couple : _____
   Célibataire : _____
   Séparé/divorcé : _____
   Veuf : _____

3. Enfants et âge des enfants :

   _____
   _____
   _____

4. Avec qui vivez-vous (par exemple, conjoint, parent) et depuis quand?

   _____
   _____

5. Niveau d'éducation complété : _____

6. Occupation actuelle : _____

7. Avez-vous des loisirs? Lesquels?

8. Avez-vous déjà consulté à l'urgence? Si oui, quand et pourquoi?

9. Avez-vous déjà été hospitalisé en psychiatrie? Si oui, quand et pourquoi?

10. Avez-vous déjà consulté d'autres professionnels de la santé? Si oui, quand et pourquoi?

Appendice C
Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)

Nom : _____ Date : _____

Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items

Instructions : Indiquez, en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée. Ne donnez qu'une réponse pour chaque assertion : (1) désaccord complet, (2) désaccord relatif, (3) ni accord ni désaccord, (4) accord relatif, (5) accord complet.

		1	2	3	4	5
1.	Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.					
2.	J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.					
3.	J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.					
4.	J'arrive facilement à décrire mes sentiments.					
5.	Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.					
6.	Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.					
7.	Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.					
8.	Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.					
9.	J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.					
10.	Etre conscient de ses émotions est essentiel.					
11.	Je trouve difficile de décrire ce que je ressens.					
12.	On me dit de décrire davantage ce que je ressens.					
13.	Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.					
14.	Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.					
15.	Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.					
16.	Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des films dramatiques.					
17.	Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches.					
18.	Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.					
19.	Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.					
20.	Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.					

Bagby et coll. (1992). Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Version française : M. P. Marchand et G. Loas. Questionnaire publié par l'*Encéphale*XXI, 121-122, 1995.

Appendice D

Entrevue semi-structurée sur la motivation en psychothérapie

UQTR
Université du Québec
à Trois-Rivières
Savoir. Surprendre.

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Entrevue semi-structurée sur la motivation en psychothérapie

Numéro du patient dans l'étude : _____ **Date :** _____

1) Qu'est-ce qui a été facilitant dans votre demande d'aide au CISSS-MO?

2) Qu'est-ce qui a mené à votre demande d'aide actuelle? Pourquoi maintenant?

3) Qu'est-ce que pour vous l'engagement en psychothérapie?

4) Comment voyez-vous votre engagement en psychothérapie?

5) Qu'est-ce qui serait aidant pour vous afin de mener à terme votre traitement psychologique?

6) Avez-vous autre chose à ajouter par rapport à votre motivation face à votre traitement psychologique?

Appendice E
Certificat éthique

UQTR

Savoir
Surprendre

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : **La motivation en psychothérapie d'hommes ayant un diagnostic de trouble de la personnalité limite**

Chercheur(s) : Catherine Asselin
Département de psychologie

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-17-238-07.15

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 18 octobre 2018 au 18 octobre 2019

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

1 / 1

Décanat de la recherche et de la création **Date d'émission :** 23 octobre 2018

Appendice F

Tableau 5. La motivation en psychothérapie

Tableau 5

La motivation en psychothérapie

Questions	Participant 1	Participant 2	Participant 3
Qu'est-ce qui a été facilitant dans votre demande d'aide au CISSS-MO?	Ma première demande était nécessaire selon tout le monde. Ma deuxième demande, c'était parce que j'avais besoin d'être aidé, j'avais besoin de parler à quelqu'un, mon déclic sur le fait de voir un psy qui était pas normal, est parti. Je n'ai pas eu quelqu'un qui m'a accompagné là-dedans. Alors, je suis allé plusieurs fois voir des médecins pour être référé.	J'étais au bout du rouleau et je voulais comprendre ce qui se passait avec moi-même. J'ai vu mon médecin de famille parce que ça allait pu, j'étais pu capable de me gérer du tout. C'est moi-même qui ai demandé de consulter parce que je savais qu'il y avait quelque chose qui allait pas bien. J'ai demandé à mon médecin, ça a pris deux mois et j'ai eu un rendez-vous avec un psychiatre.	J'ai parlé à mon médecin parce que j'avais des problèmes de santé qui me dérangeaient. Il m'a orienté vers le groupe TPL gestion de crise que j'ai attendu un an avant de participer. Moi, j'ai oublié que j'étais en attente pour ce groupe, c'était long et désespérant. J'avais un bon lien avec mon médecin, j'ai pu lui expliquer les choses à ma façon parce que c'était insupportable. Quand je tombe dans la crise, je n'ai pas de contrôle sur mes pensées, sur mes actes physiques.
Qu'est-ce qui a mené à votre demande d'aide actuelle? Pourquoi maintenant?	Pleins d'évènements, mon séjour en psychiatrie, le fait que je suis toujours up and down, le fait que j'avais besoin de parler à quelqu'un. J'ai un meilleur ami, j'ai pleins d'amis proches qui me donnent des conseils. Tandis qu'un psy, peu importe l'action que je vais poser dans ma vie, la conséquence ira pas à lui. Si le conseil vient d'un ami, le geste que je peux poser peut atteindre mon ami. J'avais envie de m'aider à ce moment-là, j'étais rendu là dans ma vie, j'ai vieilli et j'ai accepté le fait qu'il fallait que je m'aide.	Parce que ça fait quelques années que je n'arrêtais pas de dire que j'avais un mal de vivre pis je voulais savoir d'où ça venait. Je savais que je n'étais pas normal, mais de là à savoir c'était quoi, j'en avais aucune idée. J'ai décidé de consulter justement pour essayer de trouver ce que j'avais. Parce que c'était la première grosse crise que j'avais depuis que j'avais arrêté la drogue.	Parce que moi j'ai vécu à l'extérieur du pays et là-bas, c'est autre chose. Je suis arrivé ici il y a 10 ans. J'avais ça dans mon adolescence, dans ma famille aussi il y a des problèmes et j'avais des problèmes relationnels. Parce que j'ai commencé à penser que ce n'est pas normal, que ça peut être de la folie ou des choses comme ça. J'avais une perturbation dans ma tête et dans ma personnalité pour toute ma vie. J'essaie de comprendre, est-ce que c'est juste moi ou tout le monde? Je n'avais pas de repère donc, c'est ce qui m'a poussé à demander de l'aide.

