

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	xiv
Liste des figures .....	xvi
Remerciements .....	xvii
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	5
La théorie de développement psychosocial d'Erikson.....	6
Pensée d'Erikson .....	7
Description des stades .....	11
Stade 1 : Confiance – Méfiance.....	12
Stade 2 : Autonomie - Honte et Doute.....	16
Stade 3 : Initiative – Culpabilité .....	18
Stade 4 : Travail (Industrie) – Infériorité.....	19
Stade 5 : Identité – Confusion des rôles .....	20
Stade 6 : Intimité – Isolation.....	23
Stade 7 : Générativité – Stagnation .....	24
Stade 8 : Intégrité – désespoir.....	26
Principe épigénétique .....	28
Échelles de mesure et vérification du modèle.....	34
Critiques et différences sexuelles.....	37
Expansion et variante du modèle .....	42

Modèle de Newman et Newman.....	43
Le neuvième stade .....	46
Compétences et forces adaptatives.....	49
L'élément dystone .....	52
Conception de la psychopathologie.....	54
Modèle d'Erikson et la psychopathologie .....	55
Troubles de la personnalité .....	63
Définition de chacun des troubles de la personnalité.....	63
Groupe A .....	66
Trouble de personnalité paranoïaque .....	67
Trouble de personnalité schizotypique.....	67
Trouble de personnalité schizoïde.....	69
Groupe B.....	70
Trouble de personnalité borderline .....	70
Trouble de personnalité narcissique.....	72
Trouble de personnalité histrionique.....	74
Trouble de personnalité antisociale.....	76
Groupe C.....	77
Trouble de personnalité dépendante.....	77
Trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive.....	79
Trouble de personnalité évitante .....	81
Trouble de personnalité passive-agressive.....	82

Étiologie des troubles de personnalité.....	83
Groupe A .....	94
Trouble de personnalité paranoïaque .....	94
Trouble de personnalité schizotypique.....	97
Trouble de personnalité schizoïde.....	100
Groupe B.....	103
Trouble de personnalité borderline .....	103
Trouble de personnalité narcissique .....	109
Trouble de personnalité histrionique.....	111
Trouble de personnalité antisociale.....	112
Groupe C.....	115
Trouble de personnalité dépendante.....	115
Trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive.....	117
Trouble de personnalité évitante .....	118
Trouble de personnalité passive-agressive.....	120
Recherches empiriques.....	123
Questions de recherche .....	129
Méthode.....	133
Participants.....	134
Instruments de mesure.....	136
Questionnaire d'informations générales.....	136

Inventaire de perception de soi.....	137
Pré-test .....	139
Qualités psychométriques de la version originale de l' <i>IPD</i> .....	142
Qualités psychométriques de la traduction française de l' <i>IPD</i> .....	145
Inventaire de perception de soi (suite) .....	149
Qualités psychométriques de la version française du questionnaire pour le Stade 9.....	151
Inventaire de personnalité .....	153
Déroulement de l'expérience .....	155
Identification des analyses statistiques.....	158
Résultats .....	160
Analyses descriptives des principales variables.....	161
Présentation des résultats .....	169
Stades de développement et troubles de personnalité .....	169
Résolutions des stades de développement et échelles complètes des troubles de personnalité du <i>MMPI-2</i> .....	170
Corrélation canonique .....	170
Corrélations de Pearson.....	172
Régression linéaire multiple.....	176
Pôles positifs et négatifs .....	180
Corrélations canoniques .....	181
Corrélations de Pearson.....	181
Régression linéaire multiple.....	183

Exploration des autres variables.....	190
Autres variables du <i>MMPI-2</i> .....	191
Échelles de validité.....	191
Désirabilité sociale .....	192
Niveau de dépression .....	193
Manque d'estime de soi.....	193
Indicateurs négatifs au traitement.....	194
Variables sociodémographiques .....	195
Genre .....	196
Statut matrimonial.....	198
Scolarité.....	198
Thérapeute .....	199
Discussion .....	201
Discussion des résultats .....	202
Résolution des stades de développement et échelles de trouble de personnalité.....	203
Liens entre les deux groupes de variables .....	203
Liens généraux .....	203
Direction de la relation entre les variables .....	204
Liens prédicteurs.....	207
Troubles de personnalité .....	208
Groupe A.....	209
Échelle de trouble de personnalité paranoïaque.....	210

Échelle de trouble de personnalité schizotypique .....	211
Échelle de trouble de personnalité schizoïde .....	212
Groupe B .....	214
Échelle de trouble de personnalité borderline .....	214
Échelle de trouble de personnalité narcissique .....	217
Échelle de trouble de personnalité histrionique .....	219
Échelle de trouble de personnalité antisociale .....	221
Groupe C .....	222
Échelle de trouble de personnalité dépendante .....	223
Échelle de trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive.....	223
Échelle de trouble de personnalité évitante.....	224
Échelle de trouble de personnalité passive-agressive.....	226
Stades de développement .....	228
Stade 1 : Confiance – Méfiance .....	228
Stade 2 : Autonomie - Honte et Doute .....	229
Stade 3 : Initiative – Culpabilité.....	229
Stade 4 : Travail (Industrie) – Infériorité .....	230
Stade 5 : Identité – Confusion des rôles.....	230
Stade 6 : Intimité – Isolation .....	230
Stade 7 : Générativité – Stagnation.....	231
Stade 8 : Intégrité – Désespoir .....	231

Stade 9 (Gérot transcendance-Non gérot transcendance).....	232
Pôles des stades de développement et échelle de trouble de personnalité .	233
Liens généraux.....	233
Liens prédicteurs.....	235
Troubles de personnalité .....	235
Groupe A .....	238
Échelle de trouble de personnalité paranoïaque.....	238
Échelle de trouble de personnalité schizotypique .....	239
Échelle de trouble de personnalité schizoïde .....	240
Groupe B .....	241
Échelle de trouble de personnalité borderline.....	241
Échelle de trouble de personnalité narcissique .....	242
Échelle de trouble de personnalité histrionique .....	243
Échelle de trouble de personnalité antisociale .....	244
Groupe C .....	245
Échelle de trouble de personnalité dépendante .....	246
Échelle de trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive.....	247
Échelle de trouble de personnalité évitante.....	247
Échelle de trouble de personnalité passive-agressive.....	248
Stades de développement .....	250
Stade 1 : Confiance – Méfiance .....	250

Stade 2 : Autonomie - Honte et Doute .....	251
Stade 3 : Initiative – Culpabilité.....	251
Stade 4 : Travail (Industrie) – Infériorité .....	252
Stade 5 : Identité – Confusion des rôles.....	252
Stade 6 : Intimité – Isolation .....	253
Stade 7 : Générativité – Stagnation .....	253
Stade 8 : Intégrité – Désespoir .....	254
Stade 9 (Géotranscendance-non Géotranscendance).....	255
Modèle d'Erikson.....	257
Autres variables du <i>MMPI-2</i> et aspects sociodémographiques.....	260
Autres variables du <i>MMPI-2</i> .....	260
Échelles de validité.....	260
Désirabilité sociale .....	261
Niveau de dépression .....	261
Manque d'estime de soi.....	262
Indicateurs négatifs au traitement.....	263
Variables sociodémographiques .....	264
Genre .....	264
Statut matrimonial.....	266
Scolarité.....	266
Thérapeute .....	267

Forces et limitations.....	268
Forces de la recherche.....	268
Limitations de l'étude.....	269
Apports et recommandations.....	272
Apports.....	272
Recommandations.....	274
Conclusion.....	276
Références.....	281
Appendice A : Informations générales détaillées des participants.....	298
Appendice B : Les instruments de mesure.....	302
Appendice C : Figures reliant les quatre groupes de scores <i>T</i> des échelles de trouble de personnalité et les stades de développement.....	311
Appendice D : Analyses statistiques détaillées.....	318

## Liste des tableaux

### Tableaux

1	Modèle 1 d'Erikson des stades psychosociaux de la vie (Erikson, 1950/1963)....	13
2	Les stades du cycle de vie et tâches développementales de Newman et Newman (2012).....	44
3	Modèle 2 : Forces adaptatives (Erikson, 1950/1963; Erikson et al. 1986/1989) ..	51
4	Modèle 3 : Tendances mal adaptées et malignes (Erikson et al., 1986/1989) .....	57
5	Cohérence interne pour les pôles et la résolution de chaque stade .....	147
6	Moyennes et écarts types pour la résolution des stades de développement .....	163
7	Moyennes et écarts types pour le pôle positif des stades de développement .....	164
8	Moyennes et écarts types pour le pôle négatif des stades de développement .....	165
9	Moyennes et écarts types pour la résolution des stades de développement .....	166
10	Moyennes et écarts types, pour les échelles des troubles de personnalité selon les quatre groupes de valeurs en scores T.....	168
11	Corrélations entre la résolution de chaque stade de développement et les échelles de trouble de personnalité .....	173
12	Synthèse des résultats (Bêta) significatifs de l'analyse de régression multiple des stades de développement (résolution) sur les échelles de trouble de personnalité .....	177
13	Régression multiple des pôles positifs et négatifs globaux des stades de développement <i>IPD</i> sur les échelles de trouble de personnalité .....	184
14	Synthèse des résultats (Bêta) significatifs de l'analyse de régression multiple des pôles positifs des stades de développement sur les échelles des troubles de personnalité .....	185
15	Synthèse des résultats (Bêta) significatifs de l'analyse de régression multiple des pôles négatifs des stades de développement sur les échelles des troubles de personnalité .....	186

16	Régression multiple des résolutions des stades de développement sur les échelles de trouble de personnalité .....	319
17	Corrélations entre le pôle positif de chaque stade de développement et les échelles de trouble de personnalité .....	323
18	Corrélations entre le pôle négatif de chaque stade de développement et les échelles de trouble de personnalité .....	324

## Liste des figures

### Figures

1	Profil échelle dépendante.....	312
2	Profil échelle obsessionnelle-compulsive.....	312
3	Profil échelle évitante .....	312
4	Profil échelle passive-agressive.....	312
5	Profil échelle borderline .....	313
6	Profil échelle narcissique.....	313
7	Profil échelle histrionique.....	313
8	Profil échelle antisociale.....	313
9	Profil échelle paranoïaque .....	314
10	Profil échelle schizotypique.....	314
11	Profil échelle schizoïde.....	314
12	Profil stade 1 (résolution) .....	315
13	Profil stade 2 (résolution) .....	315
14	Profil stade 3 (résolution) .....	315
15	Profil stade 4 (résolution) .....	315
16	Profil stade 5 (résolution) .....	316
17	Profil stade 6 (résolution) .....	316
18	Profil stade 7 (résolution) .....	316
19	Profil stade 8 (résolution) .....	316
20	Profil stade 9 (résolution) .....	317

## **Remerciements**

L'auteure désire d'abord remercier tout spécialement son directeur de recherche, Monsieur André Pellerin, Ph. D., professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son soutien, sa disponibilité, son professionnalisme, son regard judicieux, sa confiance et son profond respect tout au long de ce cheminement vers l'accouchement de cette étude. Monsieur Pellerin a su saisir l'importance de la réalisation de ce projet et le besoin de latitude de l'auteure et respecter ceux-ci, tout en sachant limiter habilement les ardeurs aux bons moments, et pour tout cela, l'auteure l'en remercie chaleureusement. Grâce à cet accompagnement, malgré ce parcours de longue haleine, celui-ci fut riche pour l'auteure et sans défaillance sur le plan de la passion pour le sujet.

L'auteure désire également remercier les autres membres du comité doctoral, soit Madame Colette Jourdan-Ionescu, Ph. D. et Monsieur Jean-Pierre Gagnier, Ph. D., tous deux professeurs au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour leur confiance dans ce projet de recherche et pour leur contribution.

Par ailleurs, l'auteure souhaite exprimer sa profonde reconnaissance à tous les participants à cette étude, soit ceux qui ont complété les protocoles, mais également les thérapeutes intermédiaires qui ont suffisamment cru en ce projet pour accepter d'y participer. Sans leur générosité en aussi grand nombre, cette recherche n'aurait pu être menée à bon port ni aboutir à des résultats aussi appréciables.

Enfin, l'auteure désire offrir sa gratitude à tous les clients rencontrés depuis le début de sa carrière qui ont contribué à enrichir les prémises de cette recherche et l'expérience acquise pour la réaliser, et à tous les collègues et membres de son entourage qui de par leurs réflexions et discussions sur le sujet, leurs encouragements, leur intérêt soutenu, leur présence, leur confiance et leur compréhension pour le manque de disponibilité ont participé à l'atteinte de ce projet. Une parcelle de chacun de vous se retrouve dans cette réalisation. L'auteure souhaite ajouter un merci spécial à son partenaire de vie et souligner sa patience, son soutien et son affection, qui ont contribué à l'aboutissement de ce processus.

## **Introduction**

Depuis des décennies, plusieurs théoriciens et chercheurs tentent d'élucider ce qui départage l'avènement d'une personnalité saine de l'émergence d'un trouble de personnalité. Pour ce faire, de nombreuses hypothèses ont été avancées. Elles tiennent compte de facteurs entre autres d'ordre génétique, neurologique, expérientiel, environnemental, biologique, psychosocial et développemental. L'enjeu du développement chez l'enfant joue un rôle important dans certains postulats évoqués pour expliquer les troubles de personnalité. Or, le concept de développement prend différentes couleurs en psychologie et plusieurs modèles développementaux ont pris forme dans l'évolution de la compréhension de l'humain. Johnson (1993) note cependant que peu de recherches ont relié le développement psychosocial à la psychopathologie et encore moins en tenant compte des troubles de personnalité. Cet état de situation prévaut encore aujourd'hui même si la problématique de l'impact du développement de la personne sur l'étiologie des troubles de personnalité demeure entière et pertinente.

Parmi toutes les conceptualisations de la croissance, Erikson (1950/1963, 1966, 1972, 1980) se démarque par sa théorie sur le développement psychosocial en échelonnant celui-ci sur la vie entière et en introduisant le rôle majeur de l'interaction de l'individu avec l'environnement. Cette théorie est moins considérée dans la psychologie

contemporaine, alors que ses postulats demeurent pourtant utiles et riches à la compréhension du développement de l'humain. Bien qu'Erikson prônait le potentiel de l'être humain et sa santé psychologique plutôt que de mettre l'accent sur la psychopathologie (Hoare, 2002, 2005), il a introduit dans sa théorie la notion de déséquilibre développemental pouvant entraîner la pathologie (Erikson, J.M. Erikson, & Kivnick, 1986/1989). Au fil du temps, plusieurs recherches ont mis en lien son concept et divers éléments psychologiques ou pathologiques. Par contre, bien peu ont utilisé ses composantes pour étudier la source développementale des troubles de personnalité et à notre connaissance aucune recherche n'a mis en lien tous les stades développés par Erikson et les différents troubles de personnalité.

Cette théorie d'Erikson constitue donc un apport important pour l'intérêt de la présente recherche, justement par l'originalité de sa conception qui demeure pertinente en impliquant le caractère social du développement, en prolongeant celui-ci sur toute la vie et en distinguant les éléments syntones et dystones de chaque étape. La présente étude vise en fait à mieux comprendre les rapports qui associent le développement aux troubles de personnalité. Pour ce faire, elle se propose donc de mettre en lien la théorie de développement psychosocial d'Erikson et les échelles de trouble de personnalité. Plus spécifiquement, cette recherche s'inscrit dans un objectif global de vérifier s'il existe des relations entre les stades de développement psychosocial et les échelles de trouble de personnalité et si les premiers peuvent prédire l'avènement des secondes. Pour opérationnaliser cette visée, deux échelles de mesure des stades de développement

d'Erikson sont utilisées ainsi que le *MMPI-2* comme instrument d'évaluation des échelles de trouble de personnalité.

Le contenu de cette étude est colligé dans les pages qui suivent, à travers quatre chapitres. Le premier constitue le contexte théorique sous-jacent aux sujets à l'étude et l'émission des questions qui sous-tendent cette recherche. Le second chapitre fait état de la méthode utilisée pour la réalisation de l'étude, alors que le troisième rapporte les résultats et que le dernier discute de ceux-ci. S'ensuivra une conclusion, suivie de la liste des références et des appendices.

## Contexte théorique

Afin d'atteindre l'objectif principal de cette étude, soit de mieux comprendre les liens unissant le développement humain aux troubles de personnalité, essentiellement l'incidence du premier sur les seconds, la présente recherche se doit de passer préalablement en revue la théorie et l'état des connaissances de ces deux composantes. Pour ce faire, ce premier chapitre renferme quatre sections. La première évoque la théorie de développement psychosocial d'Erikson, suivie de la seconde qui porte sur les troubles de personnalité. La troisième section fait état des recherches mettant en lien le développement psychosocial et la pathologie, et le dernier segment énonce l'objectif et les questions pour la présente recherche.

### **La théorie de développement psychosocial d'Erikson**

Plusieurs auteurs ont éclairé certains aspects de la complexité du développement humain sous différents angles. Freud est probablement le plus connu avec sa théorie du développement psychosexuel. Erik H. Erikson est aussi l'un des auteurs qui a contribué significativement à mieux saisir cette complexité. Il a été parmi les pionniers à introduire la notion de développement s'échelonnant tout au long de la vie. L'origine de sa théorie datant déjà de plusieurs années, elle s'est raffinée ou ramifiée au fil du temps et elle a inspiré plusieurs théoriciens ou chercheurs pour leur propre pensée et théorie. Même si la théorie d'Erikson est moins présente dans le courant psychologique actuel, elle n'en

demeure pas moins pertinente lorsque l'on désire considérer le développement et la compréhension de l'être humain.

La première section vise entre autres à résumer sa théorie sur le cycle de vie, son évolution à travers les années et comment elle se relie à la pathologie. Elle comporte donc tout d'abord quelques éléments de la pensée d'Erikson, suivi de la présentation de sa théorie originelle des différents stades du cycle de vie et les notions qui y sont rattachées. Suivent ensuite une section sur le principe épigénétique et une autre faisant état des échelles de mesure de cette théorie, puis une section sur certaines critiques de la théorie d'Erikson et des différences sexuelles en lien avec ce modèle. La section suivante présente l'expansion du modèle d'Erikson. Par la suite, une partie spécifie les compétences et forces adaptatives développées par Erikson et un autre segment souligne l'apport de l'élément dystone. Enfin, une partie rend compte de la conception de la psychopathologie selon Erikson, suivie des liens plus spécifiques entre son modèle et la psychopathologie.

### **Pensée d'Erikson**

De par son histoire personnelle, Erikson manifestait une grande insécurité en ce qui a trait à la recherche et à la définition de sa propre identité. Cette quête et cette insécurité l'ont accompagné tout au long de sa vie (Hoare, 2002). Selon Berzoff (2011), la théorie d'Erikson est en grande partie fondée sur sa propre histoire et sur sa lutte pour son identité. Par ailleurs, malgré sa contribution considérable à la compréhension du

développement humain et son apport aux connaissances de la psychologie, et en dépit d'une grande reconnaissance publique, particulièrement dans les années '60, Erikson n'a jamais été vraiment reconnu par le monde psychanalytique (Wallerstein, 1998). Il était un idéaliste, un créateur, un artiste et un marginal (Hoare; Douvan, 1997). Sa pensée différait de celle de Freud sur certains aspects.

Selon Hoare (2005), Freud avait une vision mécanique de la psyché humaine. Il percevait le concept du soi comme un processus d'identification aux parents, soit des introjects parentaux, ayant lieu avant l'âge scolaire et étant selon lui à peu près immuable tout au cours de la vie (Schwartz, 2001). Ce processus se complétait pendant les années préscolaires, au cours de la formation du Surmoi, à la fin de la période du conflit oedipien et le sens du soi demeurait donc à peu près inchangé au cours du reste de la vie (Schwartz, 2005). Selon Hoare (2002), Freud considérait l'humain comme un être psychosexuel, et qu'une fois la maturité génitale atteinte, la tâche de l'adulte ne consistait qu'à aimer, travailler, puis mourir, tout en se battant contre des forces instinctuelles négatives qui ne sont jamais éliminées. Freud voyait la psyché comme étant un système fermé et intact, laissant ainsi peu de place à la possibilité de tout développement une fois l'individu devenu adulte, et peu de latitude également pour l'intersubjectivité, pour l'influence de l'environnement (Hoare, 2005). Celui-ci est perçu alors seulement comme une réalité qui gravite autour de l'individu, mais sans le pénétrer (Hoare, 2005).

La pensée d'Erikson se démarque de celle de Freud. En effet, elle met l'accent sur l'identité, comparativement à la sexualité, comme base fondamentale du bien-être psychologique (Berzoff, 2011). Erikson a influencé grandement le champ du développement humain en particulier celui de l'adulte (Douvan, 1997) en introduisant entre autres l'idée que le développement ne s'arrêtait pas à la période oedipienne (Eagle, 1997), mais qu'il allait bien au-delà du processus d'identification et des introjects parentaux de l'enfance (Schwartz, 2001). Contrairement à la vision de Freud, la pensée d'Erikson a été considérée comme un système ouvert, en ce sens qu'il ne voit pas la psyché comme limitée, mais plutôt que la personne est perméable à de nouveaux développements, aux autres et à la société à chaque moment de sa vie (Hoare, 2002, 2005). L'une des plus grandes contributions et innovations dans la pensée d'Erikson est d'ailleurs l'inclusion de l'élément social comme caractéristique importante dans le processus du développement de l'humain. Erikson a été le premier à émettre l'idée que le monde social existe dans la psychologie de chaque personne (Hoare, 2002) et dans la formation de son identité (Berzoff). Selon Erikson, l'identité d'une personne n'est pas uniquement individuelle, mais elle est incluse à l'intérieur de la société et elle est aussi dépendante de l'identification que la société fait de cette personne (Erikson, 1959, 1963: cité dans Eagle). En introduisant la notion sociale, Erikson changeait ainsi la perspective psychosexuelle telle que définie par Freud en perspective psychosociale (Hoare, 2005). Pour lui, s'il n'y a pas de contact avec autrui, il n'y a ni croissance ni vie possible (Erikson & Erikson, 1998). Cette interaction entre l'individu et la société comme contribution au développement de la personnalité s'établit d'ailleurs très tôt chez

l'humain (Douvan). En fait, Erikson perçoit la personne comme un tout, comme un être biopsychosocial, en considérant les interactions entre le corps, l'égo et le système social, ensemble et non opposés l'un à l'autre (Erikson, J. M., 1988; Hoare, 2002; Kishton, 1994). Ainsi, pour Erikson, le Soi et l'identité sont déterminés par les aspects biologique, psychologique et social (Berzoff). Par ailleurs, la variable environnement n'inclut pas seulement l'entourage immédiat de l'individu, mais également le contexte social dans lequel il évolue et même l'époque dans l'histoire sociale, soit l'aspect socio-historique (Douvan; Wallerstein, 1998). D'ailleurs, Erikson a observé différents peuples et il a même développé la psychobiographie à partir de l'étude de personnages connus afin de mieux saisir le rôle de l'anthropologie dans le développement humain (Douvan; Kishton). Pour Erikson (1972), le développement individuel, la succession des générations et la structure de la société se développent ensemble, mutuellement.

La bifurcation d'Erikson vers l'angle sociologique a possiblement contribué, entre autres, au fait que sa théorie a été minimisée et marginalisée par la psychanalyse (Wallerstein, 1998). Bien qu'Erikson n'ait pas bâti une école ni un empire à l'instar de Freud (Hoare, 2002), sa théorie a été très importante pour mieux comprendre le développement de l'humain particulièrement concernant l'adulte (Kishton, 1994). Erikson a une vision basée sur l'intégration de l'humain plutôt que sur la fragmentation telle qu'il la perçoit dans l'histoire de la psychologie (Hoare, 2005). Pour lui, le monde social, physique et culturel existe et laisse des traces dans le monde mental, dans la psyché de l'humain, dans un système ouvert (Hoare, 2005). Par ailleurs, contrairement à

la pensée de Freud, Erikson croit que l'impact des expériences vécues tôt dans la vie peut se modifier par des expériences ultérieures et par le contact avec d'autres personnes à travers une interaction, une intersubjectivité, dans un contact ouvert (Hoare, 2005). Ainsi, c'est dans cette perspective psychosociale qu'il a développé sa théorie centrale du cycle de vie à travers différents stades successifs.

### **Description des stades**

Le cycle de vie est le thème central de la théorie d'Erikson. Il est articulé dans un modèle dans lequel différents stades se succèdent tout au long de la vie. Erikson débute son modèle à la fin des années '30 en identifiant uniquement quatre stades, soit : la petite enfance (oral, anal, génital), la latence, la puberté et l'ajustement hétérosexuel (Friedman, 1999). Pendant quelques années, le modèle a peu progressé puisqu'Erikson rencontrait des difficultés à conceptualiser l'aspect psychosocial (Friedman). Il appert qu'un évènement familial important, la naissance d'un enfant avec le syndrome de Down en 1944, précipite la famille dans une crise qui aurait apporté des éléments à la pensée d'Erikson à propos du développement humain (Friedman). Il s'associa alors avec sa femme, Joan M. Erikson, pour élaborer et parachever le modèle avec huit stades de développement (Friedman). La théorie du cycle de vie a été présentée pour la première fois en 1950 (Erikson, J. M., 1988; Friedman). Bien que la charte initiale comporte déjà les huit stades de développement associés à chaque étape de la vie, Erikson a poursuivi l'étude des différentes étapes au fil de son propre processus de vie (Douvan, 1997). Les cinq premiers stades correspondent de très près aux stades de développement

psychosexuel de Freud, mais l'apport important d'Erikson est d'avoir étendu le développement sur toute la vie adulte et d'avoir introduit l'aspect psychosocial (Berzoff, 2011; Kishton, 1994). À l'origine, le modèle était donc représenté par une simple diagonale (Erikson, 1980), telle qu'elle apparaît au Tableau 1 à la page suivante. Le rationnel de ce choix d'utiliser la diagonale prendra davantage sens plus avant dans le chapitre. À chaque stade correspondent un élément positif-syntone et un élément négatif-dystone associés au degré de résolution du stade (Erikson et al., 1986/1989). Si la personne résout de façon positive l'enjeu d'un stade particulier, elle acquiert l'élément syntone plus en harmonie avec soi et l'environnement, alors que si la résolution s'avère négative, elle développe la composante dystone caractérisée par une plus grande dysharmonie avec soi et l'environnement. Chaque stade implique une relation mutuelle entre la personne et son environnement, selon une certaine intensité, y compris même entre le nourrisson et sa mère (Erikson et al.). Il importe donc à présent de définir les éléments de base de chacun des stades. Ceux-ci sont présentés selon une synthèse des écrits d'Erikson et d'autres auteurs qui les ont définis.

**Stade 1 : Confiance – Méfiance.** La confiance de base est la condition la plus fondamentale du développement psychosocial. Ce stade est très relié aux différents sens. Le premier contact avec le monde se vit avec la bouche et les yeux. C'est le mode d'incorporation. La première confiance sociale se manifeste donc à travers la régulation entre l'alimentation, le sommeil et les fonctions des intestins du bébé, sa capacité à recevoir et les soins donnés par l'entourage.



Le bébé associe graduellement le confort et les personnes qui le lui procurent. Il doit réussir à accepter graduellement de laisser la mère, ou la figure nourissante, s'éloigner de sa vue sans anxiété ou colère excessive parce qu'elle est intégrée à l'intérieur et prévisible à l'extérieur. Le bébé développe ainsi une confiance dans la continuité. La satisfaction future de ses besoins devient alors suffisamment prévisible pour valoir la peine de demander, mais aussi de tolérer l'attente pour la recevoir. Cette expérience forme le premier balbutiement de l'identité du moi qui découle de sensations intérieures reliées à un ensemble extérieur familial et anticipé. La confiance est donc reliée au fait d'avoir appris à se fier à la continuité de ceux qui procurent les soins à l'extérieur, à l'assurance qu'ils vont satisfaire ses besoins, mais aussi à la confiance en soi. L'enfant apprend à faire confiance à ses sens et en la capacité de son corps d'affronter ses besoins. La confiance du bébé implique qu'il devienne assez sûr de lui pour également inspirer la confiance des pourvoyeurs de soins. Il apprend ainsi à se fier aux autres et à se sentir digne de la confiance des autres et prend conscience d'être un individu distinct. C'est d'ailleurs à ce stade que va s'établir un sentiment d'un paradis perdu, d'une séparation. Le maintien de la confiance aidera donc à éviter de sentir la privation, l'abandon. Par ailleurs, ce premier processus de différenciation entre l'intérieur et l'extérieur semble être également à la base des mécanismes de protection que sont la projection et l'introjection. La confiance que le bébé va développer ne dépend pas de la quantité des soins reçus, mais bien de la qualité de la relation avec la mère dans un échange mutuel. Cette qualité dépend entre autres de l'attitude de l'entourage et de celle du bébé envers lui. Le sentiment de confiance sera développé

chez le bébé si la mère combine l'attention qu'elle lui porte à ses besoins individuels et la loyauté dans le style de vie culturelle, formant ainsi la base d'un sentiment d'identité chez l'enfant. Le bébé apprend ainsi à réguler son métabolisme et son urgence à obtenir satisfaction en s'adaptant à sa mère et celle-ci apprend à ajuster sa façon de répondre aux besoins de son enfant selon le bon moment et la bonne intensité. Cette réciprocité se fait au niveau oral, mais aussi au niveau du contact physique, de la chaleur, de la parole, du sourire. Par la suite, le mode d'incorporation s'activera davantage et de façon plus dirigée avec l'arrivée de la dentition, pour s'orienter alors sur un mode anti-incorporation. Le premier conflit à résoudre pour l'être humain se situe donc entre la confiance et la méfiance (Berzoff, 2011; Erikson, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Hawley, 1984; Yount, 2009).

Quand les stimuli sont trop intenses ou non adaptés aux différents sens du bébé, une réaction défensive apparaît alors, ou encore une forme d'inertie. Une lutte naît entre ses besoins et l'insatisfaction due aux réponses inappropriées. La lutte entre les deux va alors se résoudre positivement avec la confiance ou négativement par la méfiance, dépendamment du degré de confiance qui a déjà été introduit par les personnes qui prennent soin du bébé. L'enfant qui est trop confiant ou trop passif dans ses attentes ne développe pas la capacité nécessaire pour communiquer son réel besoin afin de recevoir la réponse appropriée, tandis que celui qui proteste trop par sa méfiance peut se priver d'offres sincères de l'extérieur. La confiance de base apporte calme, optimisme et attitude généreuse. Par contre, si les soins prodigués à l'enfant sont inadéquats à ce

stade, irréguliers, difficiles, stressants ou menaçants, ils peuvent alors susciter un sentiment de méfiance et de pessimisme. L'enfant aura tendance à croire que la vie est imprévisible et indigne de confiance avec l'impression que les bonnes choses ne durent pas et avec le doute que ses besoins puissent être satisfaits. L'extérieur est alors perçu menaçant et insécurisant. L'enfant devient sur ses gardes envers l'extérieur, mais également méfiant envers ses propres capacités (Berzoff, 2011; Erikson, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Hawley, 1984; Yount, 2009).

Le cycle de vie entraîne ensuite l'enfant vers le deuxième stade.

**Stade 2 : Autonomie - Honte et Doute.** Le développement des fonctions anales et musculaires amène l'enfant à expérimenter sa volonté autonome de rétention et de laisser-aller. C'est le stade aussi de la verbalisation et de l'obstination. L'enfant a une soif d'action et d'exploration. Il peut par exemple être très proche affectivement puis soudainement repousser, ou ramasser des choses puis les éparpiller. Il perçoit alors de grandes possibilités, mais aussi les restrictions qui sont définies en grande partie par la culture dans laquelle il évolue. Il va chercher à tester les limites de l'entourage. C'est une lutte pour l'autonomie. Le contrôle que l'extérieur exerce alors dépend en grande partie des valeurs de la société, mais doit être utilisé pour rassurer l'enfant. Il doit sentir que sa confiance et son estime de lui-même ne seront pas ébranlées par ses révoltes ou par son désir de liberté, de prendre et de repousser. L'environnement doit être ferme pour le protéger contre son incapacité à bien discriminer entre retenir et laisser aller, en

même temps qu'il doit l'encourager dans son autonomie. L'enfant développera alors un sens de l'indépendance et de maîtrise de soi et sera capable de prendre ses propres décisions en n'exerçant pas un contrôle sur l'autre ni en n'étant contrôlé par l'extérieur. Il se sent alors libre d'être lui-même (Berzoff, 2011; Erikson, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Hawley, 1984).

Selon Erikson, si l'enfant est trop limité, ou que l'entourage doute de ses capacités, celles-ci seront alors retenues et il aura le sentiment de perdre la maîtrise de soi. Si l'extérieur empêche l'expérimentation graduelle de l'enfant afin qu'il puisse développer son autonomie, l'enfant va retourner contre lui-même son besoin de discriminer et de contrôler. Il va ainsi apprendre à manipuler son monde interne. Comme il ne peut prendre possession de l'environnement pour l'expérimenter par des moyens répétés, il développera une obsession à la répétition afin de reprendre possession de l'environnement par le contrôle. La honte est reliée à la conscience d'être vu et au désir de ne pas l'être. C'est en fait une colère retournée contre soi-même. Si les efforts de l'enfant pour devenir autonome échouent et sont constamment punis, il développe alors de la honte et du doute. Il a alors honte d'être vu comme inadéquat, il doute de son efficacité, il est constamment incertain, n'arrivant pas à faire sa propre idée. Il a l'impression d'être dominé par la volonté des autres. Il devient docile ou têtu, tendu, n'étant pas capable de se laisser aller ni de se sentir libre d'être lui-même. Le degré d'autonomie que les parents vont permettre à l'enfant est tributaire de leurs propres

dignité et sens de l'indépendance, auxquels l'enfant sera sensible (Berzoff, 2011; Erikson, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Hawley, 1984).

**Stade 3 : Initiative – Culpabilité.** C'est le stade de la génitalité infantile. La démarche est acquise et plus libre. L'enfant peut considérer ce qu'il a envie de faire. Le langage étant aussi plus développé, c'est la période des questions. C'est le plaisir dans l'attaque et la conquête. Il cherche à s'introduire dans l'espace, dans l'inconnu ou dans l'esprit des autres par une voix intense. Chez le garçon, les actions sont dirigées vers la réalisation par des attaques directes alors que pour la fille c'est l'acte de saisir qui attire son intérêt et ce sera par un contrôle agressif ou en se montrant attirante et affectueuse. C'est l'époque aussi des jeux de rôles, l'imitation, l'imagination, la créativité, la curiosité, de tenter de faire comme les adultes. L'enfant manifeste un intérêt pour les différences génitales et pour les sujets sexuels, qui devrait s'atténuer entre autres par l'angoisse que ce sujet va faire naître graduellement vers la fin du stade, entraînant son refoulement. C'est aussi le stade de la compétition pour avoir une place privilégiée auprès du parent. L'enfant doit réussir ici à se défaire d'un attachement exclusif à ses parents pour grandir graduellement. Il va découvrir qu'en dépit de son désir et de ses efforts, il ne pourra être le partenaire du parent de sexe opposé. Il va chercher à s'identifier à de nouvelles personnes pour agir l'initiative tout en minimisant le sentiment de culpabilité que crée alors la rivalité impossible pour l'atteinte du parent désiré. Son enthousiasme doit aussi être limité par les besoins et les droits des gens qui l'entourent. Il doit apprendre à composer avec l'écart entre ce qu'il veut avoir ou faire en

fantaisie et ce qu'il peut avoir ou faire dans la réalité. Devant les limites imposées, il vivra alors de la frustration et il peut se sentir coupable si sa colère détruit en imagination ou dans la réalité ce qui a causé sa frustration, ou développer de l'angoisse et une crainte de la punition. Si ses comportements et ses projets réussissent, et s'il réussit à négocier ce conflit entre l'interne et les limites externes, l'enfant apprend à composer avec les choses et les gens et se renforce dans un sentiment d'initiative. Il développera de l'ambition, une capacité à résoudre des problèmes en planifiant et en passant à l'action, et il sera aventureux. Si au contraire, ses projets sont critiqués ou punis, il apprend à se sentir coupable pour ses actions. La culpabilité peut le conduire à se restreindre, à paralyser l'action et s'accompagner d'une peur d'être trouvé faible et inadéquat (Berzoff, 2011; Erikson, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Hawley, 1984).

**Stade 4 : Travail (Industrie) – Infériorité.** À ce stade, l'enfant apprend le travail, c'est-à-dire qu'il s'intéresse et peut être absorbé dans une tâche de production. La réussite n'est plus un but fantaisiste. C'est l'identification à la tâche et le premier sens de la division du travail. Il apprend le plaisir de terminer une tâche suite à une attention soutenue et tout en utilisant ses capacités pour réaliser une activité sérieuse. Il développe la compétence dans le travail. L'acquisition de celle-ci est aussi dépendante de l'environnement. Il développe des liens affectifs avec les enseignants et d'autres parents. Il va chercher à imiter des métiers. L'enfant s'intéresse ici à l'apprentissage des habiletés et des compétences. Il développe des habiletés cognitives, de jeux et de vie de groupe. Il se sent utile. Il apprend à se procurer de la reconnaissance en menant à terme

des réalisations. S'il ne parvient pas à développer des compétences à ce niveau, il désespère de ses moyens, ressent un sentiment de vide, d'incompétence et se sent inférieur, incapable d'être comme les autres. Cet état peut survenir suite à un manque d'ambition, à la passivité, à une inhabileté à se concentrer, ou peut impliquer un surinvestissement dans la production et la persévérance aux tâches comme étant le seul moyen de se faire une place dans la société, au prix du contact humain. Il peut arriver que la vie familiale n'ait pas bien préparé l'enfant à la vie scolaire ou que l'école ne réponde pas aux promesses des premiers stades, soit que ce qu'il réussissait à faire bien auparavant ne compte plus à l'école, ou encore que des conditions sociales fassent obstacle. Il peut arriver que le stade précédent ne soit pas complété et que le besoin de l'enfant d'être auprès de sa mère et de rester un tout-petit domine encore son besoin de connaissance. Il apparaît important alors que l'environnement fasse comprendre à l'enfant qu'il peut jouer un rôle significatif dans sa réalisation (Berzoff, 2011; Erikson, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Hawley, 1984).

**Stade 5 : Identité – Confusion des rôles.** Avec l'arrivée de la maturité sexuelle, l'enfance prend fin à ce stade. En raison des changements reliés à la maturation physique et à la maturité génitale, les identités et les acquis précédents sont remis ici en question. Les changements physiques, hormonaux et cognitifs déclenchent des modifications psychologiques intenses qui provoquent un état qu'Erikson appelle, moratoire (Erikson & Erikson, 1998; Hoare, 2002). C'est une crise normative de l'égo selon Erikson (Hoare). La préoccupation de la perception que les autres ont de lui devient prioritaire

pour l'adolescent. C'est la recherche de son identité individuelle en parallèle à une identité de groupe. Le critère d'identification devient davantage celui des pairs plutôt que celui des parents. L'intégration est davantage l'expérience développée de la capacité du moi à assimiler les identifications précédentes, avec la libido et avec les occasions présentées dans des rôles sociaux. Le sentiment d'identité se développe également en fonction de la confiance que l'adolescent acquiert que l'image que l'autre perçoit de lui soit identique à celle qu'il a de lui-même. Un sens de l'identité personnelle doit se former à travers sa recherche des valeurs et attitudes à prendre à travers ses différents rôles d'étudiant, d'ami, de membre familial, de sportif, ou autres, et commence à développer une pensée et des valeurs différentes de ses parents. C'est une période d'incertitude face au rôle adulte à venir. L'amour à cet âge sert à définir aussi sa propre identité en projetant sur l'autre l'image de soi qui n'est pas encore tout à fait définie, pour la retrouver plus claire après cette projection. C'est donc une étape qui n'est pas particulièrement sexuelle. L'adolescent doit fabriquer un sens avec ce qu'il a acquis comme connaissances de lui-même dans les stades précédents, ce qu'il perçoit de lui dans le présent et ce qu'il projette pour lui dans son avenir. Il doit définir son identité au niveau social, professionnel, et sexuel, tout en tentant de préciser qui il est, où il veut aller, qui il est en relation avec les autres et quelles idées défendre. Il atteint alors un sentiment de bien-être, d'unicité, d'individualité, une satisfaction d'être qui il est (Berzoff, 2011; Erikson, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Hawley, 1984; Wallerstein, 1998).

Selon Schwartz (2005), Erikson représente l'identité comme une collaboration entre l'individu et son contexte social et définit trois niveaux de l'identité, soit l'égo, le personnel et le social. L'égo serait le plus intérieur et le plus inconscient. Il représente des conflits intrapsychiques entre le moi, le ça et le surmoi (Schwartz, 2001). Il ne peut être mesuré. L'identité personnelle est représentée par les buts, les valeurs et les croyances. Enfin, l'identité sociale est l'identification à un groupe, la place et le rôle que chacun occupe dans la société, mais également le sens que la personne alloue à ceux-ci (Schwartz, 2005).

Toutefois, si l'adolescent ne réussit pas à intégrer et à construire son identité, ou qu'il ne parvient pas à résoudre le conflit entre ses rôles et les systèmes de valeurs, il développe alors une confusion de rôles et de l'identité. Celle-ci implique une grande différence entre qui il est et ce qu'il veut être. Il peut alors douter de son identité sexuelle ou être incapable de choisir une carrière et avoir une difficulté à se relier aux autres comme des semblables. Il doute de ses convictions de base ou de sa place dans la vie et dans la société. Il n'arrive pas à faire des choix, et évite l'engagement. Il vit un sentiment de vide et de peur de se définir. Il peut arriver alors qu'il s'identifie à des héros et qu'il semble perdre sa propre identité. Il est possible qu'il utilise également des moyens destructifs ou l'intolérance face à autrui dans une tentative de clarifier son identité, mais qui peut aussi être une défense contre une impression de perte d'identité liée à ses changements physiques et aux choix d'avenir qu'il devra faire. La confusion peut prendre plusieurs années à s'estomper ou disparaître soudainement lors d'une

révélation où la personne découvre qui elle est. Un début d'identité peut aussi être précipité dans la confusion, plutôt que vers la consolidation, en cédant sous la pression de la tâche associée à ce stade. Devenir adulte devient une tâche trop difficile à maîtriser. Si l'adolescent n'est pas soutenu dans l'émergence cohérente de son identité par l'environnement social qui l'entoure ou que les parents font preuve d'un trop grand idéalisme, il peut développer une identité négative en opposition ou se perdre lui-même en s'engageant par exemple dans des groupes antisociaux ou fanatiques (Berzoff, 2011; Erikson, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Erikson : cité dans Hoare, 2002; Hawley, 1984; Wallerstein, 1998).

**Stade 6 : Intimité – Isolation.** L'intimité ne sera possible que si l'étape de l'identité a été complétée. Ici, le jeune adulte apprend à s'abandonner sans avoir peur de perdre son identité, entre autres au niveau sexuel, dans les amitiés proches ou pour suivre une intuition venant de l'intérieur. À travers la sexualité, c'est la mutualité de deux personnes et cette expérience atténue les tensions. Une sexualité satisfaisante rend celle-ci moins obsédante et les compensations inutiles. C'est l'étape d'un partage profond et intense avec quelqu'un. L'amour suppose de donner et de recevoir ainsi que le devoir d'assumer des responsabilités et des compromis, de partager entre autres ses pensées et ses sentiments, et de prendre soin d'une autre personne sans perdre sa propre identité. Un besoin de distanciation est aussi présent dans ce stade. C'est-à-dire un besoin de délimiter son territoire d'intimité et de solidarité en faisant la différence entre les proches et les étrangers. En délimitant ses responsabilités d'adulte et en différenciant

ses liens compétitifs et ses liens érotiques, l'individu développe alors un sens éthique (Berzoff, 2011; Erikson, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Hawley, 1984).

Quand l'intimité n'est pas atteinte, l'individu a un sentiment d'isolation. Il a tendance à demeurer seul et est préoccupé par la peur de perdre son identité. Cet état survient entre autres lorsque l'identité n'est pas suffisamment développée pour prendre la chance de vivre l'intimité, ou encore qu'elle est fragile, rigide ou morcelée. L'identité est alors menacée par l'intimité et l'engagement apparaît restreindre la liberté, dû à ses risques potentiels que représentent à ses yeux la possibilité d'avoir des enfants et de rencontrer divers soucis. L'individu devient alors distant au niveau émotif dans ses relations ou est excessivement occupé dans des relations sociales, mais formelles alors que ses relations sexuelles manqueront de mutualité ou d'engagement émotif. Il refuse ou n'est pas capable de partager une intimité réelle avec quelqu'un, ou peut aller vers des relations intimes, mais peut devenir trop apeuré quand l'intimité devient trop intense ou trop engageante. Il a peur de perdre le contrôle de soi dans une trop grande intimité (Berzoff, 2011; Erikson, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Hawley, 1984).

**Stade 7 : Générativité – Stagnation.** C'est le stade qui couvre la plus longue période de vie, soit environ 30 ans. La personne à ce stade développe un intérêt pour la génération suivante, pour son éducation, pour la guider. C'est la période de procréation, de productivité, de créativité, d'implication au niveau professionnel et dans la communauté. La personne a besoin que quelqu'un ait besoin d'elle. C'est une étape où

l'adulte prend soin du bien-être des plus jeunes et où il a de multiples responsabilités, ce qui implique beaucoup d'endurance et de dévouement. Il est aussi soucieux de rendre le monde meilleur pour la génération qui suit en regardant au-delà de son propre développement. Il cherche également à élargir ses intérêts et à réaliser une certaine immortalité en réalisant des projets qui laisseront des traces dans le temps. La générativité n'implique pas nécessairement seulement d'avoir procréé. Elle consiste plutôt pour la personne à découvrir sa place dans le cycle de vie des générations (Berzoff, 2011; Eagle, 1997; Erikson, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Hawley, 1984).

Par contre, si l'adulte ne s'engage pas au niveau du travail, en amour ou d'une façon quelconque dans la société, il développe l'état de stagnation avec l'impression que sa croissance personnelle et sociale a pris fin. Par ailleurs, le désir d'avoir des enfants n'implique pas obligatoirement qu'il y aura générativité ou capacité parentale adéquate. De plus, à cette étape de vie, l'adulte commence aussi à vivre des pertes importantes. À notre époque, la crainte même de la perte ultime de la planète elle-même ou de l'espèce humaine peut l'accompagner. Selon Erikson (Erikson, 1959 : cité dans Eagle, 1997), l'élément dystone de ce stade n'est pas un manque de générativité, mais bien la stagnation. Celle-ci est donc une forme d'adaptation à l'échec de la générativité. La stagnation peut aussi entraîner une implication moindre dans les relations interpersonnelles de la personne et régresser également à une pseudo-intimité. La personne n'a pas de but et vit le moment présent avec des satisfactions à très court terme. Le fait de ne pas être impliqué à créer dans un mode génératif peut conduire à une

forme d'égoïsme. L'individu peut aussi faire preuve d'hostilité, d'autoritarisme, se montrer plus destructeur ou mesquin au niveau individuel ou social, ou insensible aux besoins d'autrui, ou peut aussi vivre de l'ennui et avoir le sentiment de simplement exister (Berzoff, 2011; Eagle; Erikson, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Hawley, 1984).

**Stade 8 : Intégrité – désespoir.** L'intégrité est la synthèse et le résultat du savoir accumulé au fil des étapes précédentes. Toutefois, selon Erikson (1966), seul celui qui a été actif et qui s'est adapté aux réussites et aux échecs peut aspirer à récolter la portée des autres étapes. L'individu accepte alors son unique cycle de vie qu'il ne peut changer et en fait un tout significatif et satisfaisant. Il accepte que sa vie soit sous sa propre responsabilité et est prêt à défendre la dignité de sa façon de la vivre. De par l'unicité de son cycle de vie, il a contribué également à l'intégrité de sa culture et de l'humanité. La mort devient alors moins menaçante et est davantage acceptée comme une étape inéluctable de la vie. Il possède à ce moment un amour de lui-même comme humain sur le plan spirituel et universel. Il croit dans la continuité des choses et possède un jugement sûr. La capacité d'intégration doit être suffisamment grande pour faire face à la diminution physique qui s'installe. L'intégration est aussi celle des capacités des côtés droit et gauche du cerveau combinées, soit la logique et l'imagination, la créativité (Berzoff, 2011; Erikson, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Hawley, 1984).

Lorsque le cycle de vie n'est pas perçu comme satisfaisant, comme ne pouvant être changé et ayant une fin, que l'individu ne procède pas à l'intégration, la peur de la mort

apparaît ainsi que la déception et le désespoir de ne pas pouvoir recommencer sa vie qui lui apparaît futile et dépourvue de sens. Le désespoir peut parfois se dissimuler derrière le dégoût, l'intolérance et l'insatisfaction persistante. Le désespoir peut être vécu par rapport à lui-même, mais aussi par rapport à l'humanité (Berzoff, 2011; Erikson, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Hawley, 1984).

Plus tard dans sa vie adulte, Erikson modifia le caractère quelque peu absolu qu'il avait fait de ce dernier stade. Il soulignait alors que la personne âgée peut au mieux atteindre un semblant d'intégration compte tenu des pertes de capacités au niveau physique et des pertes également au niveau psychosocial, qu'il est impossible que quelqu'un puisse résoudre avec succès toutes ses crises de vie (Hoare, 2002).

À l'aube de son grand âge, Erikson modifia également sa conception de l'identité. Il notait le cynisme et le refus de rôle à la place de la confusion ou diffusion d'identité, comme élément dystone. Il fit de même avec le stade de l'intimité où il nomma l'exclusivité à la place de l'isolation, et au stade de générativité, il parla de rejet plutôt que de stagnation (Erikson, 1975 : cité dans Hoare, 2013a; Hoare, 2002). Ainsi, Hoare (2002), dans ses nombreuses recherches de documents écrits et inédits d'Erikson, souligne qu'il appert que plus jeune, Erikson avait une vue plus positive projetée vers l'avant, alors qu'en vieillissant, il projetait une vision plus négative vers l'arrière.

Erikson ne donnait que des âges généraux à ses stades (Greene, 2008). Il ne désirait pas que des âges fixes soient associés à chacun des stades (Hoare, 2002), car le temps mis à vivre un stade peut varier (Erikson, 1950/1963). Toutefois, certains auteurs se sont permis d'associer des tranches d'âge à chacun des stades. Le stade 1 se situerait de 0 à 18 mois ou 2 ans, le stade 2 de 18 mois ou 2 ans jusqu'à 3-4ans, le stade 3 de 3-4 ans à 5-6 ans, le stade 4 de 6 à 11-12 ans, le stade 5 de 11-12 ans à 18-22 ans, le stade 6 de 18-22 ans à 30-34 ans , le stade 7 de 30-34 à 60-65 ans et le stade 8 de 60-65 ans et plus (Berzoff, 2011; Greene; Yount, 2009; Newman & Newman, 2012).

Bien que les différents stades soient maintenant définis séparément, il importe d'explorer comment s'articulent leur coexistence et le mécanisme du cycle de vie.

### **Principe épigénétique**

L'apparition de chaque nouveau stade déclenche une nouvelle crise ou conflit chez l'individu. Bien qu'Erikson (1950/1963) parle de conflits ou de crises dans son modèle, il précise que cela ne signifie pas que chaque étape déclenche obligatoirement une crise, mais que ce sont des moments critiques, charnières où la personne doit faire des choix entre progresser et intégrer ou régresser, mais que ce processus peut varier au niveau de l'intensité. À chaque début de stade apparaît une tâche biologique, cognitive, affective, psychologique et sociale nouvelle du développement, une nouvelle énergie instinctive, de nouvelles perspectives, de nouveaux contacts et de nouvelles demandes de l'environnement social (Hawley,1984; Newman & Newman, 1983, 2012), qui créent

une vulnérabilité particulière à cette étape spécifique avec laquelle la personne doit composer (Erikson, 1980; Hawley). Les efforts psychologiques que doit déployer alors la personne et son organisme pour s'adapter aux nouvelles composantes engendrent une crise qui se traduit en un conflit entre deux attitudes possibles dont l'issue aidera l'individu à développer une personnalité saine ou moins saine (Hawley). Chaque crise engendre de l'anxiété et provoque un réaménagement différent des caractéristiques de personnalité avec de nouvelles bases de soutien et une solidité modifiée (Delisle, 2004). Le changement le plus drastique qu'une personne a à vivre est le passage de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine (Erikson, 1980). À chaque stade, il y a l'ascendance de la crise, la crise elle-même, puis sa résolution, l'issue à la fin du stade qui, si elle est favorable, aboutit à l'élément positif-syntonie du stade, ou si elle est défavorable, à la composante négative-dystone (Erikson, 1980; Hawley). Bien que différentes variables à l'intérieur même de chaque stade peuvent influencer la résolution de celui-ci, tel que cité dans la description de chaque stade, il apparaît que chaque issue n'existe pas de façon pure. Elle est influencée par la résolution des stades précédents. La réussite de ceux-ci est donc nécessaire pour donner la force d'affronter les stades suivants et aspirer à une résolution positive (Erikson, 1950/1963; Hawley; Newman & Newman, 1983). Par conséquent, chaque stade se retrouve précurseur et successeur (Berzoff, 2011; Erikson, 1980; Marcia, 2002, 2006; Whitbourne, Zuschlag, Elliot, & Waterman, 1992). Ainsi, chaque étape, chaque résolution s'ajoutent successivement aux précédentes en un développement progressif et hiérarchique selon un plan fondamental en vue de former un tout (Erikson, 1950/1963, 1980; Hawley; Kishton, 1994). C'est ce qu'Erikson

(1950/1963, 1980) nomme comme un des éléments du principe épigénétique. C'est un processus en partie conscient et inconscient et qui se situe également en interaction avec le monde social (Erikson, 1980).

En fait, le principe épigénétique est l'essence espace-temps de tout le développement (Erikson et al., 1986/1989). En ce sens, chaque stade ou composante de la personnalité est relié aux autres dans une relation d'interdépendance où chacun est présent toute la vie et existe donc avant que sa période critique ne se présente dès le commencement de la vie, sous une forme ou une autre (Erikson, 1950/1963, 1972, 1980; Hawley, 1984). Ceci amène Marcia (2006) à dire qu'il existe en fait 64 stades. Cette thèse d'Erikson explique son choix de placer son modèle dans une diagonale, pour indiquer que chaque stade est imbriqué également dans les autres et durant tout le parcours de l'existence (Capps, 2004; Erikson et al., 1986/1989). Dès l'origine de son modèle, Erikson avait intentionnellement laissé des cases vides dans son schéma avec comme visée qu'avec le temps et une connaissance accrue du développement, elles pourraient être remplies pour compléter le modèle en y introduisant les précurseurs de chaque stade qui s'inscrivent dans les sept autres, ainsi que les dérivés de chacun, soit comment chaque étape est inscrite dans chaque autre (Erikson, 1950/1963), y compris dans le stade d'âge mûr où le développement existe encore (Hoare, 2002). Erikson (1972) a complété lui-même son schéma au niveau du stade 5 de l'identité, avec ses précurseurs et ses dérivés. Plus tard, Slater (2003) a introduit les dérivés d'un second stade dans le schéma, soit pour le stade 7, la générativité-stagnation.