Tableau 5

La motivation en psychothérapie (suite)

Questions	Participant 1	Participant 2	Participant 3
Qu'est-ce que pour vous l'engagement en psychothérapie?	Ce que je ne suis pas, être assidu. Te présenter à tes rendez-vous, réaliser les objectifs qu'on fixe avec le psy, être le plus honnête possible. C'est sûr qu'il faut que tu parles de tes sentiments, de comment tu te sens. Toutes des trucs pas le fun, mais nécessaire.	Je me suis dit que c'était peut-être une solution pour m'aider à me gérer. Au début, je pensais que j'allais faire que des consultations solos, mais on m'a offert la psychothérapie de groupe, je l'ai essayé et je me suis dit que je ne perds rien à l'essayer. Autre que les médicaments, peut-être que ça va m'aider davantage. J'ai jamais vu mon suivi comme un engagement. J'allais là par curiosité plus que d'autre chose, je me sentais pas engagé. Je me sentais pas motivé. J'y allais, sauf que j'étais distant. J'étais observateur, je parlais un peu, mais je trouvais ça spécial.	L'engagement, être engagé auprès de quelque chose, être responsable. L'engagement c'est plus la responsabilité, plus la continuité donc, c'est l'engagement, quand tu t'engages avec, il y a des conditions.

Tableau 5

La motivation en psychothérapie (suite)

Questions	Participant 1	Participant 2	Participant 3
Comment voyez-vous votre engagement en psychothérapie?	Mon propre engagement est difficile. De me présenter à chaque rendez-vous, à telle heure, au début c'est correct, un moment donné ça peut se perdre. J'ai de la misère à suivre un horaire, mais je trouve ça difficile de parler de certaines choses, de certains sentiments, je ne suis juste pas capable de décrire mes sentiments. Je ne suis pas capable de mettre des mots alors, je trouve ça difficile. Réaliser mes objectifs, ce n'est pas facile non plus. Se mettre des objectifs c'est facile, les réaliser c'est autre chose.	Au début du traitement, je n'allais vraiment pas bien encore alors, je me suis dit que peut-être que ça allait être ma porte de sortie. En même temps, j'étais plus en crise, donc je voyais pu l'intérêt d'y aller. Je ne suis pas constamment en crise, j'allais là, j'allais bien, je me disais que j'allais là pour essayer de régler un problème que je n'ai pas actuellement. S'il y en a une prochaine crise, je vais peut-être avoir les outils. J'ai été à six séances sur huit et après j'ai arrêté d'y aller.	La présence malgré que j'ai manqué deux fois. C'était la participation, l'écoute et le respect des autres. Le groupe de gestion de crise, ça a fait une ouverture pour sortir de ce que je vivais, voir les gens, comment ils parlent, comment ils communiquent, est-ce qu'ils ressentent la même chose que moi? J'explore, ce n'est pas que j'avais un besoin de thérapie, mais ça a été plus une façon de me sortir de mon trou. Le fait que je suis TPL, dans ma prise de décision, ça me fait douter. Est-ce que c'est rationnel? ou c'est juste les émotions qui me poussent à faire ça? Tout le groupe TPL était des femmes. Il y avait un homme avec nous, mais il n'a pas continué. Il y en a beaucoup qui abandonnent. Il n'y a pas une communication optimale avec des gens plus jeunes. Des gens de mon âge, je n'ai pas de problèmes, car ils ont de l'expérience.