L'endroit où est situé chaque stade dans le modèle tel que conçu par Erikson indique une période où la composante de ce stade est plus critique dans le développement (Capps, 2004; Erikson, 1972). Ainsi, la diagonale montre donc une séquence hiérarchique des stades à suivre (Erikson, 1950/1963). Selon Hawley (1984), différentes recherches ont vérifié un lien significatif entre l'arrivée d'un stade et l'âge prédit, alors que d'autres ne trouvaient pas de relation claire entre les deux. Or, il peut arriver qu'il y ait une variation au niveau de la durée et de l'intensité, dépendamment de la personne, de la culture ou des événements de la vie, mais l'accélération ou le retardement à un stade apportera des changements à la résolution des stades subséquents (Erikson, 1950/1963).

Par ailleurs, selon Erikson (1959 : cité dans Hawley, 1984; Erikson, J. M. 1988), la résolution d'un stade ne peut jamais être acquise, assurée et permanente pour la vie. L'identité est donc un processus continu qui dure toute la vie (Erikson & Newton, 1973 : cité dans Hoare, 2013a). L'individu poursuit son adaptation au cours de sa vie, à travers de nouveaux besoins et de nouvelles habiletés et le support ou l'exclusion de l'extérieur peut également modifier les premiers acquis (Hoare, 2005). Tout au long de la vie, les acquis sont renégociés, mais avec le temps, l'individu élabore des mécanismes pour maintenir les gains ou réparer davantage les pertes (Erikson, 1959 : cité dans Hawley). Par conséquent, l'issue de chaque étape refait surface sous différents angles dans les stades suivants. Les conflits précédents doivent à nouveau être réexpérimentés afin de les adapter au niveau de développement auquel l'individu accède, et ce particulièrement

si les conflits précédents ont été mal intégrés. Pour la personne, ce processus va de pair avec la tâche de devoir composer en plus avec la tension du stade présent et avec le défi de résoudre l'enjeu qui y est associé (Hawley; Horst, 1995).

Les embûches et les défis de la vie au fil des stades impliquent constamment de devoir balancer à nouveau l'équilibre du premier stade entre la confiance et la réceptivité, d'une part, et la méfiance et la protestation, d'autre part (Erikson, J. M., 1988). Une confiance de base solide s'avère nécessaire pour que le sens de l'autonomie se développe davantage au stade 2 (Erikson, 1972). Par ailleurs, J. M. Erikson décrit comment tous les autres stades trouvent leur source dans le stade 1. En effet, le stade 2 s'y manifeste entre autres par l'autonomie kinesthésique qui peut être frustrée, le stade 3, l'initiative-culpabilité, par la recherche du sein de la mère et l'investigation du monde de façon sensorielle, le stade 4, l'industrie-infériorité, par l'acte de mordre ou d'apporter des objets à la bouche avec ses mains, le stade 5, identité-confusion de l'identité, par le fait que le bébé est unique, le stade 6, intimité-isolation, par le contact physique avec la mère, la chaleur de leur relation qui, si elle est inadéquate ou peu présente, amène un début d'isolation, le stade 7, générativité-stagnation, par l'incorporation des images de gens ayant pris soin de ses besoins et, si peu présentes, alors les relations ultérieures seront difficiles et peu sensibles, et enfin le stade 8, intégrité-désespoir, par l'observation que le bébé fait d'un étranger avec son être tout entier et les cris de détresse et de désespoir lorsqu'il se sent seul. Enfin, selon Erikson (1972), l'intégration du stade 1 à toutes les autres étapes développe la foi et le réalisme chez l'adulte. D'autre part, même

si l'identité n'est jamais tout à fait complétée pour tout le reste de la vie (Wallerstein, 1998), si elle est plus résolue à la fin de l'adolescence, l'individu aura tendance à vivre une intimité adéquate comme jeune adulte, sera génératif au milieu de l'âge adulte et plus intégré à l'âge mûr (Marcia, 2002). Par contre, selon Erikson, si l'individu expérimente un stress intense, la cohérence de son identité peut se retrouver en danger (Hoare, 2002). Par ailleurs, l'intimité véritable ne peut être possible que si le processus de développement de l'identité est bien engagé (Erikson, 1972). Le stade 6, l'intimité-isolation, s'est développé à travers les stades précédents, par l'attachement de l'enfant à ses parents, dans le plaisir sensuel, dans l'attention à un animal ou à un oursin, puis l'affection dans ses relations amicales et dans ses relations plus intimes à l'adolescence (Erikson, J. M.). La stagnation du stade 7 peut être ressentie si l'influence des stades précédents a suscité le développement de la méfiance, de la honte et du doute dans ses capacités de volonté, de l'infériorité, d'incompétence et de confusion d'identité (Erikson, J. M.). S'il y a eu stagnation au stade 7, les chances sont plus grandes qu'au stade suivant apparaisse le désespoir plutôt que l'intégration (Eagle, 1997). Enfin, l'intégration se présente à chaque stade dans le processus de résolution et le désespoir dans le conflit de chaque étape entre les composantes syntones et dystones (Erikson, J. M.). Le stade 8 est donc la synthèse de tous les conflits précédents et des résiliences établies auparavant (Erikson et al., 1986/1989). Il appert que sur un plan théorique, le modèle d'Erikson semble très dynamique et riche.

### **Échelles de mesure et vérification du modèle**

Friedman (1999 : cité dans Capps, 2004) et Hoare (2002) soulignent qu'Erikson n'était pas favorable et était même ennuyé par la tendance à réduire en détail, à trop préciser ou à rendre opérationnel son modèle. Il craignait que ce mouvement altère l'idée de la libre circulation entre les stades, ce concept qui reflète la complexité de l'humain. Toutefois, en dépit de la désapprobation d'Erikson, de multiples théories ou concepts différents se sont construits à partir de son modèle. Par contre, Hoare (2013b)<sup>1</sup>, qui aurait eu accès à une multitude de documents inédits d'Erikson, nous informait récemment que celui-ci ne se prononçait pas sur les mesures ou inventaires spécifiques reliés à sa théorie. Elle ajoutait qu'Erikson déplorait souvent que son concept d'identité soit mal interprété (Hoare, 2013b)<sup>1</sup> et que sa théorie soit souvent confinée à une échelle de réalisation, sans tenir compte vraiment de l'élément négatif-dystone de chaque stade (Evans, 1967 : cité dans Hoare, 2013b). Néanmoins, malgré la réticence d'Erikson au fait que son modèle soit quantifié et normalisé (Hoare, 2002), de multiples échelles de mesure ont vu le jour au fil des années depuis l'origine de sa théorie. En 1984, Hawley notait environ 30 mesures développées pour évaluer par des entrevues ou des questionnaires les construits d'Erikson, dont une grande partie concernait le stade 5 de l'identité-confusion d'identité. À cette époque, seulement sept évaluaient les huit stades, dont quatre questionnaires. À l'aide de ces échelles de mesure, le modèle d'Erikson a été mis en lien avec une multitude de comportements ou état, comme l'anxiété, l'estime de

---

<sup>1</sup> Communications personnelles.

soi, les choix de carrière, l'affirmation de soi, etc. (Hawley). Selon Hawley, la recherche a ainsi permis de confirmer qu'il y avait un lien entre les stades et que la résolution des premiers stades influençait celle des stades subséquents. Toutefois, le fait que plusieurs études soient faites auprès d'étudiants et ne soient pas longitudinales limite leur portée (Schwartz, 2005). Elles ont souvent aussi été normalisées pour les hommes plus que pour les femmes (Hawley).

Erikson croyait en la croissance et au changement à travers le développement et dans le prolongement de ce processus au cours de la vie adulte (Douvan, 1997). Des chercheurs ont étudié l'évolution du développement au cours de la vie adulte. Sneed (2002) a réalisé une recherche longitudinale sur 34 ans auprès de trois groupes d'adultes qu'il a mesurés à 20, 31, 42 et 54 ans en débutant chaque groupe à trois époques différentes. Les résultats démontrent que des changements significatifs apparaissent surtout entre 20 et 31 ans. Par la suite, l'évolution devient plus stable. Le seul changement significatif apparu dans la décade de 40 ans est une diminution dans un des groupes de la valeur de la résolution au stade 3, donc de l'initiative. Des augmentations considérables ont été observées pour l'un des groupes, entre autres dans la tranche d'âge 20-31 ans, pour les valeurs aux stades 1, 4 et 5, donc pour la confiance, industrie et identité, ainsi que pour les stades 4 et 5 pour les deux autres groupes aux mêmes âges. Deux des groupes augmentent quelque peu au niveau du stade 4, améliorent donc le pôle industrie, entre 31 et 42 ans. L'auteur note toutefois que les données peuvent refléter l'influence socioculturelle historique et il ne peut se prononcer à savoir si la stabilité

observée dans certains groupes et qui va à l'encontre de la théorie d'Erikson reflète un effet environnemental ou est reliée à la personnalité des participants.

Whitbourne et al. (1992) évaluaient également trois groupes d'adulte dans une étude longitudinale entre 1966 et 1988 et leurs résultats supportent au contraire considérablement la théorie d'Erikson. En effet, des changements significatifs sont observés à travers le temps selon une courbe d'augmentation au niveau de la résolution psychosociale avec l'âge, sauf le stade 8, intégrité-désespoir, qui accuse un déclin avec le temps. Les auteurs expliquent cette baisse au stade 8 comme reflétant la période matérialiste des années '80 et une crise sociale de moralité plus généralisée.

Par ailleurs, Hannah, Domino, Figuerredo et Hendrickson (1996), dans une recherche auprès d'adultes âgés entre 55 et 84 ans, évaluaient l'aspect de la théorie d'Erikson qui postule que le degré de résolution du stade 8, intégrité-désespoir, est prévisible par les résolutions des stades précédents. Les résultats démontrent un lien significatif entre ce stade et tous les autres stades à l'exception du stade 3, initiative-culpabilité, et du stade 4, industrie-infériorité. Ainsi, le niveau de résolution atteint à chacun des stades précédents, sauf celui des stades 3 et 4, peut prédire ou indiquer le degré de résolution du stade 8, intégrité-désespoir. L'absence d'effet prédictif des stades 3 et 4 pour le stade 8 peut être reliée entre autres, selon les auteurs, au fait que la performance professionnelle est moins pertinente à l'âge de ces participants. Le modèle se trouve donc ici aussi vérifié en grande partie.

Il semble donc que la recherche empirique est même en mesure d'offrir une certaine confirmation du modèle théorique d'Erikson qui prône l'évolution constante de l'humain selon un certain prototype. Il est intéressant par contre de se demander si le modèle s'adapte autant à la femme qu'à l'homme.

### **Critiques et différences sexuelles**

Au fil des années, la théorie d'Erikson a essuyé certaines critiques. Jacobson (1964 : cité dans Wallerstein, 1998) considère que les formulations d'Erikson de sa théorie ne sont pas claires, entre autres en ce qui a trait à la distinction entre le processus d'identification et celui de la formation de l'identité. Hoare (2002) note pour sa part, dans sa rétrospective de la pensée d'Erikson, que ses connaissances dans les domaines de la science, de l'anatomie et de la physiologie étaient plutôt limitées, mais qu'il possédait une connaissance un peu plus élaborée de la sociologie, de l'anthropologie, de l'histoire et de la méthodologie, bien que partielle. Cohler, McAdam et Neugarten (1979 : cités dans Westermeyer, 2004) considèrent que le développement de l'humain n'est pas aussi organisé que dans la théorie du cycle de vie. Newman et Newman (2012) évoquent le fait que les stades soient de durée très inégale. McAdams et de St-Aubin (1992 : cités dans Newman & Newman) déplorent pour leur part le côté discret des stades plutôt que continu, spécifiant que les transitions d'un stade à un autre ne sont pas subites et qu'en réalité les éléments de l'un et l'autre se chevauchent. Wastell (1996) rapporte que dans la littérature une certaine faiblesse de la théorie d'Erikson était notée en ce qui a trait aux mécanismes pour la résolution des crises, aux conditions de

transition entre les stades, au fait que les stades, particulièrement ceux de la vie adulte, n'auraient pas été démontrés empiriquement, et enfin par rapport à la façon particulière dont la société joue un rôle dans le développement qui ne serait pas suffisamment élaboré (P. Miller, 1989 : cité dans Wastell). Ces dernières critiques semblent contrastées avec la description des stades faite précédemment, ainsi qu'avec les nombreuses mesures élaborées et études effectuées à partir des concepts d'Erikson.

Une des critiques importantes qui a été formulée au cours des années, particulièrement à l'ère du courant féministe dans les années '70, c'est que la théorie d'Erikson refléterait plus le développement de l'homme et s'adresserait moins à celui de la femme (Hawley, 1984; Horst, 1995; Wastell, 1996). Wastell souligne que les critiques féministes allèguent que dans la théorie d'Erikson, le développement de l'homme est considéré comme étant le modèle de développement normal. Hodgson et Fischer (1979 : cité dans Horst) reprochent à Erikson d'avoir porté peu d'attention à la différence sexuelle dans sa théorie et de percevoir la femme comme étant davantage passive, moins affirmative et moins indépendante que l'homme. Par l'omission qu'Erikson aurait faite en portant moins d'attention à la femme dans sa théorie, les traits de l'homme peuvent risquer de devenir les traits de la santé adulte, à la base du développement normal et contribuer à potentiellement considérer ceux de la femme, comme étant des traits pathologiques (Horst; Wastell). Morgan et Faber (1982 : cité dans Horst) soulignent qu'Erikson décrit le développement de la femme comme étant déterminé par son anatomie et qu'il accorde l'aspect psychosocial à celui de l'homme. Selon Jenway

(1971 : cité dans Horst), cette conception renforce les rôles sexuels culturels et nuit au développement individuel. Certains perçoivent qu'Erikson confine la femme à un rôle de reproduction, de mère et de prendre soin (Hawley). La principale section de la théorie qui est visée par les critiques reliées aux différences sexuelles concerne les stades de l'identité et de l'intimité (Horst). Dans la séquence de la théorie du cycle de vie, l'identité précède l'intimité, alors que Horst note que quelques auteurs (voir Gilligan, 1982 : cité dans Horst) avanceraient que cet ordre concernerait davantage le développement masculin. Hawley et Wastell soulignent que dans les sociétés occidentales, l'identité de la femme est définie en termes de capacité relationnelle et d'intimité, alors que le développement de l'homme se situerait davantage au niveau de la séparation, de l'autonomie et de la compétence, et se rapprocherait davantage de la séquence décrite par Erikson. Pour l'homme, l'identité apparaîtrait donc avant l'intimité, alors que pour la femme, l'intimité semble précéder ou être concomitante à l'identité (Hawley; Gilligan : cité dans Horst). Erikson (1968 : cité dans Horst) soulignait lui-même que la séquence pouvait être différente pour la femme parce que celle-ci base davantage son identité sur son lien à un homme pour la préserver du vide intérieur. Pour Gilligan (cité dans Horst) et Baker-Miller (1984 : citée dans Berzoff, 2011), la théorie d'Erikson mettrait davantage l'accent sur la séparation et l'attachement. Celui-ci serait perçu comme un obstacle au développement, reflétant ainsi plus particulièrement le développement masculin (Gilligan : cité dans Horst). L'accent sur la séparation et l'individuation perçue également par Franz et White (1985 : cités dans Berzoff) serait aussi davantage relié au développement masculin. Les différences sociales entre

hommes et femmes influencent toutefois le développement de l'initiative et auraient donc un impact sur les stades subséquents (Hawley). Dans une recherche, Marcia (1980 : cité dans Horst) découvre que l'identité a un rôle différent dans la vie de la femme et dans celle de l'homme. Il soumet comme explication que la femme accorde une plus grande importance aux relations interpersonnelles et que son processus d'identité est plus long, alors que celui de l'intimité serait plus long pour l'homme.

Horst (1995) note que dans les critiques de la théorie d'Erikson, plusieurs semblent percevoir l'identité et l'intimité comme des polarités en opposition, représentant un conflit entre se séparer et se relier aux autres. Elle considère que cette lecture et les critiques précédentes reflètent une mauvaise compréhension et ne correspondent pas à la théorie d'Erikson. Dans celle-ci, le développement de l'identité ne se fait pas en l'absence ou en opposition aux relations personnelles même lorsqu'Erikson aborde l'aspect développemental de la femme. Erikson plaçait le conflit entre séparation et connexion à l'autre, au niveau du stade de l'intimité et non une polarité entre le stade de l'identité et celui de l'intimité. Selon la théorie d'Erikson, les aspects relationnel et intrapersonnel sont importants dans chacun des stades pour les deux sexes et, selon le principe épigénétique, le stade de l'intimité est donc inclus dans celui de l'identité (Horst). De plus, Horst et Hoare (2002) soulignent l'aspect important de l'époque sociale dans laquelle a été développée la théorie d'Erikson, soit en 1950. Depuis, les valeurs et les rôles sexuels au niveau social ont changé de façon considérable. Selon Horst, Erikson était adapté à son époque et son attention portait donc

davantage sur l'expérience masculine et il s'est peu attardé alors aux différences sexuelles. Par ailleurs, quand Erikson évoque l'objectif du développement de l'identité de la femme comme étant de se préparer à se relier à un homme et à prendre soin des enfants, et qu'il souligne sa réceptivité et sa passivité, il ne fait pas référence à un concept de dominance-soumission, mais reflète le modèle social d'alors au niveau interpersonnel et émotionnel tout en invitant aussi la femme à se réaliser également autrement comme travailleuse et citoyenne, car il croyait en son potentiel, plutôt que de vivre uniquement à travers son union maritale (Berzoff, 2011; Hoare; Horst). Il percevait la femme différente, mais non inférieure. Erikson concevait également l'expérience unique de la femme comme étant importante à la survie de l'espèce (Horst).

Pour Horst (1995), il apparaît tout aussi important de ne pas tenir uniquement compte des différences sexuelles possibles au plan développemental qu'il est important de ne pas en faire abstraction, et ce, tant pour la recherche que pour la société. Par ailleurs, Waterman et Whitbourne (1982) ont procédé à une étude mettant en lien le concept d'androgynie et le développement psychosocial auprès d'étudiants et d'adultes. Ils ont découvert que ceux qui avaient un plus haut score d'androgynie, qui cumulaient donc des caractéristiques masculines et féminines, avaient le plus haut taux de résolution sur les stades psychosociaux, suivis de ceux ayant une prédominance de spécificités masculines, puis de ceux possédant davantage de caractéristiques féminines. En comparant uniquement les résultats aux différents stades entre les hommes et les femmes, il apparaît que les hommes ont un taux de réussite plus élevé aux stades de

confiance, industrie et identité, alors que les femmes avaient de meilleurs résultats au stade d'intimité. Par ailleurs, ces chercheurs ne trouvaient pas de différence significative entre le groupe d'étudiants et le groupe d'adultes. Il est à noter que les rôles sexuels actuels peuvent toutefois déjà différer quelque peu de l'époque de cette étude.

L'évolution rapide de la société depuis la parution initiale du modèle d'Erikson ne s'inscrit pas uniquement au niveau des rôles sexuels. Mitchell (1993 : cité dans Berzoff, 2011) émet l'idée que l'être humain puisse avoir plusieurs identités selon les situations, plutôt qu'une seule et Gergen (1991 : cité dans Berzoff) se questionne à savoir si une identité unique et cohérente est souhaitable et possible dans l'univers technologique actuel où le Soi doit changer pour s'adapter aux différents contextes sociaux et relationnels. Par ailleurs, l'évolution de la société depuis l'innovation de la théorie d'Erikson se situe également au niveau de l'espérance de vie, dont il importe de tenir compte de nos jours.

### **Expansion et variante du modèle**

Erikson a contribué à pallier au manque d'écrits concernant l'adulte à son époque (Hoare, 2002). Son modèle était tributaire de l'espérance de vie de ce temps, même s'il s'étend jusqu'à la fin de la vie. Toutefois, l'espérance de vie a fait des bonds considérables au cours du dernier siècle. Elle était de 59 ans en 1933 et de 69,7 ans en 1959 (Hoare), et au Québec elle est de 80 ans pour les hommes et de 84 ans pour les femmes en 2012 (Institut de la statistique du Québec, 2013). Certains auteurs ont tenté

d'adapter le modèle d'Erikson à cette nouvelle réalité qu'est le prolongement de l'espérance de vie et d'y ajouter des subdivisions.

**Modèle de Newman et Newman.** Newman et Newman (1991 : cité dans Kishton, 1994; Newman & Newman, 2012) ont développé un modèle en ajoutant trois autres stades à ceux déjà établis par Erikson, soit un stade prénatal, une subdivision du stade de l'adolescence en deux stades distincts, et le stade du très âgé, après le huitième stade. Ils ont de plus élaboré des tâches développementales reliées à chacun des stades du cycle de vie d'Erikson, basées sur la description d'Erikson de chaque stade. Le Tableau 2 à la page suivante regroupe les différents âges et tâches pour chacun de ces stades, tels que proposés par eux.

Newman et Newman (2012) ont inclus le stade prénatal, compte tenu de l'avancement de la science biologique. Toutefois, contrairement aux autres stades, celui-ci n'a pas de doubles polarités dichotomiques et n'inclut pas de tâches développementales, puisqu'elles ne seraient pas appropriées à cet âge. Ils ont aussi divisé le stade de l'identité, soit celui de l'adolescence selon les deux périodes suivantes. Le début de l'adolescence, entre 12 et 18 ans, comprend les changements physiques et cognitifs et les relations plus intimes avec les pairs et dont l'enjeu est le conflit Identité-Aliénation. La fin de l'adolescence, entre 18 et 22 ans, représente la distanciation des parents, l'identité individuelle, l'indépendance de pensée et d'action, la moralité intériorisée, l'identité sexuelle intégrée et le choix de carrière. Enfin, ils ont ajouté un

Tableau 2

*Les stades du cycle de vie et tâches développementales de Newman et Newman (2012)*

Stades de vie	Tâches développementales	Crises psychosociales
Prénatal		
Petite enfance (0- 2 ans)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maturation fonctions sensorielles, perceptuelles et motrices</li> <li>2. Intelligence sensorimotrice</li> <li>3. Communication</li> <li>4. Attachement</li> <li>5. Développement affectif</li> </ol>	Confiance vs Méfiance
Bambin (2-3 ans)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Élaboration de locomotion</li> <li>2. Développement du langage</li> <li>3. Jeux imaginaires</li> <li>4. Contrôle de soi</li> </ol>	Autonomie vs Honte et Doute
Début âge scolaire (4-6 ans)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identification des différences génitales</li> <li>2. Début du développement moral</li> <li>3. Théorie du Soi</li> <li>4. Jeux avec les pairs</li> </ol>	Initiative vs Culpabilité
Milieu de l'enfance (6-11 ans)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amitié</li> <li>2. Opérations concrètes</li> <li>3. Apprentissage d'habiletés</li> <li>4. Auto-évaluation</li> <li>5. Jeux d'équipe</li> </ol>	Travail vs Infériorité
Début adolescence (12-18 ans)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maturation physique</li> <li>2. Opérations formelles</li> <li>3. Développement affectif</li> <li>4. Appartenance à des groupes de pairs</li> <li>5. Relations romantiques et sexuelles</li> </ol>	Identité groupe vs Aliénation

Tableau 2 (suite)

*Les stades du cycle de vie et tâches développementales de Newman et Newman (2012)*

Stades de vie	Tâches développementales	Crises psychosociales
Fin adolescence (18-24 ans)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autonomie face aux parents</li> <li>2. Identité sexuelle</li> <li>3. Moralité intériorisée</li> <li>4. Choix de carrière</li> </ol>	Identité individuelle vs Confusion identité
Début adulte (24-34 ans)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Exploration des relations intimes</li> <li>2. Procréation</li> <li>3. Travail</li> <li>4. Mode de vie</li> </ol>	Intimité vs Isolation
Milieu adulte (34-60 ans)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestion de carrière</li> <li>2. Maintien d'une relation intime</li> <li>3. Augmentation d'entraide relationnelle</li> <li>4. Gestion du foyer familial</li> </ol>	Générativité vs Stagnation
Âge adulte avancé (60-75 ans)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acceptation de sa vie</li> <li>2. Promouvoir une vigueur intellectuelle</li> <li>3. Rediriger l'énergie vers de nouveaux rôles</li> <li>4. Développer une opinion face à la mort</li> </ol>	Intégrité vs Désespoir
Aîné (75 ans et plus)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Affronter changements physiques du vieillissement</li> <li>2. Développement de perspectives psychohistoriques</li> <li>3. Voyages en territoires inconnus : structures de vie du très âgé</li> </ol>	Immortalité vs Extinction

dernier stade à la toute fin de la vie, après 75 ans, étant donné l'augmentation de l'espérance de vie. Le stade de l'aîné, du très âgé ou de la vieillesse comporte le conflit Immortalité-Extinction. Si le stade est résolu positivement, la personne développe un sens de continuité de la vie et une transcendance de la mort par un sens symbolique d'immortalité, de continuité. À ce stade, elle doit s'adapter aux limitations physiques et procéder à l'intégration du passé, présent et futur, ce qui implique l'acceptation de ses erreurs et déceptions vécues au cours de sa vie. À l'opposé, si la résolution est négative, la personne développe une très grande peur de l'extinction, une peur que sa vie ne mène à rien.

**Le neuvième stade.** Peu avant la mort d'Erikson, sa femme, Joan M. Erikson, a procédé à une relecture des notes de son mari sur le cycle de vie. Parce que la population vit plus longtemps, parce que les deux ont d'ailleurs vécu une partie de la décennie des 90 ans, et à la lumière de ces notes et des observations qu'ils ont faites de leur propre vieillesse, J. M. Erikson a ajouté un neuvième stade au cycle de vie, qu'elle décrit dans la révision et le parachèvement d'une publication de son mari, dans une nouvelle édition posthume à celui-ci (Erikson & Erikson, 1998). Elle a élaboré ce neuvième stade en s'inspirant de Tornstam (1989, 1993 : cité dans Brown & Lewis, 2003; Erikson & Erikson; Yount, 2009) qui a développé le concept de gérotranscendance. Les deux théories diffèrent toutefois (Brown & Lewis). En effet, pour Tornstam, la gérotranscendance est davantage perçue comme une métaperspective où l'aîné passe d'une vision matérialiste et rationnelle à une autre plus cosmique, universelle et

transcendante qui amène alors une plus grande satisfaction de vie, une diminution d'autocentration et plus de temps passé en réflexion sereine. C'est donc un engagement actif, mais sur un plan différent (Tornstam; Erikson & Erikson; Yount). Selon Brown et Lowis, Tornstam a une conception davantage axée vers l'avant et vers l'extérieur, au-delà de soi et vers le futur, que J. M. Erikson

J. M. Erikson (Erikson & Erikson, 1998) considère important d'ajouter ce stade qu'elle situe uniquement entre l'âge de 80 et 90 ans parce que cet âge engendre de nouvelles demandes et défis quotidiens. La perte d'autonomie continue alors à s'accroître, mettant à rude épreuve l'indépendance, l'estime de soi et la confiance. J. M. Erikson décrit la présence de chaque stade du cycle dans le neuvième, mais davantage sous l'angle de l'élément dystone de chacun. Elle retrouve le stade 1 dans le neuvième stade, à travers la méfiance que la personne âgée développe face à ses propres capacités et face à son corps qui faiblit. Pour le stade 2, la personne âgée voit apparaître le doute face à son corps et à son autonomie. Elle cherche aussi à éviter la honte liée à la perte de contrôle de soi. Concernant le stade 3, la personne aînée qui était leader dans sa vie va fuir le sentiment de culpabilité. À cet âge, se déplacer et suivre un rythme exigeant est déjà une grande entreprise. L'enthousiasme face à un projet s'affaiblit. Par contre, si la personne aînée s'engage de façon excessive dans un projet personnel, la culpabilité peut s'ensuivre, d'autant plus si elle échoue. En ce qui a trait au stade 4, l'aîné n'a plus assez d'énergie pour être performant et compétent, et ne plus pouvoir l'être à cause de son âge peut éveiller un sentiment de dépréciation. Par rapport au stade 5, l'individu âgé

est incertain de son statut et de son rôle en comparaison de ce qu'il était au milieu de sa vie. Le stade 6 se perçoit par l'ainé qui peut se sentir isolé s'il n'a pas vécu la richesse de l'intimité dans sa vie, dont il peut se remémorer le souvenir. Il ne peut plus être en relation avec les autres de la même façon qu'avant. Le contact relationnel peut se vivre alors à travers son incapacité croissante. L'ainé peut se retrouver privé d'échanges plus intimes si son entourage est inconfortable avec la différence inhérente à la vieillesse. Le sentiment de ne pas être nécessaire reflète le stade 7 chez l'ainé. S'il n'a pas de défi, il va développer un sens de stagnation. Enfin, le désespoir du stade 8 peut se refléter au neuvième stade, mais sous une forme différente. Au stade 8 le désespoir est relié aux regrets de ce qui n'a pas été vécu de façon satisfaisante dans sa vie. Par contre, au stade 9, le désespoir est relié aux événements plus actuels, devant la demande d'attention nécessaire pour faire les activités quotidiennes, due à la perte de capacités, mais également devant la perte d'êtres chers, et devant la mort plus ou moins imminente. Les difficultés reliées à ce stade peuvent être d'autant plus augmentées à cause du regard négatif que la société peut porter sur les aînés. Pour J. M. Erikson, si l'adulte très âgé a réussi à traverser sa vie avec les éléments dystones, il est en mesure de réussir à atteindre la gérotranscendance que constitue l'enjeu du stade 9.

Si la gérotranscendance est atteinte, la personne accède à un état où elle n'a plus peur de la mort. Elle se situe au-delà de cette éventualité et c'est un état autre que l'acceptation de l'inévitable. C'est une ouverture vers l'inconnu avec confiance, ce qui demande une grande humilité. Il peut y avoir retrait et recadrage du temps, de l'espace et

des objets, qui ne s'apparentent pas à un désengagement (Erikson & Erikson, 1998; Brown & Lewis, 2003). Le retrait peut être perçu à tort comme un état dépressif ou un signe de démence auquel la société peut tenter de remédier, ce qui risquerait d'interférer dans le développement et de briser la sérénité acquise (Brown & Lewis). Par contre, si le retrait de la personne est le résultat d'un mépris de la vie et d'autrui, ou de problèmes physiques, elle peut plus difficilement atteindre la sérénité et la transcendance (Erikson & Erikson).

Par ailleurs, les résultats de la recherche de Brown et Lewis (2003) auprès de femmes âgées de 60 ans et de 80 à 90 ans, à partir d'un questionnaire élaboré pour mesurer le stade 9, confirment l'existence de ce stade. Ils révèlent donc une corrélation significative entre le stade 9 et l'âge attendu. C'est donc dire que les éléments de ce stade seraient vraisemblablement existants et de façon spécifique à la tranche d'âge des 80 à 90 ans tel que spécifié par J. M. Erikson.

Bien que l'expansion du cycle de vie apporte un éclairage nouveau sur la théorie d'Erikson, il importe de revenir également à la source originale et de considérer la suite de l'évolution du modèle qu'Erikson a lui-même poursuivie.

### **Compétences et forces adaptatives**

Dans le modèle psychosocial d'Erikson, chaque case de la diagonale renferme un élément syntone et un élément dystone associés à chaque étape de vie. À chaque stade se

produit donc un conflit entre les deux éléments. Si seul le pôle positif subsiste à la crise qui s'installe, l'individu ne peut développer une personnalité en santé (Erikson, Erikson, & Kivnick, 1986 : cité dans Horst, 1995). Pour Erikson, l'idéal pour le processus du développement ne vise pas à éliminer la polarité dystone, car les deux pôles sont nécessaires selon lui à l'existence et au développement de forces chez l'humain, mais aspire plutôt à un équilibre entre les deux (Capps, 2004; Erikson, 1975 : cité dans Hoare, 2013a; Erikson et al., 1986 : cité dans Horst; Erikson et al., 1986/1989; Hawley, 1984). Ainsi, la crise entre ses deux pôles respectifs parvient à un certain ratio à la fin de chaque stade (Erikson, 1950/1963; Hawley). Le ratio indique donc le taux de succès de résolution de chaque stade et par ce fait, le degré de santé générale de la personnalité (Hawley). Pour une santé optimale, ce ratio doit refléter un équilibre entre les deux polarités, mais en faveur du pôle positif (Capps, 2004; Erikson, 1950/1963, 1972; Hawley, 1984; Hoare, 2013a; Schwartz, 2001). Selon Erikson, à la fin de chaque stade naît ce qu'il nomme une compétence, une force de maturation adaptative ou vertu, mais ce n'est que dans l'équilibre entre les deux pôles de chaque étape de vie qu'elles peuvent apparaître (Erikson et al., 1989; Erikson et al., 1986 : cité dans Horst). Ainsi, chaque crise psychosociale place la personne dans un état de vulnérabilité, mais augmente aussi son potentiel de faire surgir une force de l'égo ou une vertu et Erikson a tenu compte des deux aspects (Berzoff, 2011). Au cours de l'évolution de son modèle, Erikson a donc ajouté une force ou vertu associée à chaque stade. Le Tableau 3 fait état du modèle avec ces forces ajoutées.



Au stade 1, la personnalité en santé ne vise pas une confiance absolue, mais celle-ci doit dominer la méfiance (Capps, 2004). L'équilibre ainsi atteint et une confiance adéquate dans la reconnaissance du parent nourricier (Berzoff, 2011) développent la compétence de l'espoir. Le stade 2 verra la volonté s'installer si l'autonomie contrebalance la honte et le doute. Pour l'étape 3, l'équilibre entre l'initiative et la culpabilité favorisera la capacité d'intention vers un but. La force de compétence naîtra au stade 4 avec un ratio équilibré entre le sens de l'industrie et le sentiment d'infériorité. Au stade 5, le balancement entre le sens de l'identité et la confusion ou la diffusion de l'identité entraînera la force de la fidélité. Alors qu'au stade 6, de l'équilibre entre l'intimité et l'isolation émergera la compétence de l'amour qui aidera entre autres à surmonter la polarisation entre les deux sexes. Pour le stade 7, un juste ratio entre générativité et stagnation engendrera la compétence de prendre soin, d'attention à l'autre et à l'universel. Enfin, au stade 8, de l'équilibre entre intégrité et désespoir naîtra la sagesse (Erikson, 1972; Erikson et al., 1986/1989; Erikson & Erikson, 1998).

### **L'élément dystone**

Il appert donc que la présence de l'élément dystone semble essentielle à l'équilibre d'une personnalité en santé et est source de croissance (Erikson & Erikson 1998). Pourtant, celui-ci est souvent négligé dans les écrits, au profit de l'élément syntone (Erikson, J. M., 1988). Erikson et J. M. Erikson ont spécifié l'apport de la polarité négative, car sans elle la force de base associée à chaque stade ne peut être complètement atteinte. Ils ont repris chaque stade en spécifiant l'apport positif de chaque

élément négatif, au moment du conflit relié au stade spécifique, mais aussi dans le parcours de vie.

Ainsi, une personne qui ne possède aucune méfiance serait incapable de survivre. Celle-ci est donc une alliée pour la survie avec nous et les autres. En fait, l'enfant naîtrait avec une certaine méfiance instinctive adaptée en optant pour les pleurs pour exprimer l'inconfort intérieur du choc de la naissance. La honte rattachée au stade 2 est utile pour développer l'humilité nécessaire à l'humain et peut être très saine si elle va de pair avec la fierté accompagnée d'un doute réaliste de soi-même. Au stade 3, la culpabilité aura son utilité dans le développement d'une conscience solide, mais non rigide. Le sentiment d'infériorité du stade 4 contribue également à l'humilité qui s'avère nécessaire au niveau de l'apprentissage, mais doit faire suite à une évaluation juste de ses capacités et à la reconnaissance des capacités d'autrui. La confusion d'identité du stade 5 permet l'ouverture et la flexibilité pour l'exploration de plusieurs rôles avant d'arrêter un choix. Pour le stade 6, l'isolation peut apporter une certaine distance qui permet la créativité. La stagnation au stade 7 peut permettre de réévaluer les priorités. Enfin, au stade 8, une dose de désespoir permet ici aussi de contribuer à une forme d'humilité (Erikson, 1972; Erikson, J. M., 1988; Erikson & Erikson, 1998).

Le ratio équilibré demeure le but visé par Erikson, mais avec une tendance vers le pôle positif. Toutefois, il peut arriver que le ratio ne soit pas en faveur d'un équilibre et que la santé psychologique en soit alors affectée.

### **Conception de la psychopathologie**

Pour Erikson, le concept de santé psychologique dominait celui de la maladie mentale (Berzoff, 2011), se démarquant ainsi de la vision psychanalytique (Hoare, 2002). En effet, Freud prenait la psychopathologie comme point de départ pour expliquer la normalité chez l'humain en santé alors que pour Erikson il importe de saisir d'abord l'humain dans sa normalité et dans son intégration dans la société avant d'être en mesure de comprendre la maladie (Hoare, 2005). Erikson choisissait de porter davantage son attention sur la santé et la conscience que sur la maladie mentale et le côté sombre de l'inconscient et des instincts sur lesquels Freud mettait l'accent (Hoare, 2005). Par ailleurs, il différait également de Freud en ce qui a trait à sa conception de la psychopathologie et de son origine. Pour Freud, la pathologie a son origine dans l'enfance et elle est immuable (Hoare, 2005). Erikson n'était pas d'accord avec ce qu'il appelait ce " fatalisme implicite " ou cette position trop figée (Erikson, 1987 : cité dans Hoare, 2005). Pour lui, les premières expériences de vie ne peuvent déterminer à elles seules et restreindre de façon rigide tout le reste de la vie d'un individu puisqu'il continue à se développer, à vivre d'autres expériences, à s'adapter et à faire des choix qui affectent sa propre maturation psychosociale (Hoare, 2002, 2005). Erikson s'intéressait à la vitalité du soi, à comment l'individu peut se développer même comme adulte à partir également de ses expériences originelles, plutôt que comment il peut se défendre contre ses instincts primaires (Hoare, 2002). Il avait une grande confiance dans le potentiel développemental de l'humain et dans ses capacités créatives à pallier aux épreuves et aux résolutions des premiers stades de l'enfance (Douvan, 1997;

Wallerstein, 1998). Ceci dit, il serait faux de conclure qu'Erikson n'a pas considéré l'existence de la psychopathologie. Il spécifie même que les difficultés mentales qui peuvent apparaître au début de l'âge adulte sont moins dommageables pour le développement et moins permanentes que lorsqu'elles surgissent plus tard dans la vie. C'est simplement qu'Erikson a cru dans le potentiel de changement de l'être humain. Pour ce faire, outre cette vision non déterministe de la psychopathologie, Erikson différait également de Freud en ce qui a trait à sa conception de ce qui pouvait aider une personne face à ses symptômes. Freud tenait peu compte de l'aspect émotionnel et considérait que seule la prise de conscience par la personne de la cause de sa détresse suffisait à enrayer les symptômes. Or, pour Erikson, la seule reconnaissance rationnelle sans la connaissance émotionnelle et sans la reconnaissance du thérapeute ne peut avoir d'impact sur le comportement ou sur les symptômes (Hoare, 2002, 2005).

Ainsi, bien que la santé soit prônée par Erikson, il reconnaît l'existence de la pathologie. Par conséquent, bien que l'élément dystone soit fort utile en combinaison avec l'élément syntone pour un développement sain, tel que spécifié auparavant, le ratio peut prendre diverses valeurs qui ne sont pas toujours en faveur d'un équilibre.

### **Modèle d'Erikson et la psychopathologie**

Dès la première publication de son modèle en 1950, Erikson fait état de pathologies reliées à chacun des stades de sa théorie du cycle de vie (Erikson, 1950/1963, 1966). En 1986, il définit davantage sa conception de la pathologie associée

à chaque stade et en collaboration avec J. M. Erikson et Kivnick il développe un schéma qui met en lumière les risques de tendances mal adaptées lorsqu'il y a déséquilibre dans le ratio à cause d'un excès du pôle positif, et les risques inhérents de tendances malignes s'il y a plutôt un excès du pôle négatif (Erikson et al., 1986/1989). Le Tableau 4 à la page suivante présente le modèle ainsi bonifié. Pour Erikson et al., lorsqu'il y a une tendance à surdévelopper l'élément syntone et à négliger l'élément dystone, le résultat peut être également malsain pour une personne et aboutir à un problème d'adaptation. Par ailleurs, un surinvestissement de l'élément dystone peut conduire à la perte de la composante syntone et se développer en une tendance maligne (Erikson et al.). L'excès dans le pôle positif, la maladaptation, peut davantage conduire à un trouble névrotique et peut se résoudre par les expériences de la vie ou par une aide thérapeutique. L'excès contraire, dans le pôle négatif, la tendance maligne risque de se manifester en trouble plus psychotique et à l'impasse nécessitant des soins plus importants.

Pour le stade 1, une trop grande confiance peut mener à une trop grande dépendance aux relations, à une très grande docilité et à un zèle excessif à prendre soin des autres. Cette attitude peut être mal adaptée si elle ne correspond pas aux perceptions sensorielles que la personne a d'elle-même. Cette tendance peut aboutir par exemple à un excès de restriction, malnutrition, ou à une sollicitation de l'autre pour de l'aide afin de réussir au-delà de ses capacités. L'enfant qui a plus de difficulté à faire confiance à ses propres sens nécessite davantage de soins et d'attention pour développer une confiance suffisante en l'adulte afin de pallier à ce manque. Il a besoin de développer un

Tableau 4

*Modèle 3 : Tendances mal adaptées et malignes (Erikson et al., 1986/1989)*

Tendances mal adaptées	Forces adaptatives			Tendances malignes
I Mal-ajustement sensoriel	Confiance	ESPOIR	Méfiance	Retrait
II. Obstination effrontée	Autonomie	VOLONTÉ	Honte et Doute	Compulsion
III. Impitoyable	Initiative	INTENTION	Culpabilité	Inhibition
IV. Virtuosité restreinte	Industrie	COMPÉTENCE	Infériorité	Inertie
V. Fanatisme	Cohésion de l'identité	FIDÉLITÉ	Confusion des rôles	Répudiation
VI. Promiscuité	Intimité	AMOUR	Isolation	Exclusivité
VII. Surinvesti	Générativité	SOIN	Stagnation	Rejet
VIII. Présomption	Intégrité	SAGESSE	Désespoir	D�dain

minimum de confiance pour faire naître et grandir l'espoir nécessaire à sa survie. Donc, toute personne qui survit a acquis un minimum de confiance et d'espoir. Par contre, si l'enfant à ce stade ne reçoit pas suffisamment d'attention, de soins, qu'il y a peu d'échanges entre lui et l'adulte qui s'en occupe, cela peut entraîner de la méfiance, puis un profond retrait qui peut devenir sévère et irréversible. Des éléments de cette tendance peuvent se retrouver chez l'adulte qui a des troubles d'états-limites ou psychotiques. L'adulte avec une très faible confiance de base et une grande méfiance développe donc une aliénation importante et se replie sur lui-même, car trop de méfiance conduit à une privation d'amour et de relation à l'autre humain. Cet état peut en effet se retrouver dans les cas psychotiques où la personne devient indifférente à tout contact humain. Il importe alors de l'amener à s'appuyer sur la confiance que d'autres ont en lui pour qu'il puisse arriver à se faire confiance. Par ailleurs, si l'enfant est hypersensible ou qu'il a vécu une grande frustration très tôt sans que celle-ci ait pris un sens et qu'elle ait été restaurée, le mécanisme important à ce stade, de régulation entre ses besoins et l'adaptation des soins disponibles va en souffrir, ce qui peut conduire éventuellement à un trouble dans la relation au monde et dans ses relations avec les gens de son entourage. De plus, un sevrage trop soudain et inattendu peut engendrer une dépression infantile grave ou une attitude dépressive présente tout au cours de la vie. Par ailleurs, une confiance de base à peine présente se retrouve chez l'enfant qui souffre de schizophrénie, et dans le retrait et l'état dépressif de l'adulte schizoïde. Seul le rétablissement d'une confiance de base peut alors être indiqué pour aider ces personnes. En fait, la gravité de la pathologie associée à ce stade est tributaire de son degré

d'intégration au reste de la personnalité et à son degré d'adaptation au modèle culturel dans lequel la personne évolue (Erikson, 1950/1963, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Erikson et al., 1986/1989; Erikson & Erikson, 1998).

Au stade 2, s'il y a excès d'autonomie, que l'enfant est laissé trop libre, sans honte et doute, il sera mal préparé à la vie en société, deviendra trop obstiné et les gens auront tendance à le fuir parce qu'il sera trop dominant, ou il sera freiné par l'intervention de la loi. Par contre, s'il y a trop de honte et de doute, apparaît alors un doute sévère de soi et un sens de compulsion. La personne névrotique a tendance à être compulsive, méticuleuse et tenace. De plus, si l'enfant est contrôlé par l'extérieur de façon excessive et trop tôt, ou encore s'il subit une humiliation excessive, il se retrouve privé de son propre processus pour apprendre à se maîtriser lui-même et pour développer sa propre volonté. Il va alors revenir au stade précédent pour retrouver une satisfaction, par exemple en suçant son pouce, ou va devenir plus exigeant, entêté, et effronté, ou devenir coupé d'un quelconque intérêt dans l'opinion d'autrui. Il peut y avoir aggravation des troubles et aboutir ici aussi à une manifestation psychotique. Il peut apparaître une manie obsessionnelle chez l'enfant, ou une névrose compulsive chez l'adulte, ou une crainte paranoïaque de persécution. Si la personne maîtrise bien la régulation entre les aspects normaux de sa personnalité et sa compulsion, elle sera ordonnée et ponctuelle. Mais si elle perd la régulation par des règles trop rigides, la compulsion va dominer. Par contre, si l'enfant a appris qu'il pouvait espérer de la vie un haut degré d'autonomie, mais que comme adulte il se retrouve aux prises avec des règles compliquées, apparaît

alors une profonde déception, il s'accorde moins d'autonomie et développe une crainte irrationnelle de perdre ce qu'il lui reste d'autonomie et de volonté propre (Erikson, 1950/1963, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Erikson et al., 1986/1989).

Pour le stade 3, le trop-plein d'initiative ou de détermination, sans le développement de l'empathie à travers un sentiment de culpabilité, peut mener à une conduite impitoyable. À l'opposé un excès de culpabilité et une détérioration de l'intention qui porte l'initiative peut naître de l'excès d'empressement et de restrictions des parents et conduire à une conscience rigide et à une grave auto inhibition, ou à une obéissance excessive, ou développer du ressentiment et un désir de vengeance. La personne peut développer un refus hystérique, une restriction excessive pour soi-même, l'empêchant ainsi de vivre son imaginaire et ses sentiments. Elle peut se mettre à compenser par un excès de démonstration d'initiative et vouloir l'atteindre par tous les moyens. Cet adulte peut aussi en venir à croire que sa valeur ne dépend que de ce qu'elle va faire à l'avenir. La pression ressentie peut alors se traduire en maladie psychosomatique comme seule issue. Un trouble hystérique peut aussi émerger d'un excès pathologique au stade 3 (Erikson, 1950/1963, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Erikson et al., 1986/1989; Erikson & Erikson, J. M., 1998).

Le stade 4 voit l'excès d'industrie se traduire possiblement en une virtuosité restreinte. L'individu devient conformiste et sacrifie imagination et jeu au profit du travail. Si l'école a des règles trop rigides ou que l'enfant a l'impression que sa valeur

dépend d'autres facteurs tel son statut social, plutôt que de son désir d'apprendre, ou s'il n'acquiert pas la satisfaction de la réalisation d'un travail, ou s'il est dénigré par l'école ou par les parents, il développe un sentiment d'infériorité et d'être inadéquat, qui peut conduire à l'inertie et à un désengagement (Erikson, 1950/1963, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Erikson et al., 1986/1989).

Au stade 5, la cohésion d'identité bâtie de façon trop étroite et trop rapide peut représenter une contrainte, un emprisonnement qui peut conduire au fanatisme. Toutefois, si la confusion de l'identité devient trop sévère ou si elle dure trop longtemps, elle peut aboutir à une répudiation de l'altérité, de tout rôle social, et à une misanthropie. La confusion peut éveiller un état antérieur de désespoir. Elle peut aussi conduire à la délinquance ou approcher d'un état psychotique. Devant l'impossibilité ou l'incapacité ressentie de choisir ou d'assumer un rôle social tel qu'imposé par la société, l'adolescent quitte l'école, abandonne les cadres, devient errant ou se retire dans des états qui peuvent paraître étranges. Si la personne peut recevoir de l'aide adéquate à cet âge, les troubles criminels ou psychotiques n'auront pas les mêmes conséquences sur son développement que chez les mêmes problématiques vécues à d'autres âges (Erikson, 1950/1963, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Erikson et al., 1986/1989).

Le stade 6 laisse entrevoir un sentiment de vide et de promiscuité insatiable ou un besoin d'intimité qui devient oppressant et insatisfait lorsqu'il y a excès sur le pôle de l'intimité. D'autre part, un trop-plein d'isolation peut aussi mener à une exclusivité

maladive teintée d'une haine démesurée. Si l'individu n'est pas sûr de son identité, il s'isole ou entre dans l'intimité sans un réel abandon de soi, sans se sentir vraiment lui-même, ce qui le conduira dans des relations interpersonnelles très stéréotypées. Lorsque les forces des stades précédents ont fait défaut, donc si l'espoir, la volonté, l'intention et la compétence n'ont pas été bien atteints, l'identité et l'amour sont très difficiles à construire. Si la personne peut réussir à construire une relation mutuelle réelle, elle pourra espérer récupérer graduellement quelques éléments de ces forces mal développées (Erikson, 1972; Erikson, J. M., 1988; Erikson et al., 1986/1989).

Pour le stade 7, s'il y a excès de surinvestissement dans des activités et dans des soins aux autres, des stimulants sont alors utilisés, et l'implication réelle, la créativité et la santé vont en souffrir. Toutes les responsabilités associées à ce stade peuvent entraîner un rejet de l'engagement. Un état excessif de stagnation se manifeste par un refus de prendre soin ou de faire attention à qui que ce soit, mais prive alors une personne d'interactions sociales et d'associations avec autrui, mais comme être humain il ne peut être tout à fait autosuffisant. Il peut alors régresser à un besoin obsessionnel de pseudo-intimité (Erikson, 1972; Erikson, J. M., 1988; Erikson et al., 1986/1989).

Au stade 8, la personne qui use d'excès de sentiment d'intégrité, qui croit que la sagesse est une garantie, présente plutôt un manque d'humilité et fait preuve de présomption. À l'opposé, si le désespoir est grand dû aux changements importants de cet

âge et aux dangers sociaux, la peur de la mort, le dédain et le mépris peuvent s'en suivre (Erikson, J. M., 1988; Erikson et al., 1986/1989).

Il apparaît donc que dans les tendances mal adaptées ou dans les tendances malignes telles que décrites par Erikson, l'aspect de mutualité entre l'individu et son monde social joue un rôle prépondérant. Ces éléments pathologiques sont basés sur les connaissances théoriques et sur des observations et non sur des recherches empiriques formelles. Ces tendances laissent toutefois déjà entrevoir certains liens avec des troubles de personnalité. Il y a donc lieu à présent d'introduire et de parcourir ceux-ci, avant d'explorer plus avant et de façon empirique ces possibles liens.

### **Troubles de la personnalité**

La notion de troubles de personnalité a beaucoup évolué avec le temps. Elle n'en demeure pas moins complexe en ce qui a trait à leurs caractéristiques et à leur étiologie. La présente partie de ce chapitre comporte deux sections, soit la définition de chacun des troubles de personnalité et la seconde porte sur l'étiologie de ceux-ci.

#### **Définition de chacun des troubles de la personnalité**

Selon l'approche théorique, la catégorisation des troubles de personnalité diffère. L'approche psychanalytique définit trois catégories de structure psychique, selon leurs composantes et leur degré de gravité, soit névrotique, état limite et psychotique (Bergeret, 1986). Kernberg (1976 : cité dans Kernberg & Caligor, 2005) classe différents

troubles de personnalité pour chacune de ces structures. D'autres méthodes de classification des troubles de personnalité basées davantage sur une conception théorique cognitive-comportementale ont vu le jour au fil des ans. Parmi elles, l'une des plus connue et utilisée est celle du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM). C'est cette classification qui est utilisée dans la présente recherche. Selon ce manuel (APA, 1994), pour qu'il y ait trouble de personnalité, des traits doivent devenir inflexibles, non adaptés à la culture au plan cognitif, affectif, et interpersonnel ou au niveau du contrôle des impulsions, et doivent être persistants, donc stables sur une longue durée avec un début à l'adolescence ou jeune adulte, et causer de la détresse et des difficultés significatives au niveau du fonctionnement. Toutefois, la stabilité des troubles de personnalité est contestée par différents auteurs ([Cohen et al., 2005; Paris & Zweig-Frank, 2001; Pukrop & Krischner, 2005; Skodol et al., 2005; Zanarini et al., 2005] : cités dans Cartwright, 2008; Clark, 2009; [Emmelkamp & Kamphuis, 2007; Grilo, McGlashan, & Olsham, 1998] cités dans De Reus & Emmelkamp, 2012). Clark (2009) et Paris (2008) définissent deux composantes pour les troubles de personnalité, le niveau de difficulté fonctionnel au plan social et interpersonnel et ses manifestations, et les traits de personnalité. Pour Clark, ces derniers se modifient moins rapidement. Certains auteurs notent que l'intensité d'un trouble de personnalité diminue avec le temps, mais il semble difficile d'évaluer s'il s'agit d'un réel changement de la personnalité ou le fait que la personne accepte son état ([Howard & Bergman, 1993; Molinari et al., 1999; Sanislow et McGlashan, 1998] : cités dans Tredget, 2001). Selon Clark, l'amélioration de certains symptômes, tel des comportements suicidaires, due à

un traitement peut ainsi influencer la stabilité de l'intensité du trouble de personnalité. Par contre, d'autres aspects dysfonctionnels davantage reliés aux traits peuvent être plus persistants et stables (Clark). Par ailleurs, les troubles de personnalité peuvent être multiples chez certaines personnes et être également jumelés à d'autres diagnostics de troubles cliniques (Clark, 2007 : citée dans Clark). Si ces derniers sont présents, il y a alors augmentation de la stabilité des troubles de personnalité (Clark, 2005 : citée dans Clark). Ainsi, il appert que la prévalence des troubles de personnalité se situe entre 10 % à 14,8 % parmi la population générale (Depue & Lenzenweger, 2006; Geiger & Crick, 2010; Milne, Peel, & Greenway, 2012; Paris).