Tableau 5

La motivation en psychothérapie (suite)

Questions	Participant 1	Participant 2	Participant 3
Qu'est-ce qui serait aidant pour vous afin de mener à terme votre traitement psychologique?	Lorsque j'aurai atteint mon terme final en psychothérapie, c'est parce que mon trouble et mes problèmes vont être plus ou moins réglés et j'aurai les outils pour le faire à l'extérieur sans avoir quelqu'un avec moi. Mon plus gros problème en ce moment, c'est d'avoir ma stabilité. J'ai une stabilité au niveau de mes amitiés, mais c'est d'avoir une stabilité chez moi, d'habiter à une place plus que cinq ans et au niveau de l'emploi. Sinon, de pouvoir avoir une estime de moi-même de plus en plus solide. De pouvoir moins agir, plus réfléchir. D'être assidu à mes rendez-vous. Sinon, dans mon engagement, me mettre des objectifs réalisables à chaque année sinon, ça décourage. Au niveau de mon engagement, c'est sûr qu'être honnête dans mon suivi. Le fait que mes amis m'encouragent, c'est un peu plus aidant à réaliser mon engagement.	Je n'ai pas aimé l'aspect groupe. Le module que j'ai fait en plus, ça n'avait pas trop rapport avec moi, c'était confiance en soi. J'avais l'impression qu'on était dans un « freak show » et il y a du monde qui sont trop intenses. Il y en avait là-dedans qui faisait de l'automutilation. Au début, on était quatre gars, mais les autres ont lâché un après l'autre. La seule chose qui m'a fait tenir plus longtemps, c'est que je me sentais mal parce qu'au début, elle m'avait dit que si je m'inscris, ils s'attendent à ce que je reste jusqu'au bout, c'est important parce que je prends la place de quelqu'un d'autre. C'est plus ça qui m'a forcé à y aller. Les deux thérapeutes, je les ai vraiment pas aimés.	J'essaie de chercher des stratégies personnelles. Toute ta vie sociale peut être gâchée à cause de ça. Les services étaient très théoriques et j'étais perdu, c'était trop. J'essaie d'identifier mes problèmes, mon fonctionnement et mes déclencheurs de crises. Mais ce n'est pas la solution, je veux des solutions concrètes. Mon médecin m'a prescrit un médicament pour dormir, oui je le prends, mais ça ne répond pas au problème.

Tableau 5

La motivation en psychothérapie (suite)

Questions	Participant 1	Participant 2	Participant 3
Avez-vous autre chose à ajouter par rapport à votre motivation face à votre traitement psychologique?	C'est sûr que je suis plus motivé, car ce n'est pas relié à des ressources externes. C'est plus facile de parler si tu sais qu'il n'y a personne au-dessus à part ton psy qui va avoir accès à ton histoire. Des fois me lever à 10 h le matin, ce n'est pas tant motivant, mais ça fait partie de la game. Ça dépend de ta journée aussi comme ces temps-ci, je ne suis pas motivé à grand chose. Tout ce qui est de l'extérieur peut nuire ou peut améliorer ton engagement.	Quand ça va bien, ça va bien. Ça l'air que c'est le TPL un peu. Sauf que, moi ce qui m'a fait le plus de bien, c'est de connaitre ce que j'avais pour comprendre pourquoi j'avais des phases. Au lieu de me trouver pas normal, d'en parler à personne, et avoir l'impression d'être un mouton noir. Maintenant, je sais ce que j'ai et il me reste à travailler sur moi-même. Ce qui m'aide le plus c'est mes amis, ma famille, c'est le fait de les voir et de parler. Pour moi, ça c'est plus aidant qu'un groupe avec des personnes que je ne connais pas. Je n'ai pas aimé l'aspect que moi dans la vie j'aime gérer mon horaire du temps et là, à chaque lundi, j'avais mon groupe à aller faire et c'était pesant, je n'avais pas le goût. J'allais bien, je sortais de mon congé de maladie, je n'étais pas si pire et on dirait que c'était pire en allant au groupe.	J'ai déjà consulté des psychologues, ils ne répondent pas à mes besoins. C'est quelqu'un qui écoute, mais si je répète les évènements, ça devient stressant pour moi, car je veux perdre la mémoire par rapport à toutes les crises. Je ne veux pas de thérapie, je veux juste sortir de ma bulle. Juste de voir une issue, voir le meilleur à travers les autres. Le groupe de thérapie, les stades d'âge, c'est à modifier. Le jeune homme, je le comprends, je me vois à travers. À mon âge, c'est d'autres problèmes et interactions. Le groupe que j'ai passé, ça répond pas vraiment, ils étaient jeunes. Moi, ce qui me fait tomber en crise, c'est des gros problèmes, ce n'est pas des petits évènements. Ce n'est pas les mêmes évènements qu'un jeune TPL. Aussi, un TPL québécois ce n'est pas un TPL immigrant. Ce n'est pas ma façon de parler, de penser, ma philosophie, ma culture, ma religion. Dans ma culture, c'est différent, dans ma croyance aussi.