Bien que la classification des troubles de personnalité soit à l'aube de l'arrivée du DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013), c'est celle du DSM-III-R (APA, 1987), avec ses définitions et critères, semblables à ceux du DSM-IV (APA, 1994) et de la catégorisation classique du DSM-V (APA, 2013) qui est privilégiée pour les besoins de la présente étude. Le test d'évaluation choisi pour celle-ci est en effet basé sur cette version, qui diffère d'ailleurs peu des subséquentes. Dans le DSM-III-R, onze troubles de personnalité sont répertoriés. Seul le trouble de personnalité passive-agressive a été retiré de la classification formelle dans le DSM-IV et remis en annexe. Ces onze pathologies sont classées en trois groupes distincts, soit le groupe A, personnalités bizarres et excentriques, le groupe B, personnalités dramatiques et émotives, et le groupe C, personnalités anxieuses. Le groupe A renferme les troubles de personnalité paranoïaque, schizotypique et schizoïde. Pour sa part, le groupe B, contient

les troubles de personnalité borderline, narcissique, histrionique et antisociale. Enfin, le groupe C comprend les troubles de personnalité dépendante, obsessionnelle-compulsive, évitante et passive-agressive. Selon le relevé de certains auteurs (Mathis & Zimmerman, 2001 : cités dans Geiger & Crick, 2010), les troubles de personnalité narcissique et schizoïde seraient les moins fréquents parmi la population générale, contrairement au trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive qui serait le plus commun. Alors que les troubles de personnalité antisociale, narcissique, obsessionnelle-compulsive, schizoïde, schizotypique et paranoïaque se retrouvent plus fréquemment chez les hommes, le trouble de personnalité borderline, apparaît plus souvent, à près de 75 %, chez les femmes. Les troubles de personnalité évitante, histrionique et dépendante se manifestent dans une proportion similaire entre les hommes et les femmes (APA, 1994, 2013), de même que le trouble de personnalité schizoïde (Bernstein, Arntz et Travaglini, 2009 : cités dans Lenzenweger, 2010). Ainsi, il apparaît nécessaire à présent de définir chaque trouble de personnalité, et ce à partir de leur groupe respectif.

**Groupe A.** Ce premier groupe renferme donc trois troubles de personnalité, soit paranoïaque, schizotypique et schizoïde. Selon Derksen (1995 : cité dans Esterberg, Goulding, & Walker, 2010), les personnes dans ce groupe ont tendance à voir les gens comme fonctionnant en-dehors de la normale plutôt que de se percevoir eux-mêmes comme étant dysfonctionnels par rapport au monde général.

***Trouble de personnalité paranoïaque.*** Ce trouble se manifeste particulièrement par une tendance à interpréter les gestes d'autrui comme menaçants ou humiliants, et ce sans que ce soit justifié. La personne craint d'être exploitée, doute de la loyauté de ses amis ou partenaire, fait preuve de rancune, ne se confie pas aisément et peut réagir facilement avec colère (APA, 1987, 1994, 2013). Elle a également tendance à nier ou à réprimer ses sentiments (Tredget, 2001). Elle est suspicieuse, mais sans qu'il y ait présence d'hallucination, donc sans être psychotique. Elle possède une image de soi positive et une image de l'autre négative, mais qui peut être positive en façade. En fait le Soi est perçu comme étant victime de la persécution d'autrui et l'individu développe donc un mécanisme d'évitement de cette persécution perçue. La personne peut avoir une conscience limitée que quelque chose ne va pas dans son Soi (Meyer & Pilkonis, 2005). En fait, les relations d'objet internes agressives projetées développent la perception d'un monde externe persécuteur et la personne cherche à contrôler ce monde dangereux (Kernberg et Caligor, 2005).

***Trouble de personnalité schizotypique.*** Le trouble de personnalité schizotypique a une prévalence de 3 % dans la population générale (APA, 1994) et se caractérise par des idées, aspects et comportements étranges et excentriques, difficulté d'adaptation sur le plan relationnel, pensée magique, expériences perceptives particulières, peu d'amis intimes, affects appauvris, méfiance, discours bizarre et grande anxiété au niveau social (APA, 1987, 1994, 2013). Certains auteurs (Ericson, Tuvblad, Raine, Young-Wolff, & Baker, 2011; Reynolds et al., 2000 : cités dans Hans et al., 2009) regroupent les

caractéristiques précédentes en trois groupes de facteurs, les déficits cognitifs-perceptuels, les déficits affectifs-interpersonnels et les comportements désorganisés. Les caractéristiques du trouble de personnalité schizotypique ressemblent beaucoup aux symptômes de la schizophrénie, mais en étant moins sévères (Ericson et al.; Hans et al.). Lenzenweger (1999 : cité dans Rosenfarb & Juan, 2006) suggère même que ce trouble de personnalité pourrait représenter en fait une forme atténuée de schizophrénie. D'ailleurs, les personnes avec un trouble de personnalité schizotypique sont plus à risque de développer éventuellement un trouble de schizophrénie ([Fenton & McGlashan, 1989; Mason et al., 2004; Weiser et al., 2001] : cités dans Rosenfarb & Juan). En fait, Raine (2006) définit deux catégories de personnes schizotypiques, soit celles qui ont une détérioration neuro-développementale et celles qui n'ont pas cette lacune, mais qui possèdent une multitude de symptômes décrits auparavant. Seule la première catégorie peut se développer ultérieurement en schizophrénie (Raine). Cette classe se montre également davantage désorganisée au niveau interpersonnel, alors que le second groupe va se montrer plus hostile et instable sur le plan de l'affect (Torgersen et al., 2002 : cités dans Raine). Il appert que les concepts de soi et de l'autre se révèlent ici très fragmentés (Kernberg, 2006). Par contre le Soi est perçu plus positif que négatif, avec une perception d'être exceptionnel, avec des compétences spéciales qui sont perçues être incomprises ou rejetées par autrui (Meyer & Pilkonis, 2005). Par ailleurs, des anomalies physiques au visage, mains et pieds, quoique mineures, sont relevées dans le trouble de personnalité schizotypique ([Corcoran et al., 2003; Mittal et al., 2007; Weinstein, Diforio, Schiffman, Walker, & Bonsall, 1999] : cités dans Hans et al.).

*Trouble de personnalité schizoïde.* Ce trouble de personnalité apparaît peu fréquent au niveau clinique (APA, 1994). Il se définit particulièrement par une indifférence face aux relations sociales, un registre de l'affect limité, un non-désir de vivre des relations intimes, des activités solitaires, et une insensibilité aux compliments ou aux critiques (APA, 1987, 1994, 2013). Certains symptômes ressemblent à ceux de la schizophrénie, tels le manque de motivation, le retrait social et un affect limité (Martens, 2010). La personne aux prises avec ce trouble de personnalité manque d'empathie (Martens). Elle peut s'attacher aux animaux ou aux objets et est davantage observatrice de la vie plutôt qu'impliquée dans celle-ci (O'Connor, 2008), mais peut tout de même fonctionner en société (Million & Davis, 1996 : cités dans Meyer & Pilkonis, 2005). Elle surinvestit la pensée plutôt que la réalité externe pour l'aider à se détacher (Vuailat, 2003). D'après Fairbairn (1998 : cité dans Vuailat), le schizoïde introjecte les objets et s'y identifie, remplace ses sentiments par des idées, perçoit alors son monde intérieur comme étant supérieur au monde externe, ne peut donner ce qui est en lui, considère son amour comme étant destructeur et celui d'autrui menaçant et se protège donc contre l'angoisse. Il est possible que la personne avec ce trouble puisse désirer une certaine forme de contact et être capable d'aimer, mais la peur du rejet et de la fusion, sa fragilité narcissique et sa tendance à régresser l'amènent à maintenir l'autre à distance pour se protéger d'un effondrement psychologique (Alperin, 2001 : cité dans Martens; Kohut, 1974; Martens; Parpottas, 2012). Elle peut en venir à ressentir de la frustration et de la honte face à l'absence de relations sociales ou face à ses difficultés socioémotives et un sentiment de vide dû à la diffusion de l'identité (Martens). Parpottas précise que la

personne ayant un trouble de personnalité schizoïde peut tout de même avoir de bonnes relations avec des gens à différents degrés. En fait, D. F. Klein (1970 : cité dans Martens) détermine deux catégories de schizoïde, soit la personne qui est obéissante, qui a peur, qui est en retrait de la vie sociale, mais qui souhaite en faire partie, et l'autre groupe où la personne est asociale, désire être seule, qui a des difficultés avec les autres la menant souvent dans un rôle de bouc émissaire.

**Groupe B.** Le groupe B est composé des troubles de personnalité borderline, narcissique, histrionique et antisociale. Le manque d'empathie caractérise entre autres les personnes de ce groupe, mais pour des raisons différentes. Par exemple la personne narcissique ne perçoit pas les autres comme étant suffisamment importants pour leur donner son empathie, alors que la personne borderline se considère trop comme une victime pour ressentir de l'empathie et la personne antisociale apparaît même incapable de concevoir le concept d'empathie ([Hamilton, 1988; Ruegg, Haynes, & Frances, 1997] : cités dans Kraus & Reynolds, 2001).

***Trouble de personnalité borderline.*** Ce trouble de personnalité arbore un taux de prévalence de 0,5 % à 5,9 % selon les auteurs (APA, 1994, 2013; [Grant et al., 2008; Lenzenweger et al., 2007] cités dans Rangel, 2012; Sherry & Whilde, 2008). Skodol et al. (2005 : cités dans Cartwright, 2008) avancent toutefois un taux de 12 % parmi la population générale. Il présente de l'intensité et de l'instabilité au niveau de l'humeur, de l'image de soi, des relations interpersonnelles et de l'affectivité, de l'idéalisation

suivie de dévalorisation au plan relationnel, de l'impulsivité, un manque de contrôle de la colère, des menaces ou des comportements suicidaires et autodestructeurs, un trouble de l'identité, un sentiment de vide intérieur, et un évitement de l'abandon (APA, 1987, 1994, 2013). Skodol et al. (2011) découvrent pour leur part que le trouble de personnalité borderline présente le plus haut taux de persistance du désordre de dépression majeure et qu'il est un prédicteur grandement significatif pour celui-ci. Marcia (2006) parle d'un Soi fragmenté chez la personne avec un trouble de personnalité borderline alors que d'autres auteurs nomment la diffusion de l'identité dans une alternance entre une représentation de soi et de l'autre positive et négative ([Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, & Applebaum, 1989; Western & Cohen, 1993] : cités dans Marcia). Cette personne utilise de façon marquée le mécanisme de clivage (Kernberg & Caligor, 2005; Schore, 2008). Elle possède une faible conscience d'elle-même et un grand manque de frontière entre elle et les autres (Kraus & Reynolds, 2001). La personne avec ce trouble de personnalité a tendance à s'intéresser peu aux demandes de la réalité extérieure (Kernberg & Caligor). Dans une étude, Ritter et al. (2011) identifient un manque d'empathie cognitive et émotionnelle significatif par rapport à un groupe contrôle. La personne avec un trouble de personnalité borderline présente une difficulté à symboliser et à faire des reflets ([Fonagy, 2010; Fonagy & Bateman, 2008] : cités dans Keinänen, Johnson, Richards, & Courtney, 2012), dénote des relations d'objets pathologiques et affiche donc une difficulté dans ses perceptions interpersonnelles (Keinänen, et al.). Elle perçoit le monde comme étant insécurisant, hostile et imprévisible, et son attachement à autrui est intense, mais de piètre qualité (Sherry et

Whilde, 2008). Plus l'attachement à un moment donné dans une relation est fort, plus il y a de probabilités qu'apparaissent des altérations au niveau de la mentalisation (Fonagy et Luyten, 2009). Ces distorsions cognitives émergent en raison de la peur immense d'être rejeté ou abandonné (Baird, Veague, & Rabbitt, 2005). Face à cette peur, la personne avec un trouble de personnalité borderline alterne donc entre l'intensité relationnelle, jusqu'à ce que celle-ci devienne trop menaçante à ses yeux, et l'évitement (Meyer & Pilkonis, 2005). Son monde intérieur apparaît donc conflictuel et instable (Meyer & Pilkonis). La souffrance ressentie est la plus grande parmi les troubles de personnalité du groupe B (Kraus & Reynolds). De plus, il appert que 90 % des personnes ayant ce trouble de personnalité auraient également au moins un autre trouble de personnalité ([Links, 1996; Swartz et al., 1989] : cités dans Kraus & Reynolds).

***Trouble de personnalité narcissique.*** La prévalence de ce trouble de personnalité était de 2 % parmi la population générale selon le DSM-IV (APA, 1994), mais est considérée de 0 % à 6,2 % dans le DSM-V (APA, 2013) et certains auteurs ([Stinson et al., 2008; Ritter et al., 2010] : cités dans Ritter et al., 2011) évaluent le taux de prévalence de ce trouble à 6 %. Ce trouble se définit par une grandiosité, un manque d'empathie, un sentiment de honte, de colère ou d'humiliation face à la critique, l'exploitation de l'autre, l'impression d'être unique, des fantaisies de pouvoir ou de succès illimité, des attentes face à de l'attention, à de l'admiration et à un traitement favorable comme lui étant dû, de l'envie et de la jalousie (APA, 1987, 1994, 2013). C'est un trouble de personnalité qui est souvent accompagné d'un autre du groupe B

(Kraus & Reynolds, 2001). Certains auteurs ([Cain, Pincus, & Ansell, 2007; Dickinson & Pincus, 2003; Wink, 1991] : cités dans Thomaes, Bushman, De Castro, & Stegge, 2009) font une distinction entre la personne avec un trouble de personnalité narcissique vécu en secret et celle dont le trouble est révélé. La personne de la première catégorie est vulnérable, centrée sur soi, introvertie, avec des émotions négatives trop intenses qui l'amènent en retrait. Par contre, la personne de la seconde catégorie affiche davantage une centration sur soi de façon extravertie et une négation de ses expériences négatives en les éliminant de sa conscience et en utilisant la colère face à autrui (Bushman et al., 2009 : cités dans Thomaes et al.). Le manque d'empathie est un trait marqué chez la personne avec un trouble de personnalité narcissique (APA, 1987, 1994, 2013; Decety, 2004 : cité dans Chapelle, 2004; Ritter et al.). Toutefois, Ritter et al. découvrent que seule l'empathie émotionnelle fait défaut, alors que l'empathie cognitive apparaît intacte. La personne avec le trouble de personnalité narcissique cherche peu à développer des liens sociaux intimes et affectueux (Thomaes et al.). Sa préoccupation se situe davantage au niveau de la régulation de l'estime de soi, en adaptant ses interactions en conséquence de maintenir une supériorité pour répondre à son besoin d'admiration et d'attention dans un processus intra et interpersonnel (Morf & Rhodewalt, 2001 : cités dans Thomaes et al.). L'autre n'est perçu que comme une source de gratification (Meyer & Pilkonis, 2005). La personne narcissique possède un immense besoin d'être vue comme valable (Baumeister & Vohs, 2001 : cités dans Thomaes), use de mécanismes de déni et d'externalisation (Kris, 1979, 1990 : cité dans Fernando, 1998), est hypervigilante, ne peut percevoir l'impact de ses actions sur autrui, a une faible

compréhension d'elle-même, une estime de soi très fragile (Freeman, 2007), peut avoir certains comportements antisociaux (Kernberg & Caligor, 2005), est très sensible aux blessures narcissiques et dispose d'un Surmoi inadéquat (Schoore, 2008). En percevant l'autre inférieur et soi omnipotent, elle préserve ainsi son estime d'elle-même et contrôle ses sentiments de colère et d'envie (Kernberg, 1970 : cité dans Kraus & Reynolds). Elle possède toutefois un sentiment d'infériorité et de forts doutes de soi (Millon et al., 1996 : cités dans Meyer & Pilkonis), masqués derrière la grandiosité (Geiger & Crick, 2010). En fait, Meyer et Pilkonis décrivent deux types de personnes avec le trouble de personnalité narcissique, soit celle dont la grandiosité se base sur une perception positive de soi, et l'autre dont la grandiosité représente une défense pour camoufler une image de soi négative. Certains auteurs ([Hibbard, 1992; Rathvon & Holmstrom, 1996; Wink, 1991] : cités dans Kraus et Reynolds) parlent également d'une forme passive du trouble de personnalité narcissique qui consiste en la personne qui a honte de ses désirs de grandiosité et d'exhibitionnisme, qui évite l'attention, se dévalorise, est inhibée, mais se sent spéciale de par son autodévaluation et son côté très discret. Ces mécanismes peuvent alors susciter l'attention et les réactions d'autrui, et lui fournir ainsi une forme de compensation pour ses besoins d'attention et de gratification. Par ailleurs, dans une recherche, les auteurs (Skodol et al, 2011) découvrent que c'est le trouble de personnalité qui a le plus faible taux de persistance du désordre de dépression majeure.

***Trouble de personnalité histrionique.*** La prévalence de ce trouble est de 2 % à 3 % dans la population générale (APA, 1994). Il peut être accompagné fréquemment

d'autres troubles du même groupe (Pfohl, 1991 : cité dans Kraus & Reynolds, 2001). Les caractéristiques peuvent être des expressions émotives intenses, théâtrales, mais superficielles et changeantes, recherche d'attention et d'approbation, aspect ou comportements de séduction non appropriés, grand désir de plaire par son allure physique, mal à l'aise si n'est pas le centre de l'attention, égocentrisme, cherche une satisfaction immédiate et tolère mal la frustration, discours subjectif et impressionniste, mais sans détails, facilement influençable, et perçoit les relations plus intimes qu'elles ne le sont en réalité (APA, 1987, 1994, 2013). Turner (1994 : cité dans Kraus & Reynolds) décrit trois catégories hiérarchiques des symptômes selon leur degré de gravité, soit la première qui comprend la séduction et l'égocentrisme, la seconde qui ajoute l'instabilité et le changement excessif dans ses émotions, et la dernière avec le besoin intense d'attention et d'approbation, l'utilisation abusive de langage coloré et l'expression exagérée de ses émotions. La personne avec ce trouble de personnalité a tendance à exagérer ses difficultés (Tredget, 2001). Elle craint le rejet et ses efforts ont pour but de prévenir celui-ci et de garder l'autre présent (Meyer & Pilkonis, 2005). Elle croit que les autres ne sont là que pour l'admirer et être à son service (MacKenzie, 1997 : cité dans Kraus & Reynolds). En fait, elle perçoit l'autre à la fois positivement à travers une image idéalisée comme étant sécurisant et nourrissant, pouvant lui fournir de l'admiration et négativement en ne le considérant que comme un objet ayant un potentiel de répondre à son besoin de valorisation, et se perçoit elle-même de façon positive de par son côté divertissant et enchanteur pour les autres et de manière négative en se voyant comme sujet à un rejet potentiel qu'elle doit éviter en étant constamment

intéressante et séduisante (Meyer & Pilkonis). Ce qui domine toutefois est une image de soi négative et une perception de l'autre positive (Meyer & Pilkonis).

***Trouble de personnalité antisociale.*** La prévalence de ce trouble de personnalité parmi la population générale est de 3 % pour les hommes et de 1 % pour les femmes (APA, 1994), ou 3,6 % au total (Compton, Conway, Stinson, Colliver, & Grant, 2005 : cités dans Douglas et al., 2011). Dans le DSM-V (APA, 2013) il est noté une prévalence de 0,2 % à 3,3 %. Les critères diagnostiques sont des troubles de la conduite, comportements antisociaux et irresponsables, tels une incapacité à maintenir un emploi et à respecter ses obligations, son rôle parental, sa sécurité et celle d'autrui, difficulté à se conformer aux normes sociales, agressivité, impulsivité, mensonges, et absence de remords (APA, 1987, 1994, 2013). Il y a incapacité d'intégrer des valeurs morales pour soi ou pour autrui et de générer un sentiment de culpabilité (Kernberg & Caligor, 2005). C'est le trouble de personnalité le plus sévère (Kernberg & Caligor). Toutefois, seul le tiers des personnes avec un trouble de personnalité antisociale répond aux critères de psychopathie (Coid, 1998 : cité dans De Brito & Hodgins, 2009). Kraus et Reynolds (2001) décrivent trois types à l'intérieur du trouble de personnalité antisociale, soit le type impulsif, le type psychopathique et le type psychopathique-psychotique. La personne avec ce trouble de personnalité a tendance à réprimer ou à nier ses sentiments (Tredget, 2001), et n'a pas de remords, ni d'empathie, ni d'intérêt pour les besoins d'autrui (Geiger & Crick, 2010). Elle arbore des impulsions activées par le Ça, plaçant l'égo au service immédiat de celles-ci, un détachement au niveau émotif et une très

faible capacité d'empathie (Malancharuvil, 2012). En fait, elle possède uniquement une empathie cognitive et non affective, utilisant sa conscience des sentiments de l'autre pour considérer celui-ci comme une victime potentielle pour ses propres fins (Habel, Kühn, Salloum, Devos, & Schneider, 2002 : cités dans Malancharuvil). Ce mécanisme constitue une adaptation pour elle dans un monde qu'elle perçoit hostile ([Ansevics, 1983, Million, 1996] : cités dans Malancharuvil). L'autre est alors vu à la fois comme une source utile à exploiter et en même temps à détruire parce que menaçante (Malancharuvil). L'image de soi apparaît positive avec une impression très intense de compétence et d'être en maîtrise (Meyer & Pilkonis, 2005). Kernberg (1975, 1998 : cité dans Kraus et Reynolds) perçoit le trouble de personnalité antisociale comme une forme agressive du trouble de personnalité narcissique et l'aspect le plus malin du narcissisme pathologique.

**Groupe C.** Ce troisième groupe contient les troubles de personnalité dépendante, obsessionnelle-compulsive, évitante et passive-agressive. Ce groupe se caractérise entre autres par la conformité (Gudjonsson & Main, 2008).

*Trouble de personnalité dépendante.* Ce trouble de personnalité est l'un des plus fréquents en clinique (APA, 1994). La prévalence serait toutefois de 0,49 % dans la population générale (Grant et al., 2004 : cités dans Beitz & Bornstein, 2006). Il se caractérise par un comportement soumis et dépendant, une incapacité à prendre des décisions sans approbation excessive, une tendance à s'en remettre aux autres pour les

décisions et pour ses responsabilités, une difficulté à faire des actions seules et à exprimer son désaccord par peur du rejet ou de perdre l'approbation ou l'appui, une recherche d'appréciation d'autrui en faisant des tâches désagréables, un inconfort face à la solitude et un évitement de celle-ci, une crainte de l'abandon, une fragilité par rapport aux critiques et à la désapprobation, une image négative et un doute de soi, et du pessimisme (APA, 1987, 1994, 2013). La personne avec un trouble de personnalité dépendante fait preuve d'insécurité, d'une faible estime de soi, de jalousie, d'intolérance face à la séparation ([Pincus & Gurtman, 1995; Overholser, 1996] : cités dans Beitz & Bornstein), d'introversion, de problèmes interpersonnels, de timidité, de sentiment d'infériorité, d'autocritique, et d'anxiété sociale, rendant plus difficile son fonctionnement social (Overholser, 1996 : cité dans Beitz & Bornstein). Elle se perçoit inefficace et faible (Blatt, 1991 : cité dans Bornstein, 2007). Bornstein (2005) décrit quatre composantes du trouble de personnalité dépendante, dont l'aspect motivationnel, soit le besoin d'approbation et de soutien, l'aspect cognitif renfermant une image de soi inefficace et impuissante, l'aspect affectif avec une tendance à l'anxiété quand l'autonomie s'avère nécessaire, et l'aspect comportemental où il y a utilisation de stratégies pour conforter le lien avec les autres susceptibles d'être des soutiens potentiels. Par ailleurs, la stratégie de la personne avec un trouble de personnalité dépendante pour contrer ses difficultés est de s'organiser pour avoir toujours quelqu'un à proximité (Meyer & Pilkonis, 2005).

*Trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive.* Ce trouble de personnalité serait le trouble de personnalité le plus fréquent parmi la population générale (APA, 2013; De Reus et Emmelkamp, 2012) avec une prévalence de 2.1 % à 7,9 % (APA, 2013). Ses éléments diagnostiques sont un perfectionnisme qui nuit à l'accomplissement d'une tâche, rigidité, entêtement, souci du détail, des normes, exigence que les autres agissent à sa manière, peu enclin à déléguer un travail ou à la collaboration, difficulté dans la prise de décision due à la rumination, trop consciencieux, dévoué au travail à l'excès en négligeant les activités de loisirs et les amis, restreint dans l'expression de l'affection, dans ses dépenses et dans sa générosité gratuite, et incapacité à se départir d'objets usagés (APA, 1987, 1994, 2013). Ce trouble peut aussi apparaître jumelé avec les troubles de personnalité paranoïaque et schizotypique du groupe A, selon De Reus & Emmelkamp. La personne avec le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive ressent une rage d'être contrôlée et la peur d'être punie ou condamnée (McWilliams, 2011). Elle ne se lie jamais tout à fait au plan relationnel et réussit peu à développer des rapports émotifs et empathiques (De Reus & Emmelkamp; Eskedal & Demetri, 2006). Elle assimile l'agressivité dans un Surmoi bien intégré, perfectionniste, très autocritique, doute d'elle-même et est mue par un besoin constant de contrôle sur soi et sur son environnement (Kernberg & Caligor, 2005). Par ailleurs, des recherches ([Devenand et al., 2000; Rinsma & Colon, 1997; Ullrich & Coid, 2009] : cités dans De Reus & Emmelkamp) découvrent que le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive reste stable ou va se dégrader au fil du temps. En fait, ce trouble est composé d'un mélange de traits stables et de comportements dont la forme peut varier en expression et en gravité

avec l'âge (Grilo et al., 2004 : cités dans De Reus & Emmelkamp). Selon De Reus et Emmelkamp, la stabilité de ce trouble fluctue amplement avec l'âge et les symptômes peuvent empirer entre autres avec la diminution de la gratification au plan social. Pour eux, la personne avec un trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive ne vieillit pas bien, car le bienfait que lui procurent les symptômes dure jusqu'à environ 50 ans, puis dû à une diminution de sa capacité, elle ne peut répondre aussi bien à ses propres exigences de perfection, entraînant alors une détresse psychologique et des difficultés au travail et dans sa vie personnelle. Meyer et Pilkonis (2005) perçoivent trois catégories de personnes avec le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive, selon leur perception de soi et de l'autre. Ainsi, il y a la personne anxieuse, très sensible au plan interpersonnel, qui présente une image de soi négative et de l'autre positive (Lyddon & Sherry, 2001; Meyer & Pilkonis), qui désire être approuvée par autrui et qui essaie de contrer le rejet par le contrôle et le perfectionnisme, puis la personne évitante qui arbore une image de soi négative, qui se distance d'autrui par peur du rejet quand l'autre va découvrir qui elle est derrière la protection que constitue son perfectionnisme, et finalement la personne rejetante qui a une image positive de soi et négative de l'autre et qui de par ses symptômes cherche à conserver son image et à s'éloigner de l'autre perçu comme inférieur (Meyer & Pilkonis). Lorsque l'autre est perçue négativement, cette image d'autrui peut aussi être contrôlée par un conformisme qui compense (Meyer & Pilkonis).

*Trouble de personnalité évitante.* La prévalence de ce trouble est de 0,5 % à 1 % (APA, 1994), ou de 2,4 % selon le DSM-V (APA, 2013). Ses critères diagnostiques sont une grande gêne sociale, peur du jugement, timidité, très sensible à la critique et à la désapprobation, peu d'amis intimes, évite les activités qui supposent des contacts significatifs avec autrui et les implications avec les autres sans avoir l'assurance d'être aimé, discret en situation sociale ou intime par peur d'être inadéquat, inhibé, peur d'être mal à l'aise par la transparence de son anxiété, perçoit de façon exagérée les obstacles potentiels ou dangers lorsque hors de sa routine ou zone habituelle, se perçoit désagréable, incompetent ou inférieur aux autres, désire avoir des relations affectives et déplore ses difficultés qui l'en empêchent (APA, 1987, 1994, 2013). C'est ce trouble de personnalité qui est le plus relié au concept de conformité (Gudjonsson & Main, 2008). La personne avec ce trouble de personnalité a tendance à fuir les conflits et à user d'évitement pour s'adapter aux exigences qui soulèvent de l'anxiété (Gudjonsson, Sigurdsson, Brynjólfssdóttir, & Hreinsdóttir, 2002 : cités dans Gudjonsson & Main). Selon Kantor (2003), l'évitement peut aussi apparaître ou s'éclipser de manière cyclique. De plus, la personne est timide et va aussi se mettre en retrait pour se protéger lorsqu'il y a trop de nouvelles informations à la fois, car elle est incapable de gérer un surplus (Eskedal & Demetri, 2006). Meyer et Pilkonis (2005), ainsi que Kantor, spécifient davantage la peur d'entrer en relation intime, que l'inconfort social chez la personne avec un trouble de personnalité évitante. Face à cette peur, elle opte pour l'évitement et la solitude comme stratégie (Meyer & Pilkonis). Par contre, elle peut être audacieuse, mais pas de façon directe et peut même en venir à utiliser comme mécanisme de

protection la provocation d'autrui, et ce faisant elle réussit à se convaincre qu'elle n'est pas évitante, mais plutôt victime de l'évitement (Kantor). Une autre stratégie peut consister à chercher à faire en sorte que les autres arborent leur évitement à sa place (Kantor). Toutefois, lorsqu'une personne aux prises avec ce trouble accepte de développer une relation intime, il se peut qu'elle développe une forme de dépendance à cette relation (Bartholomew, Kwong, & Hart, 2001 : cités dans Meyer & Pilkonis; Lyddon & Sherry, 2001). Le trouble de personnalité évitante est souvent confondu avec d'autres pathologies, dû à des symptômes semblables (Kantor). Selon Kantor, tous les gens avec des phobies sociales ont aussi le trouble de personnalité évitante, mais l'inverse ne s'avère pas le cas. Kantor décrit d'ailleurs quatre types distincts à l'intérieur de ce trouble de personnalité, soit l'évitant phobique social, l'évitant mixte qui est relativement à l'aise pour développer une relation, mais ne réussit pas à la conserver, l'évitant qui ne craint pas le rejet et qui est capable de relation, mais seulement pour une certaine période, quoique plus durable que la précédente, et enfin l'évitant dépendant-indépendant.

*Trouble de personnalité passive-agressive.* Ce dernier trouble de personnalité constitue le seul à avoir été relégué en annexe dans le DSM-IV, dû à un déficit au niveau de la clarté du syndrome et du fait qu'il est basé sur un seul symptôme, soit la résistance passive (Morey, Hopwood, & Klein, 2007). Il se définit par une résistance passive face aux demandes de performances, de la procrastination, de la bouderie ou de l'argumentation lorsqu'il y a sollicitation pour accomplir une tâche qu'il ne tient pas à

faire, ou les accomplit avec lenteur, des plaintes non justifiées des exigences d'autrui à son égard, de l'évitement des obligations, se perçoit meilleur dans ses tâches que la perception que peut en avoir autrui, ne supporte pas les suggestions des autres pour améliorer sa productivité, nuit aux autres en ne faisant pas sa part de travail collectif, et critique ou méprise les personnes en autorité (APA, 1987). La personne fait donc preuve d'une grande résistance passive et de fuite des règles, à travers une apparence de soumission (Morey et al.), en jouant un rôle, comme un jeu (Bonds-White, 1984). Selon Bonds-White, la personne avec le trouble de personnalité passive-agressive est donc en même temps insoumise, rebelle et suradaptée.

La présentation et définition des caractéristiques de chacun des troubles de personnalité étant établies, il importe à présent de faire le tour de l'état des connaissances de leur étiologie, pour mieux cerner la compréhension actuelle de leur source et situer la contribution supplémentaire visée par la présente étude.

### **Étiologie des troubles de personnalité**

L'étiologie des troubles de personnalité demeure plus que complexe (Reichborn-Kjennerud, 2008), bien que la compréhension de l'origine de ceux-ci ait grandement progressé depuis la conception de Koch (1891 : cité dans Tyrer & Ferguson, 1988). Celui-ci faisait état d'une dégénérescence du système nerveux avec une origine constitutionnelle pour expliquer les désordres de personnalité. De nos jours, bien qu'il n'y ait pas de consensus sur l'étiologie des troubles de personnalité (Tredget, 2001), que

celle-ci renferme encore plusieurs mystères, que les sources apparaissent difficiles à départager, et que les hypothèses avancées par la littérature diffèrent selon les approches, la plupart s'entendent pour dire que l'origine se situe bien avant la vie adulte et qu'elle semble être reliée à chacun des axes biopsychosociaux ou à un amalgame de ceux-ci comprenant les aspects génétique, tempéramental, développemental, neurologique, environnemental, expérientiel et psychologique.

Il apparaît encore difficile de définir clairement le rôle que la génétique exerce dans le développement des troubles de personnalité et de départager ce qui appartient aux gènes et à l'environnement (Lenzenweger & Clarkin, 2005). Il apparaît davantage indispensable de tenir compte de l'influence combinée de la génétique et de l'environnement, plutôt que chacune considérée séparément, sur l'apparition des troubles de personnalité (Caspi, Roberts, & Shiner, 2005 : cités dans Esterberg, et al., 2010; Livesley & Jang, 2008; Livesley, Jang, & Vernon, 1998 : cités dans Bernstein & Ueda, 2007; Paris, 2008; Reichborn-Kjennerud, 2008; Tredget, 2001). Selon certains auteurs ([Cloninger, Svaric, & Przybeck, 1993; Livesley, 2003] : cités dans Cartwright, 2008), les traits de personnalité seraient dus à 50 % à des facteurs génétiques et 50 % à des facteurs environnementaux ou externes. Selon De Reus et Emmelkamp (2012), il n'existerait pas de donnée évidente au niveau génétique qui puisse être associée de façon spécifique à un trouble de personnalité particulier. Certains ([Livesley, Jang, Jackson, & Vernon, 1993; Livesley, Jang, & Vernon, 1998] : cités dans Crawford & Cohen, 2007) évaluent toutefois l'héritabilité des troubles de personnalité à environ 40 % à 60 %. Le

tempérament d'une personne a une base biogénétique à partir de laquelle se fondent les troubles de personnalité, mais il apparaît très difficile de départager les caractéristiques innées ou apprises dans la composition de la personnalité (Paris, 2007a). Toutefois, la vulnérabilité au niveau génétique peut augmenter l'impact de l'environnement (Caspi et al., 2003 : cités dans Geiger & Crick, 2010). Par contre, Livesley & Jang (2008) considèrent que le niveau de contribution de la génétique et de l'apport de l'environnement apparaît similaire pour tous les troubles de personnalité.

En ce qui a trait à la variable environnement, elle comprend de multiples facteurs. L'un d'eux est la relation première avec la mère ou le parent ou la figure nourricière et l'attachement que le bébé développe avec celle-ci, qui lui permet de développer une sécurité afin d'être en mesure par la suite d'explorer et de maîtriser son environnement (Meyer & Pilkonis, 2005). Le modèle d'attachement joue un rôle important dans le développement ultérieur d'un trouble de personnalité (Meyer & Pilkonis). Différentes théories d'attachement ont été développées, dont celle de Bowlby (1969, 1973, 1980 : cité dans Meyer & Pilkonis et dans Lyddon & Alford, 2007), ou encore celle d'Ainsworth et de ses collègues Blehar, Waters et Wall (1978 : cités dans Meyer & Pilkonis et dans Lyddon & Alford) qui comprend trois modèles d'attachement, soit sécuritaire, avec peu d'anxiété et d'évitement (Fonagy & Luyten, 2009), ambivalent et évitant. Plus tard, Main, Kaplan et Cassidy (1985 : cités dans Lyddon & Alford) ont ajouté l'attachement désorganisé. Si la mère procure à l'enfant des réponses adéquates et constantes, l'enfant développe un attachement sécuritaire (Meyer & Pilkonis). Par contre,

des réponses incohérentes et inadéquates le mènent à un attachement ambivalent, et une mère froide, intrusive ou rejetante, ou trop contrôlante, le conduit à un attachement évitant (Meyer & Pilkonis). Par ailleurs, selon les recherches, il n'y aurait pas de lien unique entre le tempérament de l'enfant et l'attachement (Vaughn & Bost, 1999 : cités dans Meyer & Pilkonis). Selon Meyer et Pilkonis, l'attachement ambivalent représente un risque de développer les troubles de personnalité évitante, obsessionnelle-compulsive, dépendante, borderline et histrionique. Le risque que représente l'attachement évitant, avec son manque d'empathie est relié aux troubles de personnalité antisociale, narcissique et paranoïaque, et l'attachement désorganisé, avec ses stratégies de comportements incohérents est à risque pour le développement d'un trouble de personnalité borderline ou schizotypique (Meyer & Pilkonis), auquel Fonagy (2001 : cité dans Keren & Tyano, 2012) ajoute pour sa part le trouble narcissique. Ultérieurement à l'émergence de la théorie de Bowlby, Bartholomew et Horowitz (1991 : cités dans Meyer & Pilkonis) ont élaboré une théorie avec quatre dimensions d'attachement adulte, à partir de l'image de soi et de l'image de l'autre, qui se sont construites à partir de la relation avec les parents et les expériences de l'enfance. Ces quatre dimensions sont les attachements sécure (image de soi et de l'autre positive), préoccupé (image de soi négative et de l'autre positive), craintif (image de soi et de l'autre négative), et détaché ou rejetant ou évitant (image de soi positive et de l'autre négative). Meyer et Pilkonis, et Lyddon et Alford distribuent de façon différente les troubles de personnalité à l'intérieur de ces dimensions d'attachement. Ainsi, ils regroupent les troubles de personnalité dépendante et histrionique avec l'attachement préoccupé, schizoïde avec l'attachement

détaché, et narcissique avec l'attachement craintif et détaché. Meyer et Pilkonis associent le trouble de personnalité borderline avec l'attachement préoccupé, évitante avec la dimension craintive, paranoïaque avec les dimensions craintive et détachée, antisociale et schizotypique avec la dimension détachée, et obsessionnelle-compulsive avec l'attachement craintif et préoccupé. Par contre, Lyddon & Alford classent le trouble de personnalité paranoïaque dans la dimension craintive, obsessionnelle-compulsive avec l'attachement préoccupé, et évitante avec l'attachement craintif et préoccupé. De plus, Lyddon et Sherry (2001) placent les troubles de personnalité antisociale et schizotypique parmi les dimensions d'attachement craintif et détaché, et le trouble de personnalité borderline avec un attachement désorganisé.

Les troubles de personnalité peuvent donc avoir des racines dans l'enfance et d'abord chez le bébé par le mode d'attachement à la mère. Le développement de la personnalité a sa base première dans les liens affectifs avec la mère ou le premier nourricier (Perez, 2012). Lorsque le parent fournit une réponse cohérente, constante et sensible à l'enfant, celui-ci apprend qu'il a un pouvoir sur les réactions désirées de la part de l'environnement et qu'il est valable, aimable et digne de soins. Par contre, si face aux tentatives du bébé d'avoir de l'attention, le parent offre rejet, incohérence et instabilité, l'enfant apprend qu'il n'est pas efficace et qu'il est indigne d'attention (Geiger & Crick, 2010). L'attachement a un impact sur l'apprentissage d'habiletés interpersonnelles adéquates ([Anders & Tucker, 2000; Mallinckrodt, 2000] : cités dans Meyer & Pilkonis, 2005).

Par ailleurs, la croissance du courant et des connaissances neuro-développementales dans les dernières années permet de constater des liens entre la relation parent-enfant et le développement neurologique, biologique et biochimique du cerveau, qui a un impact par la suite sur les fondements neurologiques de la personnalité ([Schorre, 1997, 2000; Young, 2002] : cités dans Meyer & Pilkonis, 2005) et l'apparition d'un trouble de personnalité. Baird et al. (2005) affirment d'ailleurs que dès le premier jour après la naissance, l'enfant et la mère contribuent tous les deux à une réciprocity de signaux vitaux qui aura un impact essentiel et déterminant sur le neurodéveloppement de l'enfant et sur les capacités et le type d'adulte qu'il deviendra. L'hormone ocytocine produite par l'hypothalamus joue un rôle dans le processus d'attachement (Baird, et al.). L'attachement va influencer entre autres la capacité future de l'enfant de réguler ses émotions adéquatement ([Cassidy, 1994; Zimmerman, 1999] : cités dans Meyer & Pilkonis). Dès la naissance, le bébé possède un système de mémoire fonctionnel qui est adapté à l'apprentissage implicite (Armini et al., 1996 : cités dans Baird, et al.). Un déficit neurophysiologique de base du système de mémoire affective implicite chez le bébé peut troubler la relation d'attachement initiale et ce déficit pourra être amplifié au moment du développement à l'adolescence (Baird et al.). Le cortex préfrontal se divise en deux parties, soit les régions orbitale et médiale et les aires dorsale et latérale. Ces dernières après un retard dans le début de la vie accusent un développement accéléré au moment du développement du langage et de l'exploration physique de l'environnement. Les régions préfrontale, orbitale et médiale s'occupent du développement émotionnel à l'intérieur des relations interpersonnelles dès le début de la vie (Cozolino, 2010).

Le cortex orbito-frontal a entre autres l'empathie comme fonction ([Eslinger, 1998; Mega & Cummings, 1994; Moll, Oliveira-Souza, Bramati, & Grafman, 2002] : cités dans Schore, 2008) et celle-ci est associée à l'attachement (Mikulincer et al., 2001 : cités dans Schore), impliquant ainsi que les expériences reliées au processus d'attachement constituent un impact direct aux bases neurobiologiques du développement moral (Schore, 1994, 2002 : cité dans Schore). Ainsi, les personnes qui ont vécu des expériences d'attachement problématiques affichent des troubles de l'empathie et un déficit sur le plan du traitement de l'information socioémotionnelle (Schore). Pour Schore (1994 : cité dans Siever, Koenigsberg, & Reynolds, 2003), il existe une période critique vers la fin de la première année de vie, qui consiste en une croissance des synapses dans la structure limbique préfrontale, qui est grandement influencée par l'interrelation socio-affective avec la mère. Le cortex préfrontal, dont l'orbito-frontal, croît au cours des deux premières années de vie, même si plusieurs projections dans ce cortex ne débutent leur myélinisation qu'à l'adolescence (Siever, et al., 2003). Or, le cortex préfrontal, l'hippocampe et l'amygdale sont très malléables (Siever et al.). Si des séquelles surviennent au cortex préfrontal tôt dans la vie, il y aura déficit au niveau de l'apprentissage des rôles sociaux, de l'empathie et de la perspective (Dolan, 1999 : cité dans Cozolino). Toutefois, selon Meyers, Berman, Scheibel, & Hayman (1992 : cités dans Cozolino), des dommages dans le même secteur ultérieurement dans la vie de l'enfant peuvent occasionner les mêmes difficultés. Les expériences d'attachement agissent particulièrement sur le système limbique de l'hémisphère droit ([Keenan et al., 2000, Schore, 2000] : cités dans Keren & Tyano, 2012) qui domine par ailleurs en ce qui

a trait aux fonctions d'attachement ([Henry, 1993; Schore, 1994] : cités dans Schore) et à la capacité adaptative pour maintenir un Soi unifié et cohérent (Devinsky, 2000 : cité dans Schore). De plus, l'hémisphère droit de la mère joue également un rôle dans les fonctions de réconfort (Siegel, 1999 : cité dans Keren & Tyano). Par ailleurs, les expériences avec l'environnement s'avèrent indispensables pour permettre la différenciation du tissu cérébral (Keren & Tyano). Selon Cozolino, les dix-huit premiers mois de vie renferment une période critique du développement du cerveau, que partagent entre autres les régions orbitales et médiales frontales et l'hémisphère droit. Pour Siegel (2001 : cité dans Keren & Tyano), la relation entre l'expérience de vie de l'enfant et le développement du cerveau, soit la neurobiologie interpersonnelle, est active dès la conception et durant les trois premières années de vie, alors que Stern (1985 : cité dans Keren & Tyano) ajoute que le point culminant du développement du cerveau se situe également dans les trois premières années de vie au moment où l'enfant expérimente son corps et son environnement. Le cerveau continue toutefois son développement tout au long de l'enfance et de l'adolescence selon les expériences de vie (Siever, et al.). Par ailleurs, selon Allwood et Gagliano (1997 : cités dans Tredget, 2001), des résultats anormaux à des tests électrophysiologiques seraient un facteur étiologique pour les troubles de personnalité.

Les expériences de vie tels des abus ou de la négligence vécue dans l'enfance peuvent avoir un impact négatif sur le développement cérébral et sur le système physiologique (de Bellis et al., 1999 : cités dans Schore, 2008; [Cicchetti & Curtis,

2005; Schore, 1994] : cités dans Geiger & Crick, 2010) et représentent un autre facteur environnemental important dans le développement d'un trouble de personnalité (Cohen, Crawford, Johnson, & Kasen, 2005 : cités dans Robin, Cohan, Hambrick, & Albano, 2007; Grover et al., 2007 : cités dans Keren & Tyano, 2012; Pretzer & Beck, 2005 ). En effet, le risque de développer un trouble de personnalité pour les enfants ayant vécu de tels traumatismes serait plus de quatre fois plus élevé que pour ceux qui n'ont pas connu de telles expériences de vie (Johnson, Cohen, Brown, Smailes, & Bernstein, 1999 : cités dans Tredget, 2001). D'ailleurs, plusieurs adultes aux prises avec un trouble de personnalité signifient, et ce à un taux élevé, avoir vécu des traumatismes dans l'enfance (Battle et al., 2004 : cités dans Esterberg, et al., 2010). Par contre, selon Siever et al. (2003), l'impact d'expériences de vie sur le développement du cerveau peut dépendre du degré de maturité de celui-ci au moment où elles ont été vécues. Au cours des deux premières années de vie, si surviennent des situations répétitives et persistantes où il y a des états affectifs sur ou sous sollicités et envahissants, il y aura un impact ravageur important sur la maturation de la structure psychique (Schore, 2008). Un abandon ou une trahison de la part d'un adulte en qui l'enfant a confiance peut également constituer un abus vécu à un jeune âge, représentant un facteur de risque de développer un trouble de personnalité plus tard dans sa vie ([Strong, 1998; Marshall et Cooke, 1999; Melia, Moran, & Wilkie, 1999] : cités dans Tredget). De plus, dans leur revue de littérature, Tackett, Balsis, Oltmanns et Krueger (2009 : cités dans Esterberg, et al.) ajoutent comme facteurs précipitant, les conflits parentaux, un faible niveau socio-économique, une mère excessivement contrôlante et la présence de psychopathologie chez les parents.

Un environnement problématique ne peut toutefois à lui seul créer une pathologie chez l'enfant (Berzoff, 2011). Les réactions de l'enfant face à l'abus physique vont s'avérer différentes selon ses caractéristiques biologiques et psychologiques (De Brito & Hodgins, 2009). De plus, la capacité de résilience est aussi un facteur à considérer (Paris, 2008), car ce ne sont pas tous les enfants ayant vécu des traumatismes dans l'enfance qui vont développer des symptômes pathologiques une fois adulte (Fergusson & Mullen, 1999 : cités dans Paris, 2008). L'impact négatif peut s'avérer plus intense si l'enfant n'a pas bien développé sa capacité de régulation de ses émotions et s'il est désinhibé (Paris, 2007b). Les traumatismes vécus peuvent accentuer les traits de personnalité selon toutefois la prédisposition génétique de la personne (Paris, 1998 : cité dans Cartwright, 2008).

L'enfant qui a subi de la négligence, de l'abus ou de l'intrusion de la part de ses parents développe des représentations psychiques ou des relations d'objets négatives et hostiles qui compromettent la possibilité d'un attachement sécure, la symbolisation, ainsi que l'émergence d'une structure de personnalité stable et cohérente (Keinänen, et al., 2012). Une fois adulte, il risque d'entrer en relation avec méfiance, inconfort et avec un potentiel réduit d'une stabilité relationnelle (Meyer & Pilkonis, 2005). Les relations d'objet intériorisées reflètent l'état de l'affect lié à la représentation d'une interaction particulière entre le soi et l'autre. Cette représentation est déterminée par des tendances innées reliées à l'affect et à la relation avec les parents dès le début de vie dans des expériences relationnelles répétitives réelles et imaginées et accompagnées de

mécanismes de défense. Ces images de soi et de l'autre forment l'identité. Une image de soi et d'autrui qui est entre autres instable et peu réaliste engendre une formation de l'identité plus pathologique et ainsi un trouble de la personnalité (Kernberg & Caligor, 2005). Par ailleurs, le processus de séparation-individuation mal réussi chez le bébé est associé aux troubles de personnalité chez l'adulte.

Bien que le développement représente un facteur important dans l'apparition ultérieure d'un trouble de personnalité, les schémas développementaux qui aboutissent à un trait de personnalité ou à une personnalité pathologique peuvent être multiples plutôt que d'un seul type (Cicchetti & Rogosch, 1996 : cités dans Thomaes, et al., 2009). De plus, outre le contexte familial, les facteurs environnementaux et le développement social hors familial, dont la famille élargie, l'école, la culture et la société sont aussi très importants dans le développement de la personnalité (Paris, 1996 : cité dans Cartwright, 2008) et des troubles de personnalité (Pretzer & Beck, 2005). La prédisposition à un trouble de personnalité peut aussi être reliée au modèle de défense vu et appris par l'enfant (Cicchetti, 1991 : cité dans Marcia, 2006). Par ailleurs, une étude de Bernstein, Cohen, Skodal, Bezirgianian et Brook (1996 : cités dans Keren & Tyano, 2012) identifie que les symptômes dépressifs chez l'enfant sont prédicteurs des troubles de personnalité du groupe A, alors que l'immaturation est reliée au groupe B, que les comportements anxieux de l'enfant ne prédisent pas significativement le groupe C, et que les problèmes de conduites à l'enfance ont un pouvoir prédictif pour les trois groupes de troubles de personnalité et non seulement pour le trouble de personnalité antisociale.

L'étiologie des troubles de personnalité possède donc de multiples visages, soit la prédisposition génétique, les expériences d'attachement, des traumatismes, l'univers familial, socioculturel et même politique (Magnavita, 2004 : cité dans Magnavita, 2007), et les développements neurologique et psychologique qui en découlent. Ces divers facteurs de risque énumérés précédemment recouvrent les troubles de personnalité en général, mais chacun, à l'intérieur de leur groupe respectif, renferme des caractéristiques étiologiques plus spécifiques notables.

**Groupe A.** Les troubles de personnalité paranoïaque, schizotypique et schizoïde se retrouvent dans ce même groupe de par leurs ressemblances en terme de symptômes, mais également parce qu'ils ont aussi en commun des composantes génétiques et facteurs environnementaux à risque (Esterberg, et al., 2010). Des recherches confirment effectivement le rôle de la génétique dans l'étiologie des troubles de personnalité du groupe A, particulièrement pour le trouble de personnalité schizotypique (Parnas, Licht, & Bovet, 2005 : cités dans Esterberg et al., 2010). Rosmond et al. (2001 : cités dans Reichborn-Kjennerud, 2008) déterminent que les troubles de personnalité du groupe A sont reliés à un polymorphisme dans le gène encodé pour la fonction de récepteur de la dopamine 2. Malgré ce qui les unit, les troubles de personnalité de ce groupe peuvent aussi avoir des caractéristiques distinctes au sein de leur étiologie.

*Troubles de personnalité paranoïaque.* Kendler et al. (2006 : cités dans Reichborn-Kjennerud, 2008) évaluent à 21 % le taux d'héritabilité pour le trouble de

personnalité paranoïaque. La source de ce trouble se situe entre autres dans les abus et négligences dans l'enfance ([Grant et al., 2004; Johnson, Cohen, Brown, Smailes, & Bernstein, 1999] : cités dans Esterberg et al., 2010). Cet enfant a pu vivre des épreuves sadiques ou n'a pas été protégé par rapport à une anxiété importante, et ainsi il en vient à percevoir le monde comme malveillant et instable, et à devenir méfiant et sensible à la critique (Cambron, 1963 : cité dans Thompson-Pope & Turkat, 1993). Pour Lyddon et Alford (2007), l'enfant qui développe ultérieurement un trouble de personnalité paranoïaque a pu avoir des parents persécuteurs et rejetants ou trop vigilants et critiques. Il a développé un attachement craintif (Lyddon & Sherry, 2001), avec une image négative de soi, avec l'impression de ne pas avoir de valeur et d'être incompetent, accompagné d'une image négative de l'autre comme étant critique et malveillant. Il peut aussi avoir développé un attachement rejetant avec une image positive de soi et négative de l'autre, ou encore un mélange des deux (Meyer & Pilkonis, 2005). Le Soi se vit comme étant une victime du harcèlement d'autrui (Meyer et Pilkonis).

Turkat (1985 : citée dans Thompson-Pope & Turkat, 1993) énumère cinq stades dans le développement du trouble de personnalité paranoïaque. Dans le premier stade, les parents mettent l'accent sur le fait que l'enfant est unique et ils sont convaincus que les autres vont devenir jaloux des talents spéciaux de leur enfant. Pour le second, l'enfant devient anxieux parce qu'il se sent différent et qu'il vit du rejet des autres. Les parents se trouvent confirmés dans leurs perceptions et l'enfant peut alors difficilement développer ses habiletés sociales et il se retire. À la troisième étape, l'enfant est

confirmé dans ses peurs et dans sa méfiance et il vit ruminant et anxieux. La quatrième phase consiste en la recherche de rationalisation de l'attitude d'autrui pour calmer son anxiété, en reprenant les croyances de ses parents sur la jalousie d'autrui à son égard et perçoit des signaux de menaces. Enfin, l'aboutissement à la cinquième étape se compose de suspicion et d'hypersensibilité qui provoquent le rejet par autrui et amplifient l'isolement social de la personne en interprétant faussement les intentions d'autrui.

Pour sa part, Millon (1981 : cité dans Thompson-Pope & Turkat) identifie cinq étiologies parentales différentes selon le type de trouble de personnalité paranoïaque. Ainsi, le paranoïaque-sadique a eu des parents trop indulgents qui le surévaluaient. Il a donc été rejeté par les autres, incapable de collaborer, et il s'est créé alors un monde de fantasmes grandioses pour contrer le sentiment de rejet. Le paranoïaque-antisocial a eu des parents instables qui ont considéré l'enfant comme souffre-douleur. Il apprend alors à percevoir le monde comme étant méchant et dur, il développe méfiance et vigilance et, devant la peur de l'agression, il prend les devants pour attaquer, se fait agresser en retour et s'ensuit un délire de persécution. Le paranoïaque compulsif a eu des parents qui l'ont contrôlé et puni sévèrement et, pour se protéger, l'enfant se donne des normes rigides, devient perfectionniste, dur et hostile. Il projette la culpabilité et la peur sur les autres qui deviennent alors à ses yeux des persécuteurs. Le paranoïaque passif-agressif a grandi avec des parents qui lui ont fourni des réponses non cohérentes et non stables à ses besoins d'affection. Il devient irascible et imite les comportements instables de ses parents sans développer des capacités relationnelles et il interprète autrui comme étant

jaloux et traître, plutôt qu'une source d'approbation. Enfin, le paranoïaque-décompensé est à la limite d'un trouble de personnalité paranoïaque et d'un trouble de schizophrénie-paranoïde. Il refuse d'avoir des relations avec autrui, est suspicieux, transforme la réalité à partir de croyances irréelles, a des épisodes psychotiques qui augmentent et évite les contacts sociaux.

*Trouble de personnalité schizotypique.* Les racines du trouble de personnalité schizotypique s'avèrent génétiques et environnementales dans l'enfance (Olin et al., 1997), d'égale contribution (Raine, 2006), en plus des facteurs neurobiologiques et psychosociaux (Fung & Raine, 2012). Kendler et al. (2006 : cités dans Reichborn-Kjennerud, 2008) avancent un taux de 28 % d'héritabilité pour cette pathologie. Les risques de développer un trouble de personnalité schizotypique ou de la schizophrénie peuvent être plus élevés si le développement neuronal a pu être perturbé durant le deuxième trimestre de la grossesse, par exemple par une infection, telle la grippe (Mednick, Cannon, Barr, & Laffosse, 1991 : cités dans Machón, Huttunen, Mednick, & Lafosse, 1995). De plus, les risques semblent également plus élevés s'il y a des membres de la famille qui souffrent de schizophrénie (Asarnow et al., 2001; cités dans Rosenfarb & Juan, 2006; Hans et al., 2009; [Ingraham, 1995; Siever & Davis, 2004] : cités dans Raine), ou du même trouble de personnalité schizotypique (Ingraham, 1995), ou qu'au moins un des parents a un désordre affectif (Squires-Wheeler, Skodol, Bassett, Erlenmeyer-Kimling, & Friedman, 1988, 1989 : cités dans Ingraham).

Même si peu de recherches sont effectuées concernant l'impact psychosocial sur le développement du trouble de personnalité schizotypique (Fung & Raine, 2012), il semble exister un lien entre celui-ci et l'abus, la négligence ou un traumatisme dans l'enfance (Berenbaum, Valera, & Kerns, 2003 : cités dans Raine, 2006). Les parents apparaissent froids et reflètent une image à l'enfant comme étant quelqu'un d'étrange (Meyer & Pilkonis, 2005). Un processus d'attachement perturbé, soit un attachement rejetant (Meyer & Pilkonis) dès le début de la vie peut engendrer des difficultés socioémotives altérant le comportement relationnel et prédispose ainsi l'enfant au trouble de personnalité schizotypique de par un manque d'amis, une attitude sociale bizarre et un affect restreint (Raine). De plus, l'enfant qui a un rôle de victime au plan social peut développer des idées paranoïdes et de référence, de l'anxiété sociale, des comportements bizarres et ne pas avoir d'amis intimes (Fung & Raine). Toutefois, il apparaît difficile de savoir dans quel sens se situe le lien causal puisqu'un enfant avec des comportements, un langage et des pensées étranges peut aussi être plus sujet à être victime (Fung & Raine).

Néanmoins, le stress que cet enfant peut vivre suite aux abus, négligences ou traumatismes peut contribuer aux anomalies de la structure et des fonctions cérébrales chez la personne avec un trouble de personnalité schizotypique (Raine, 2006). En effet, les expériences vécues tôt dans la vie de l'enfant sont reliées à une altération de la libération du glucocorticoïde et ainsi avoir possiblement un lien avec les anomalies du cortisol chez la personne avec un trouble de personnalité schizotypique (Glaser, 2000 :

citée dans Raine). L'environnement prénatal et les expériences de vie, dont la négligence émotionnelle et physique de l'enfant, engendrent une altération significative du développement du cerveau (Raine), dont une réduction de 15 % à 18 % du volume du corps calleux (Teicher et al., 2004 : cités dans Raine), ainsi que du volume du cerveau postérieur chez la personne avec ce trouble de personnalité (Downhill et al., 2000 : cités dans Raine), et engendre par la suite des altérations cognitives et affectives (Raine). Il y aurait également réduction du volume de la partie temporale (Downhill et al., 1997; Dickey et al., 1999 : cités dans Siever et al., 2003), du thalamus, du putamen et augmentation du volume ventriculaire (Siever et al.). Les régions frontales, limbiques et temporales sont impliquées dans les perturbations cognitives de la personne avec le trouble de personnalité schizotypique ([Lencz et al., 1995; Siever et al., 2002] : cités dans Raine). En fait, les fonctions exécutives, l'attention soutenue, la mémoire de travail, l'apprentissage verbal, spatial et de la mémoire, et les habiletés motrices sont affectés, et il y a présence d'asymétrie hémisphérique ([Chen, Hsiao, & Lin, 1997; Claridge & Beech, 1996; Park & McTigue, 1997; Trestman et al., 1995; Voglmaier, 2000] : cités dans Raine). Chez ces individus, il y aurait également un déficit au niveau du processus de l'information préconsciente automatique (Dawson et al., 1995 : cités dans Lencz, Raine, Benishay, Mills, & Bird, 1995). Il n'y a toutefois pas de déficit sur le plan de l'intelligence (Raine). Il apparaît cependant difficile de conclure que les altérations neurocognitives prédisposent la personne à des symptômes cliniques éventuels, plutôt que l'inverse (Raine). Par contre, une étude menée par Hans et al. (2009) auprès d'adolescents présentant des symptômes de trouble de personnalité

schizotypique indique que les symptômes relationnels sont davantage reliés, que les symptômes cognitifs-perceptuels, aux altérations du fonctionnement neuro-comportemental et aux anomalies physiques mineures chez les participants dont les parents ont une schizophrénie, alors que chez ceux dont les parents n'ont pas de trouble de santé mentale c'est l'inverse qui apparaît. De plus, il est possible que ce soit les altérations cérébrales qui amènent des difficultés chez l'enfant à développer les liens d'attachement primaires et par la suite les liens d'attachement aux pairs (Siever et al.). Parce qu'il n'a pas les capacités pour répondre de façon syntone aux indices non verbaux et verbaux d'autrui, l'enfant va donc avoir tendance à s'isoler, ce qui le prive alors de réactions extérieures pouvant l'aider à recadrer ses distorsions cognitives (Siever et al.). Par ailleurs, plus les symptômes schizotypiques sont élevés, plus le taux de libération de la dopamine s'avère bas, constituant possiblement une protection contre la psychose (Siever et al.).

*Trouble de personnalité schizoïde.* Un pourcentage évalué à 26 % d'héritabilité serait noté pour le trouble de personnalité schizoïde (Kendler et al., 2006 : cités dans Reichborn-Kjennerud, 2008). Casper (2004 : cité dans Martens, 2010) trouve que les risques de développer un trouble de personnalité schizoïde à l'âge adulte peuvent être reliés à une malnutrition prénatale et à une naissance prématurée. Par ailleurs, un faible taux de testostérone est retrouvé chez la personne schizoïde, en plus d'une élévation de la fonction 5-HT (Dolan, Anderson, & Deakin, 2001 : cités dans Martens). Les lobes frontal et pariétal, ainsi que le système limbique jouent un rôle dans les difficultés

socioémotives, dans les problèmes d'attachement, dans l'isolement et le développement du trouble de personnalité schizoïde (Martens).

La personne avec ce trouble a développé un attachement rejetant (Meyer & Pilkonis, 2005; Parpottas, 2012) à partir de parents très rigides (Lyddon & Alford, 2007). Pour Meyer et Pilkonis, il s'agirait en fait davantage d'une incapacité à développer un attachement, plutôt qu'un attachement rejetant. La détresse vécue face à une figure d'attachement absente ou rejetante peut entraîner le développement d'une stratégie d'attachement de désactivation, tel que décrit par Ainsworth et al. (1998 : cités dans Parpottas), et l'enfant peut alors grandir en éliminant ou en évitant la souffrance reliée au rejet pour réussir à gérer ses émotions (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985 : cités dans Parpottas). Cette stratégie est utilisée par le mode d'attachement rejetant (Parpottas). Certaines études et auteurs ([Bernstein, Stein, & Handelsman, 1998; Johnson, Cohen, Chen, Kasen, & Brook, 2006] : cités dans Martens, 2010; [Johnson, Cohen, Brown, Smiles, & Bernstein, 1999] : cités dans Lenzenweger, 2010; Martens, 2010) démontrent d'ailleurs que la personne avec un trouble de personnalité schizoïde risque d'avoir vécu de la négligence au niveau émotif, avec des parents qui n'ont pu répondre à ses besoins sur ce plan, et de l'abus physique et verbal comme enfant. Selon Martens, ce trouble de personnalité peut être relié à un rejet ou à une perte de la mère très tôt dans la vie au moment où elle est le seul univers de l'enfant. En fait, celui-ci peut alterner au tout début de la vie entre des expériences d'intrusion et d'abandon (Guntrip, 1991 : cité dans Martens). Il est aussi possible que devant un bébé peu réactif, les

parents soient moins portés à lui offrir attention et affection, le privant alors de réactions sociales et émotives indispensables pour lui permettre de développer des comportements d'attachement (Million & Davis, 1996 : cités dans Meyer & Pilkonis).

La personne avec un trouble de personnalité schizoïde n'a pas réussi à résoudre l'enjeu de la phase séparation-individuation du développement (Mahler, Pine, & Bergman, 1975 : cités dans Martens, 2010). La séparation de l'objet primaire, la mère, l'amène à une tendance vers une régression (Guntrip, 1969 : cité dans Thompson-Pope & Turkat, 1993). En effet, si au stade qui suit le stade oral, la mère ne peut fournir une relation affective à l'enfant ou s'avère trop possessive, celui-ci ne se sent pas aimé comme une personne distincte et va alors avoir tendance à régresser vers le mode relationnel connu auparavant, mais va dépersonnaliser l'objet, aseptise cette relation de toute forme d'émotion et croit que son univers intérieur est le seul sur lequel il peut se fier (Fairbairn, 1998; cité dans Vuailat, 2003). Il y a alors une forme de clivage dans le moi, avec une grande difficulté d'intégration de certaines parties de soi et de perceptions de la réalité, ce qui le conduit à s'isoler et à se détacher (Fairbairn, 1998 : cité dans Vuailat). L'image de soi et de l'autre apparaît ainsi peu développée (Meyer & Pilkonis, 2005) et peu intégrée (Kernberg, 2006). Selon Kohut (1974), la personne avec un trouble de personnalité schizoïde a opté pour l'isolation comme mécanisme de défense afin d'éviter d'être projetée dans une régression incontrôlable définitive suite à une blessure narcissique due à un narcissisme fragile, dont elle est préconsciente.

**Groupe B.** Les troubles de personnalité de ce groupe, soit borderline, narcissique, histrionique et antisociale sont reliés, selon Jacob et al. (2005 : cités dans Reichborn-Kjennerud, 2008) au polymorphisme dans le gène encodé pour l'enzyme monoamine-oxydase A. Par ailleurs, la culpabilité, la honte (Mills, 2005 : cité dans Milne, et al. 2012), l'estime de soi, le manque de régulation émotionnelle (Eisenberg, 2000 : cité dans Milne et al.) et les comportements non adaptés socialement (Jang, Vernon, & Livesley, 2000 : cités dans Milne et al.) que l'on retrouve dans le groupe B, sont reliés à l'influence parentale et aux conflits familiaux. Chaque trouble de personnalité de ce groupe peut toutefois avoir des particularités au niveau de son étiologie.

*Trouble de personnalité borderline.* Ce trouble de personnalité a été abondamment étudié étant donné l'intensité de ses manifestations apparentes (Paris, 2008), mais son étiologie n'apparaît pas encore très définie (Beauchaine, Klein, Crowell, Derbridge, & Gatzke-Kopp, 2009) et ne fait pas consensus (Sherry & Whilde, 2008). Dans une revue de littérature, Keinänen et al. (2012) relèvent cinq facteurs de risque pour le trouble de personnalité borderline, soit des traumatismes sévères et abus sexuels dans l'enfance, des soins parentaux problématiques, des relations d'objets hostiles, un attachement insécure et une capacité limitée à symboliser. Ce trouble est dû à une prédisposition neurobiologique jumelée à des facteurs stressants de l'environnement et à l'interaction entre les deux (Belski et al., 2012; Linehan, 1993 : cité dans Sherry & Whilde; Schore, 2008).

Il y a l'impact génétique et l'impact neurobiologique et psychosocial (Baird et al., 2005; Rangel, 2012; Sherry & Whilde, 2008). L'héritabilité de ce trouble est évaluée à 35 % (Torgersen et al., 2008 : cités dans Reichborn-Kjennerud, 2008), mais il n'y aurait pas de gène spécifique identifié comme facteur causal (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011). Il y a déficience du lobe frontal (Ad-Dab'Bagh & Greenfield, 2001 : cités dans Schore, 2008), relié aux fonctions exécutives impliquées dans l'impulsivité (O'Leary & Cowdry, 1994 : cités dans Paris, 2007b) et d'anomalies au cortex préfrontal ([Juengling et al., 2003; New & Seiver, 2002; Schmahl et al., 2003] : cités dans Cartwright, 2008) relié au contrôle des émotions (Leichsenring et al.) et du cortex cingulaire antérieur (Leichsenring et al.). Les abus et négligence vécus très tôt par l'enfant créent des changements neurobiologiques (Perry & Herman, 1993 : cités dans Siever et al., 2003). Ils affectent l'hémisphère droit impliqué dans la régulation des émotions et le système limbique dans le traitement informatif socioémotionnel (Schore). Il y a réduction du volume de l'hippocampe (Mauchnik & Schmahl, 2010 : cités dans Rangel) et de l'amygdale, jusqu'à 16 %, due possiblement entre autres aux traumatismes vécus (Driessen et al., 2000 : cités dans Lis, Greenfield, Henry, Guilé, & Dougherty, 2007). Des anomalies de l'amygdale dont la fonction est d'appréhender le sens émotionnel de l'environnement et d'y répondre adéquatement (Baird et al.), et du cortex orbitofrontal qui gère l'aspect socioémotionnel sont aussi présentes ([Berthier et al., 2001; Galletly et al., 2001; Goyer, Konicki, & Schulz, 1994; Herpetz et al., 2001; Koenen et al., 2001; Shin et al., 1999] : cités dans Schore; Leichsenring et al.). Selon Baird et al., seul le développement anormal de l'amygdale et de l'hippocampe apparaît

suffisant pour engendrer les symptômes du trouble de personnalité borderline. Il est important toutefois de considérer la possibilité de la présence d'un diagnostic différentiel de stress post-traumatique qui pourrait expliquer la réduction du volume de l'amygdale (Schmahl et al., 2009 : cités dans Leichsenring et al.). La comorbidité et les multiples manifestations de ce désordre de personnalité peuvent aussi expliquer les contradictions retrouvées dans les recherches sur les changements neurologiques chez ces personnes (Lis et al.; Skodol et al., 2002 : cités dans Lis et al.). L'impulsivité est reliée à des facteurs biologiques chez cette personne, dont une activité sérotonergique diminuée (Coccaro & Siever, 2005 : cités dans Leichsenring et al.; [Coccaro et al., 1989; Paris et al., 2004; Rinne et al., 2002] : cités dans Paris). Le gène qui transporte la sérotonine, ayant une responsabilité importante dans les comportements suicidaires et impulsifs et dans la labilité émotionnelle, serait différent chez une personne qui a le trouble de personnalité borderline (Lis et al.; [Ni et al., 2006] : cités dans Sherry & Whilde). Il y a des anomalies au niveau dopaminergique et sérotonergique (Beauchaine et al., 2009; Lis et al.). La recherche de sensations est reliée à une fonction noradrénergique anormale (Bateman & Fonagy, 2004 : cités dans Cartwright, 2008; Siever et al.). L'instabilité affective peut être reliée au fonctionnement anormal des systèmes adrénérergique, cholinergique et GABA minergique (Kernberg & Caligor, 2005; Siever et al.).

Les personnes avec un trouble de personnalité borderline peuvent avoir été niés dans leurs droits à leurs propres sentiments ou pensées (Zanarini et al., 2000 : cités dans Keinänen et al., 2012) ou à l'expression extérieure de ces expériences internes

([Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Fruzzetti, Shenk, & Hoffman, 2005; Linehan, 1993] : cités dans Beauchaine et al., 2009). L'invalidation familiale engendre entre autres la labilité émotionnelle chez cette personne (Beauchaine et al.). Il y a présence d'un environnement familial abusif et sévère, avec plusieurs séparations (Turner, 1994) ou abandons (Sherry & Whilde, 2008), négligence ou psychopathologie parentales (Bradley, Jenei, & Westen, 2005; (Paris, 1997,1998) : cité dans Sherry & Whilde) et instabilité (Bradley, Conklin, & Westen, 2007). La maltraitance dans l'enfance semble être un facteur de risque important pour ce trouble de personnalité (Keinänen et al.). La négligence ou l'abus physique, verbal ou émotif sont reliés aux facteurs de risque pour ce trouble (Zanarini et al, 1997 : cités dans Milne et al., 2012; Zanarini et al., 2005 : cités dans Fonagy, Luyten, & Strathearn, 2011). L'abus sexuel dans l'enfance pour sa part semble être retrouvé plus fréquemment chez les personnes qui ont un trouble de personnalité borderline que chez d'autres troubles de personnalité ([Bateman & Fonagy, 2004; Paris, 1998, 2001] : cités dans Cartwright, 2008). Dans une étude, Nickell, Waudby et Trull (2002 : cités dans Milne et al.) identifient que seuls la surprotection et les soins fournis par la mère, et non par le père, sont significativement reliés au trouble de personnalité borderline. Milne et al. découvrent également que ce trouble est associé à de faibles soins et à une discipline négative élevée de la part de la mère, jumelés à une surprotection, à une faible discipline paternelle chaleureuse et à des conflits familiaux. De plus, les parents peuvent n'être disponibles à l'enfant que de façon instable face aux traumatismes vécus (Sabo, 1997 : cité dans Sherry & Whilde). Les traumatismes et pertes reliés au père semblent être un facteur important dans le développement de ce trouble chez les

hommes (Paris, Zweig-Frank, & Guzder : cités dans Siever et al., 2003). Par ailleurs, certaines personnes avec le trouble de personnalité borderline naissent avec des déficits cognitifs et perceptuels qui vont entraver le stade de séparation-individuation (Esman, 1980 : cité dans Rinsley, 1988). De plus, certains enfants peuvent être nés avec une tendance à l'instabilité affective et à l'impulsivité qui peuvent freiner l'empathie et la patience des parents à son égard. L'enfant en vient alors à ne plus croire en l'atteinte d'une relation sécurisante avec ses parents. Ses tendances innées peuvent ainsi l'entraîner vers une perturbation du développement de son identité et vers des difficultés relationnelles et contribuer à l'émergence d'un trouble de personnalité borderline, sans qu'il ait vécu d'évènements traumatiques, ou le rendre davantage vulnérable à un tel trouble suite à des traumatismes (Siever et al.). Toutefois, même si plusieurs études relient des évènements négatifs vécus dans l'enfance avec ce trouble de personnalité, selon plusieurs auteurs ([Bateman & Fonagy; Paris, 1998; Zanarini et al., 1998] : cités dans Cartwright; Paris, 2007b), il n'y aurait pas de liens absolus et directs entre les deux. D'ailleurs, plusieurs enfants ayant été exposés à de l'abus ne développent pas ce trouble, ni de psychopathologie (Fergusson & Mullen, 1999 : cités dans Paris; Marziali, 1992 : cité dans Turner; Siever et al.). De plus, les traumatismes ne sont pas reliés qu'à ce trouble de personnalité (Siever et al.) et plusieurs personnes avec un trouble de personnalité borderline n'ont pas vécu de traumatisme dans l'enfance ou très peu (Paris & Zweig-Frank, 1996 : cités dans Paris; Rangel, 2012). Graybar et Boutilier (2002 : cités dans Berdahl, 2010) estiment qu'entre 20 % et 40 % des personnes avec un trouble de personnalité borderline n'ont pas subi d'abus ni de négligence. La plupart des études

signalant un lien étroit entre les traumatismes et abus de l'enfance et ce trouble de personnalité sont basées sur la mémoire des gens qui peut être victime de distorsions (Nelson, 1993 : cité dans Turner). Les traumas et abus peuvent donc représenter un facteur de risque, mais pas une cause centrale pour ce trouble (Paris; Rangel). Par ailleurs, dans un contexte familial ou social instable, le mode comportemental impulsif et dramatique qui paraît maladapté peut être en fait ajusté à cet environnement (Turner).

Une séparation des parents alors que l'enfant a entre un et trois mois est retrouvée plus fréquemment chez les personnes avec un trouble de personnalité borderline ([Links, Steiner, & Huxley, 1988, Zanarini et al, 1989] : cités dans Cartwright, 2008). Les abus répétés, une invalidation ou négligence parentale vont nuire à la formation de l'image soi et de l'autre positive, adéquate et stable ([Yen et al., 2002; Zanarini et al., 1997] : cités dans Meyer & Pilkonis, 2005). La personne qui présente un trouble de personnalité borderline manifeste un manque d'attachement sécure et stable (Van der Kolk, Perry, & Herman, 1991 : cités dans Turner, 1994) et dénote même un système d'attachement désorganisé (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008 : cités dans Fonagy & Luyten, 2009). Elle n'est pas arrivée à développer un sens adéquat du Soi (Crick, Woods, Murray-Close, & Han, 2007). Pour Kernberg (1975 : cité dans Sherry & Whilde, 2008), la source de ce trouble de personnalité se situe entre 6 et 36 mois lorsqu'une émotion intolérable pousse l'enfant à se protéger en clivant l'expérience bonne et la mauvaise de soi et des autres. À l'étape suivante du développement, il ne réussit donc pas à intégrer les deux aspects pour faire un concept de soi et de l'autre adéquat et stable en un tout. Il maintient le

mécanisme de défense qu'est le clivage. Ainsi, sans un lien parent-bébé sain et nourrissant, l'enfant développera possiblement un Soi fragmenté qui ne résistera pas à la pression ([Kernberg, 1975; Wexler, 1991] : cités dans Kraus & Reynolds, 2001). Le rôle de miroir de la mère dans les six premiers mois de vie a un impact sur la régulation de l'affect chez l'enfant ([Gergely, Koós, & Watson, 2002; Koós & Gergely, 2001]; cités dans Fonagy & Luyten) et sur la mentalisation (Fonagy & Luyten; Fonagy et al., 2011; Lansky, 2003) et peut mener à une désorganisation du soi dans sa structure, si cette étape d'attachement échoue (Fonagy et al.). Selon Lansky, la source de ce trouble de personnalité ne serait toutefois pas uniquement dans ce lien premier avec la mère, mais également dans un déficit au niveau d'attachements significatifs à l'intérieur du système intra et extra familial.

*Trouble de personnalité narcissique.* L'étiologie précise de ce trouble de personnalité serait très peu connue et les recherches empiriques sur le sujet se révèlent fort limitées (Levy, Reynoso, Wasserman, & Clarkin, 2007; Thomaes et al., 2009).

Forman (1981) définit trois types de trouble de personnalité narcissique selon sa source dans le développement, soit l'oral, l'anal, et le phallique. La personne avec un trouble de personnalité narcissique peut avoir eu des parents trop indulgents qui surévaluent leur enfant ou qui sont incapables de mettre des limites, pouvant le laisser ainsi avec un besoin constant de renforcement externe et avec un sens grandiose de lui-

même (Freeman, 2007; [Imbesi, 1999; Kohut, 1977; Million, 1981; Twenge, 2006] cités dans Thomaes et al., 2009; Meyer & Pilkonis, 2005; [Millon, 1986, 1998] : cité dans Kraus & Reynolds, 2001; Tyson & Tyson, 1985). Elle peut aussi avoir eu des parents froids, exigeants, offrant peu d'empathie et de soutien, pouvant amener l'enfant à développer un regard grandiose sur lui-même pour se protéger contre le rejet et à rechercher la valorisation externe pour compenser ([Kernberg, 1975; Kohut, 1977] : cités dans Thomaes et al.; Meyer & Pilkonis). Devant ces derniers parents, Kernberg (1975 : cité dans Brodie & Gravitz, 1995) considère que l'enfant, pour se protéger et pour camoufler le sentiment de dépréciation, va fusionner de façon pathologique le Soi idéal, le Soi réel et l'objet idéal pour former une image de soi grandiose. Des parents sévères peuvent nuire aussi au développement de l'empathie chez l'enfant (Geiger & Crick, 2010; Milne et al., 2012). Fernando (1998) situe la source de ce trouble au niveau d'un déficit de développement et d'intégration du Surmoi, dû à une trop grande gratification de l'enfant, plutôt qu'à une privation. Si les parents gratifient trop l'enfant, sans lui permettre de vivre graduellement des expériences frustrantes et d'apprendre la tolérance à ces frustrations (Freeman & Rigby, 2003 : cités dans Freeman), il ne peut développer un surmoi, ni un idéal du moi qui soit plus réaliste (Imbesi, 2000). L'enfant est utilisé pour répondre à des besoins narcissiques de la mère (Imbesi). Selon Schore (1994, 2003 : cité dans Levy et al., 2007), la relation inadéquate entre la mère et le bébé empêche l'enfant d'utiliser le développement de la honte pour gérer son Soi et va plutôt fuir ce sentiment qui devient insoutenable en utilisant la grandiosité.

Les facteurs génétiques en plus de l'impact environnemental et intrapsychique sont aussi à considérer dans le trouble de personnalité narcissique (Imbesi, 2000). Son héritabilité serait évaluée à 24 % (Torgersen et al., 2008 : cités dans Reichborn-Kjennerud, 2008). Toutefois, il n'y aurait pas de facteurs génétiques spécifiquement identifiés (Levy et al., 2007).

***Trouble de personnalité histrionique.*** L'héritabilité de ce trouble de personnalité est de 31 % selon Torgersen et al. (2008; cités dans Reichborn-Kjennerud, 2008). Cependant, il y aurait peu de recherches effectuées sur ce trouble de personnalité et encore moins d'études pouvant démontrer la source génétique (Kraus & Reynolds, 2001). Même le tracé développemental relié à ce trouble demeure peu défini (Meyer & Pilkonis, 2005). Par contre, l'une des causes avancées pour expliquer la source de ce trouble est une incapacité chez l'enfant à avoir l'attention de ses parents (Kraus & Reynolds). Il ne peut se fier à ses parents pour lui procurer une sécurité émotionnelle lorsqu'il en a besoin (Crawford & Cohen, 2007). Devant le soutien minimal des parents, l'enfant développe alors des moyens inadéquats et intenses pour obtenir l'attention désirée (Kraus & Reynolds; Lyddon & Sherry, 2001). Le parent peut fournir de l'attention à l'enfant que lorsqu'il fait ce que le parent désire (Lyddon & Alford, 2007). L'enfant peut aussi, à l'opposé, avoir été trop stimulé de façon intense et accablante par les parents, l'amenant à chercher des plaisirs intenses dans sa vie adulte ultérieure puisque les joies normales lui paraissent insuffisantes (Wexler, 1991 : cité dans Kraus & Reynolds). Milne et al. (2012) notent une surprotection de la part des parents. Il peut y

avoir présence également d'un mode d'interaction ambivalente dans la famille (Turner, 1994). Crawford et Cohen notent une vulnérabilité génétique reliée à une labilité affective associée à l'environnement familial, dont le narcissisme des parents qui font preuve de peu d'empathie et qui mettent l'accent sur l'apparence et les performances.

*Trouble de personnalité antisociale.* Outre les recherches sur la psychopathie, il existe peu de connaissance sur l'étiologie de ce trouble de personnalité (De Brito & Hodgins, 2009). Celle-ci est formée d'un mélange de composantes génétiques et environnementales difficiles à départager (Derefinko & Widiger, 2008; Douglas et al., 2011) et de facteurs socioculturels (Kraus & Reynolds, 2001). Son taux d'héritabilité est estimé à 38 % par Torgersen et al. (2008 : cités dans Reichborn-Kjennerud, 2008), mais il n'y aurait pas de gènes trouvés comme spécifiques à ce trouble de personnalité (Derefinko & Widiger). Toutefois, il y aurait présence de chromosomes XYY (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1994 : cités dans Kraus & Reynolds). Pour certains auteurs (De Brito & Hodgins), le trouble de personnalité antisociale débute dans l'enfance. Des comportements antisociaux apparaissent très tôt chez l'enfant et demeurent (De Brito & Hodgins). Le syndrome d'extériorisation serait relié à cette émergence et serait possiblement héréditaire (Krueger et al., 2002 : cités dans De Brito & Hodgins). Cette caractéristique génétique peut être accentuée s'il y a eu malnutrition ou si la mère fumait pendant la grossesse, ou s'il y a abus physique de la part des parents ou d'autres facteurs environnementaux ([Caspi et al., 2002; Maughan et al., 2004; Neugebauer, Hoek, & Susser, 1999] : cités dans De Brito & Hodgins; Derefinko & Widiger). Chez la personne

avec un trouble de personnalité antisociale, il y a anormalité au niveau du fonctionnement du cortex temporal, de l'amygdale, de l'hippocampe, du gyrus angulaire et du cortex préfrontal ([Amen et al., 1996; Kuruoglu et al., 1996; Raine, 1996, 1997; Soderstrom et al., 2000; Wong et al., 1997] : cités dans Derefinko & Widiger). Il peut y avoir un fonctionnement anormal dans le système d'inhibition du comportement jumelé avec une activité normale ou accrue du système d'activation comportementale ([Fowles, 2001; Widiger, 1998] : cités dans Derefinko & Widiger). Toutes ces anomalies physiologiques peuvent contribuer à l'apparition ou non des comportements antisociaux, selon entre autres les traits de personnalité qui sont présents ou absents chez la personne, dont le peu d'empathie, l'impulsivité, l'agressivité, et le désir de sensations (Derefinko & Widiger). Par ailleurs, il peut exister aussi une incapacité biologique à éprouver de la peur ou à apprendre des conséquences d'un comportement, ce qui peut représenter des facteurs de risque pour ce trouble de personnalité ([Newman & Kosson, 1986; Patrick, 1994] : cités dans Meyer & Pilkonis, 2005). De plus, les expériences d'abus vécus comme enfant peuvent influencer la neurotransmission de la sérotonine qui affecte l'impulsivité et l'agressivité et comporte donc un risque pour le développement de comportements antisociaux ([Bennett et al, 2002; Higley, Suomi, & Linnoila, 1991] : cités dans Douglas et al., 2011; Douglas et al.). Le niveau de sérotonine serait d'ailleurs bas chez les personnes avec ce trouble de personnalité (McWilliams, 2011).

L'abus vécu dans l'enfance prédit de façon importante le trouble de personnalité antisociale (Douglas et al., 2011). Face à la maltraitance, la personne peut en venir à

avoir une image négative de l'autre et développer un comportement de violence en réaction au fait de se sentir menacé (De Brito & Hodgins, 2009). S'il y a déjà un modèle de violence dans la famille (Eron, 1997 : cité dans Derefinko & Widiger, 2008), en plus de conflits parentaux, d'un faible revenu familial, de négligence parentale ou discipline autoritaire, de délinquance dans la famille ou de parents antisociaux, les risques apparaissent plus élevés que se développe un trouble de personnalité antisociale (Farrington, 2006 : cité dans Derefinko & Widiger). Les expériences d'abus physiques et de négligence peuvent amener la personne à ne plus sentir la douleur, à développer de l'impulsivité (Widom, 1994 : cité dans Derefinko & Widiger), une perception positive de soi pour camoufler l'image négative et une représentation de l'autre comme ne pouvant répondre à ses besoins affectifs, qu'il doive se débrouiller seul, et justifiant à ses yeux d'exploiter autrui de façon hostile (Meyer & Pilkonis, 2005). La sévérité des parents peut contribuer, avec d'autres facteurs, à prédisposer l'enfant à un développement défectueux de son sens de l'empathie (Geiger & Crick, 2010). De plus, Perez (2012) constate une corrélation très élevée entre un désordre au niveau de l'attachement et le trouble de personnalité antisociale. Par ailleurs, dans leur étude, Milne et al. (2012) relèvent toutefois un niveau élevé de surprotection de l'enfant par les parents, un manque d'explication de leur part à l'enfant sur les conséquences de ses comportements, des conflits intrafamiliaux, une perturbation émotionnelle, une faible estime de soi et une faible tendance à la culpabilité. Cette étude ne renfermait cependant qu'un très faible nombre de participants ayant ce trouble de personnalité.

**Groupe C.** Ce groupe qui renferme les troubles de personnalité dépendante, obsessionnelle-compulsive, évitante et passive-agressive, se caractérise, selon Jacob (2004 : cité dans Reichborn-Kjennerud, 2008) par une fréquence plus élevée de courts allèles du 5-HTTLPR au plan neurobiologique. Une héritabilité de 27 % à 35 % est également retrouvée dans ce groupe (Reichborn-Kjennerud et al., 2007 : cités dans Livesley & Jang, 2008). D'autres caractéristiques étiologiques particulières à chacun des troubles de personnalité de ce groupe peuvent possiblement les différencier.

*Trouble de personnalité dépendante.* L'héritabilité du trouble de personnalité dépendante est évaluée à environ 30 % (Reichborn-Kjennerud et al., 2007 : cités dans Reichborn-Kjennerud, 2008; Torgersen et al., 2000 : cités dans Bornstein, 2007). Il ne semble pas y avoir de modèle génétique défini pour ce trouble de personnalité, mais il peut être relié à un type de tempérament qui est hérité (Beitz & Bornstein, 2006). Bornstein (1992 : cité dans Beitz & Bornstein, 2006) évoque qu'un niveau élevé de féminité et un bas degré de masculinité sur le plan de la socialisation, indépendamment du genre, sont reliés au trouble de personnalité dépendante.

Selon Freud et le modèle psychanalytique, la source du trouble de personnalité dépendante se situe au stade oral où trop de gratification ou la frustration des besoins de l'enfant amène une fixation orale et une incapacité à résoudre le dilemme entre la dépendance et l'autonomie (Freud, 1953, 1983 : cité dans Bornstein, Becker-Weidman, Nigro, Frontera, & Reinecke, 2007). Selon Bornstein (1996) et Bornstein et al., le lien

entre la fixation orale et le comportement adulte dépendant apparaît toutefois faible dans les recherches. Pour certains auteurs ([Jacobson, 1964; Mahler, Pine, & Bergman, 1975] : cités dans Bornstein, 1996), ce trouble de personnalité prend son origine dans le conflit chez le bébé entre la séparation, l'indépendance, et le désir de retrouver les soins et les relations primaires. Pour d'autres ([Blatt & Shichman, 1983; Blatt & Homann, 1992] : cités dans Bornstein, 1996), l'image de faiblesse et d'impuissance que renvoient les parents à l'enfant contribue à créer une représentation de lui-même comme étant inefficace et peut mener au trouble de personnalité dépendante. Si le parent est à la fois surprotecteur et autoritaire, les risques sont plus grands de développer ce trouble de personnalité (Bornstein, 1992 : cité dans Beitz & Bornstein, 2006; [Head, Baker, & Williamson, 1991] : cités dans Bornstein, 2005), puisque l'enfant apprend qu'il est incapable et vulnérable (Bornstein, 2005; Eskedal & Demetri, 2006; Meyer & Pilkonis, 2005). Si l'enfant est freiné dans son élan de découverte du monde par le parent qui va au-devant de l'enfant, celui-ci ne peut développer ses capacités et grandit avec l'impression qu'il doit être dépendant d'un autre puissant (Eskedal & Demetri). L'image de soi impuissante menant à ce trouble peut aussi être reliée à une maladie importante qui a suscité la surprotection des parents ([Hoare, 1984; Parker & Lipscombe, 1980] : cités dans Bornstein, 2005), ou à des abus physiques et sexuels vécus dans l'enfance (Hill, Gold, & Bornstein, 2000 : cités dans Bornstein, 2005). La personne peut aussi avoir développé une représentation d'elle-même en partie positive, en se percevant digne d'attention, malgré l'image de soi incapable (Meyer & Pilkonis). Il existe également des facteurs culturels qui contribuent à l'étiologie du trouble, par exemple dans les sociétés

où les valeurs et les besoins collectifs priment sur l'individualisme, le risque de la présence de ce trouble de personnalité s'avère plus élevé (Bornstein, 2007).

*Trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive.* Il existe peu de recherches sur l'étiologie de ce trouble de personnalité ([Blashfield & Intoccia, 2000; Widiger, 2007] : cités dans Geiger & Crick, 2010; De Reus & Emmelkamp, 2012). Un taux de 27 % d'héritabilité est évalué pour ce trouble (Reichborn-Kjennerud, 2007 : cité dans Reichborn-Kjennerud, 2008). Il apparaît relié au récepteur de dopamine D3 polymorphique (Joyce et al., 2003 : cités dans Reichborn-Kjennerud; Light et al., 2006 : cités dans De Reus & Emmelkamp).

L'environnement exerce un rôle important dans l'étiologie de ce trouble de personnalité (Eskedal & Demetri, 2006). Selon l'approche psychanalytique freudienne, celui-ci est relié à une fixation au stade anal, qui survient si la recherche d'autonomie et de contrôle de l'enfant et son agressivité pour l'atteindre ne sont pas tolérées par le parent, ou si la période d'atteinte de la propreté survient trop tôt ou trop tard, ou est trop valorisante ou frustrante pour l'enfant (Pollak, 1979). Selon certains auteurs toutefois (Emmelkamp, 1982 : cité dans De Reus & Emmelkamp, 2012; Pollak), ce lien serait peu confirmé à travers les recherches. L'éducation rigide, obsessionnelle ou contrôlante reçue par l'enfant apparaît associée avec ce trouble et elle n'est pas limitée au stade de propreté (Carr, 1974 : cité dans [Bartz, Kaplan, & Hollander, 2007; Pollak]; Eskedal & Demetri; Pollak; Sperry, 1995 : cité dans Eskedal & Demetri). Les parents tendent à

donner de l'attention ou à valoriser l'enfant surtout par ses réussites, ce qui amène celui-ci à mettre l'accent sur les efforts constants (Lyddon & Alford, 2007; Meyer & Pilkonis, 2005). Le comportement compulsif peut être appris (Sperry, 1995 : cité dans Eskedal & Demetri) ainsi que le perfectionnisme et le contrôle pour être sans reproche (Eskedal & Demetri). L'enfant va aussi tenter d'éviter d'être puni par ses parents en limitant son attachement à eux (Sperry, 1995 : cité dans Eskedal & Demetri). Il va également minimiser ses erreurs et exercer un contrôle partout dans sa vie afin d'éviter la critique et la peur du rejet (Meyer & Pilkonis). Par ailleurs, les recherches mettant en lien la négligence émotionnelle dans l'enfance et la surprotection avec ce trouble de personnalité donnent des résultats contradictoires et De Reus et Emmelkamp déclarent que ce lien ne peut être concluant. Pour Million et Davis (1996 : cités dans Meyer & Pilkonis), ce trouble de personnalité reflète plutôt un conflit intérieur entre le Ça et le Surmoi, entre une opposition inconsciente hostile et le désir conscient d'être conforme.

*Trouble de personnalité évitante.* Ce trouble de personnalité est très peu étudié (Kantor, 2003). Son étiologie est également tributaire de facteurs génétiques, psychologiques et reliés au caractère et à l'environnement (Robin et al., 2007). L'héritabilité de ce trouble de personnalité est évaluée à 28 % par certains (Torgersen et al. (2000 : cités dans Reichborn-Kjennerud, 2008) et à 35 % par Reichborn-Kjennerud (2007 : cité dans Reichborn-Kjennerud). Par ailleurs, Joyce et al. (2003 : cités dans Reichborn-Kjennerud) identifient aussi un lien entre ce trouble et le récepteur de dopamine D3 polymorphique.

La personne avec ce trouble peut avoir vécu un traumatisme physique ou une contrainte physique, enfant, ou encore une blessure émotionnelle, lui donnant l'impression en grandissant que toutes relations adultes peuvent être un piège (Kantor, 2003). Des lacunes parentales importantes représentent un facteur de risque considérable pour le trouble de personnalité évitante (Cohen, Crawford, Johnson, & Kasen, 2005 : cités dans Robin et al., 2007). Les parents peuvent avoir été très contrôlants, ou sévèrement critiques par rapport aux sentiments de l'enfant, ou l'avoir comparé négativement aux autres membres de la fratrie, ou encore l'avoir infantilisé et isolé, amenant alors la personne à être en retrait pour se protéger et parce qu'elle se sent dévalorisée (Kantor). Si les parents sont évitants, l'enfant peut capter la peur du danger (Kantor). L'enfant peut avoir été très rejeté ou critiqué par un parent ou une personne significative (Beck & Freeman, 1990 : cités dans Meyer & Pilkonis, 2005; Meyer & Pilkonis) au profit de l'image sociale à préserver (Benjamin, 2003 : cité dans Eskedal & Demetri, 2006). Si l'enfant ne réussit pas à répondre à ces attentes du parent, il peut devenir source de moqueries de sa part (Benjamin, 2003 : cité dans Eskedal & Demetri). Ainsi, l'enfant apprend au plan social à performer tout en tentant d'esquiver des situations susceptibles de générer humiliation ou embarras (Sperry, 1995 : cité dans Eskedal & Demetri). Le parent tend aussi à cultiver le sentiment de culpabilité chez l'enfant et à ne pas lui démontrer beaucoup d'affection (Meyer & Pilkonis).

La personne peut aussi développer ce trouble de personnalité comme évitement de pensées anxieuses, agressives ou sexuelles, car elle est incapable par exemple d'accepter

le sentiment de colère que peut soulever en elle l'impossibilité d'atteindre la dépendance souhaitée ou encore le contrôle voulu d'une situation (Kantor, 2003). De plus, certains peuvent devenir critiques et rejetants pour contrer leur peur du rejet et de la critique (Kantor). Le tempérament peut être un facteur de risque important, selon Eggum et al. (2009). L'inhibition qui peut faire vivre à l'enfant des expériences sociales négatives (Eggum et al.), l'hypersensibilité et une timidité importante sont des prédicteurs ou des risques pour le développement de ce trouble de personnalité ([Geiger & Crick, 2001; Rettew, 2000] : cités dans Eggum et al.).

*Trouble de personnalité passive-agressive.* L'étiologie de ce trouble de personnalité semble prendre sa source particulièrement dans le développement et dans le lien avec les parents. Million et Radanov (1995 : cités dans Morey et al., 2007) notent que la psychanalyse relierait ce trouble au stade oral. Bonds-White (1984) décrit pour sa part un couple parental symbiotique dans lequel l'arrivée de l'enfant permet au père de se retirer. L'enfant se sent alors aux prises dans une relation fusionnelle avec la mère, dans laquelle il se sent frustré et impuissant. Cette relation non résolue entraîne un syndrome de passivité qui peut mener au trouble de personnalité passive-agressive. Le père apparaît froid, distant et très autoritaire et la mère, impuissante et soumise aux règles établies. L'enfant a l'impression d'être spécial, mais perçu comme un objet surinvesti par la mère (Bonds-White). À la phase de séparation, la mère ne supporte pas celle-ci et restreint l'enfant, créant une perception chez celui-ci qu'il n'est pas capable et que le monde est un danger (Bonds-White; Fusco & Freeman, 2007). Il y a alors

interférence au niveau du développement de son estime de soi et du sens de sécurité, et apparition d'un conflit interne entre l'omnipotence et la peur, créant une confusion face à son identification dans le monde (Bonds-White). Cette insistance de la mère à maintenir la fusion avec l'enfant développe au stade anal une dépendance hostile chez l'enfant (Mahler, 1979 : cité dans Bonds-White) qui va alors alterner entre séduire sa mère pour maintenir le lien et des moments de colère s'il ne réussit pas (Bonds-White). L'enfant se sent en conflit entre l'exploration de son autonomie, entre autres en affrontant sa mère, et la peur de perdre l'affection de celle-ci (Fusco & Freeman). La mère peut alors mal interpréter les messages de l'enfant et celui-ci doit s'adapter aux sentiments et besoins de sa mère s'il désire répondre à ses propres besoins. L'enfant apprend que la mère le préfère infantile, rendant plus difficile le développement des habiletés sociales. Les jeux sont solitaires et passifs. À la période de latence, le père cherche à enseigner le monde à l'enfant, mais celui-ci peut tenter de miner les instructions du père, particulièrement si la mère vient interférer. De plus, à ce stade, la mère peut devenir envieuse et rancunière face aux réussites de l'enfant. À l'adolescence, l'enfant peut se dire victime d'injustices, être compétitif, avoir peu d'amis, développer un sentiment d'insécurité ou être rebelle. La personne avec ce trouble de personnalité peut avoir également introjecté les sentiments d'impuissance et de colère de ses parents (Bonds-White). Les parents peuvent avoir fourni des réponses inconstantes à l'enfant, le conduisant à développer des modes opposés de sa personnalité (Fusco & Freeman). Si le parent ne peut répondre aux besoins de l'enfant, celui-ci développe frustrations, anxiété et insécurité, mais il perçoit qu'il doit inhiber sa colère qui est perçue négativement

(Fusco & Freeman). L'enfant va chercher à faire alliance avec un parent contre l'autre sans vivre ses propres expériences (Fusco & Freeman). Il se peut qu'il y ait eu aussi un changement drastique dans l'attitude du parent envers l'enfant au cours du développement, qu'il soit devenu très punitif et exigeant, amenant l'enfant à user d'un mécanisme apparent de soumission et d'un second consistant en une défiance en cachette (Benjamin, 1993 : cité dans Morey et al.). Pour Pretzer et Beck (1996 : cités dans Morey et al.), ce trouble de personnalité émerge d'une image de soi fragile et autosuffisante et d'une perception de l'autre comme étant intrusif et contrôlant, d'une peur intense du contrôle de l'autre, le conduisant à se protéger en faisant les choses seul. Il est possible aussi que l'enfant vive une grande frustration face à la perte par rapport à un parent, suite à l'arrivée d'un autre enfant ([Million, 1969, 1981; Million & Davis, 2000] : cités dans Fusco & Freeman).

Le survol des définitions et hypothèses étiologiques des troubles de personnalité permet de mieux comprendre ceux-ci et met surtout en évidence les efforts multiples et soutenus pour tenter d'isoler les causes de ces troubles afin idéalement de mieux les prévenir, sinon de mieux les traiter le cas échéant. À la lumière de ce relevé de littérature, il apparaît toutefois bien hasardeux de délimiter l'ordre de grandeur de la contribution de chacun des facteurs à l'apparition d'un trouble de personnalité. Les facteurs génétiques, biologiques, neurologiques, développementaux, sociaux, environnementaux et psychologiques semblent jouer un rôle important, mais possiblement à un degré divers selon le trouble de personnalité. Pour la présente

recherche, l'angle développemental a été retenu. À ce titre, et dans le but d'ajouter aux connaissances sur le sujet, il apparaît intéressant à présent de vérifier les liens existants au niveau empirique entre les troubles de personnalité et la théorie des stades de développement d'Erikson décrite précédemment.

### **Recherches empiriques**

En fait même si plusieurs recherches ont utilisé les concepts du modèle d'Erikson, peu d'entre elles portaient sur les liens entre celui-ci et la psychopathologie. De celles-ci, un nombre minime d'études portent sur les relations entre le modèle d'Erikson et les troubles de personnalité. De plus, les quelques recherches qui font état de telles études sont conduites majoritairement auprès d'étudiants universitaires.

En 1993, Caton compare le profil développemental de 81 participants ayant une personnalité borderline et 82 sujets sans trouble de personnalité borderline, mais souffrant de dépression, ainsi qu'un groupe de 90 participants avec une personnalité considérée normale. L'échantillon comprend 58 hommes et 195 femmes et la moyenne d'âge des groupes se situe entre 29 et 39 ans. Le *MMPI-2*, ainsi que le *Measure of Psychosocial Development (MPD)* (Hawley, 1988 : citée dans Caton, 1993) évaluant les stades d'Erikson, sont utilisés. Les résultats démontrent peu de différences entre les deux premiers groupes, mais une différence significative entre ces derniers et le profil des participants avec une personnalité normale. Ils font état d'un profil pour les participants ayant une personnalité borderline de cette étude, mais n'offrent pas de point de

comparaison avec d'autres troubles de personnalité. Cependant, cette recherche permet d'identifier que les participants avec trouble de personnalité borderline ont une tension interne considérable et différent d'un groupe normal sur les différents stades. Les seules différences trouvées entre le groupe de participants avec trouble de personnalité borderline et les participants avec dépression se situent au niveau du stade 1, pour la confiance, et du stade 8, pour l'intégrité, où le premier groupe performe significativement plus bas. Des problèmes au niveau diagnostic, de sélection et de méthodologie sont toutefois soulignés pour cette recherche.

D'autres recherches ont été effectuées auprès d'adolescents. Crawford, Cohen, Johnson, Sneed et Brook (2004) réalisent une étude en deux temps en utilisant des échelles adaptées aux adolescents. Ils évaluent le bien-être, estiment la qualité relationnelle et la capacité d'engagement, et mesurent les troubles de personnalité borderline, histrionique et narcissique, qui sont reliés au stade de la diffusion de l'identité, et ce en utilisant et en adaptant certains items de différents questionnaires. Cette recherche était conduite auprès de 714 participants, séparés en deux groupes selon l'âge. Ainsi, la moyenne d'âge de chacun des deux groupes était de 14 ans et de 19 ans à la première passation et respectivement de 20 ans et 24 ans lors de la seconde. Les résultats concluent que ceux qui ont les scores les plus élevés au niveau des troubles de personnalité sont ceux qui ont les plus bas résultats au niveau du bien-être, donc une plus basse estime de soi et une plus basse satisfaction dans la vie, ainsi que les plus bas résultats au niveau de l'intimité, et le contraste avec ces derniers augmente encore plus

avec l'âge. Donc, les difficultés associées à un trouble de personnalité tendraient à nuire davantage au développement avec l'âge et, selon les chercheurs, confirmeraient la théorie d'Erikson que lorsque l'identité n'est pas résolue, l'habileté à entreprendre de nouvelles tâches développementales apparaît beaucoup plus difficile. Les femmes cotaient significativement plus haut sur l'échelle d'intimité que les hommes. Toutefois, cette recherche est conduite uniquement auprès d'adolescent et de tout jeunes adultes et ne mesure pas vraiment spécifiquement les stades d'Erikson.

Une autre étude (Johnson, 1993) met directement en lien cette fois un test évaluant seulement les six premiers stades d'Erikson, soit *l'Inventory of Psychosocial Development (IPD)* dans la version de 60 items (Constantinople, 1969 : citée dans Johnson) et le *Personality Diagnostic Questionnaire Revised (PDQ-R)* (Hyler et al., 1988 : cités dans Johnson) mesurant les symptômes des onze troubles de personnalité du DSM-III-R, en plus de deux troubles de personnalité supplémentaires, soit autodestructrice et sadique. Pour ce dernier questionnaire s'ajoute une échelle évaluant le niveau de détresse et une mesure globale de symptômes de trouble de personnalité. Seuls les résultats aux cinq premiers stades et uniquement à l'échelle de résolution négative sont considérés pour cette recherche. L'étude est menée auprès de 106 étudiants universitaires, dont 65 femmes et 41 participants masculins, avec une moyenne d'âge de 19 ans. 12 échelles des 13 mesurant les troubles de personnalité distincts apparaissent significativement reliées à au moins un des cinq premiers stades d'Erikson pour le pôle négatif. Seule l'échelle de trouble de personnalité schizoïde ne démontre aucun lien

significatif. Le premier stade, la méfiance, est celui qui affiche le plus grand nombre de corrélations significatives avec les différentes échelles de troubles de personnalité. Aucune corrélation négative significative n'est notée. Ainsi, les résolutions négatives des cinq premiers stades considérés ici sont trouvées être de bons indicateurs pour prédire les symptômes de désordre de personnalité chez les jeunes de cet âge. Toutefois, une limitation importante de cette étude est l'utilisation du *PDQ-R* comme échelle de mesure des troubles de personnalité. Ce questionnaire tend à donner un très haut taux de faux diagnostics positifs, influençant donc ainsi les résultats. Par ailleurs, l'étude porte à nouveau uniquement sur des sujets à la fin de l'adolescence et de plus, seuls cinq des stades étaient considérés et uniquement le pôle négatif.

Wilson et Prabucki (1983) conduisent une étude reliant le développement psychosocial et les troubles de personnalité. Cette fois, il s'agit uniquement du trouble de personnalité narcissique qui est mis en lien avec une mesure diagnostique construite par les auteurs pour cette étude à partir des critères du DSM-III, ainsi qu'avec un test évaluant le développement psychosocial selon la théorie d'Erikson, soit *l'Inventory of Psychosocial Development (IPD)*, dans sa version originelle de 60 items (Constantinople, 1969 : citée dans Wilson & Prabucki) et une mesure de machiavélisme (*Machiavellian V Scale*) (Christie & Geis, 1970 : cités dans Wilson & Prabucki). Ici à nouveau, la recherche est effectuée auprès d'étudiants universitaires au nombre de 60, dont 23 hommes et 37 femmes, avec une moyenne d'âge de 21 ans. Les résultats indiquent que le trouble de personnalité narcissique est relié significativement et

positivement plus fortement avec les trois premiers stades d'Erikson, au niveau de leur résolution négative, soit la méfiance, la honte et le doute, et la culpabilité. Par ailleurs, le développement psychosocial positif tend à être relié significativement positivement avec les traits narcissiques de grandiosité et d'idéologie, mais négativement avec l'exhibitionnisme, le sentiment d'avoir droit, le manque d'empathie, l'exploitation interpersonnelle et l'égoïsme. À la lumière de cette étude, il apparaît donc des liens clairs entre le développement psychosocial et le trouble de personnalité narcissique. Toutefois, l'étude ne porte que sur un seul trouble de personnalité et sur les six premiers stades, et est limitée au niveau de participants universitaires, soit à la période de la fin de l'adolescence et de jeune adulte.

Pour sa part, Perry (2011) a développé une liste de 40 désirs et 40 peurs associés aux stades d'Erikson, à partir de l'observation et de la cotation de plusieurs entrevues cliniques, sans distinguer ceux conscients ou inconscients. En reliant le contenu de cette liste aux troubles de personnalité, à partir de la cotation de verbatim d'entrevues effectuées auprès des participants, Perry et Despland (2011) identifient que les désirs et peurs associés aux stades 1 et 2 apparaissent plus marqués chez les troubles de personnalité. Ceux-ci ont été diagnostiqués au départ par un psychiatre à partir du *Guided Clinical Interview for Axis I-V diagnoses* (Perry, Greif, Ianni, & Roy, 1999 : cités dans Perry & Despland). Le trouble de personnalité borderline se révèle être davantage relié aux désirs et craintes rattachés au stade 1. Ce même trouble affiche un taux plus élevé de désirs du stade 1 et plus faible au stade 5 que tous les autres troubles

de personnalité, mais une plus faible moyenne générale de peurs et de désirs. De plus, les peurs du stade 7 se retrouvent uniquement significatives pour ce trouble de personnalité. Les autres troubles de personnalité présentent davantage de peurs et de désirs reliés aux stades 3, 4 et 5. Les peurs et les désirs sont toutefois définis de façon individuelle et à partir d'entrevues et d'analyses qui les évaluent. Par ailleurs, cette recherche apparaît très faible puisqu'elle ne comprend que 12 participants, sept femmes et cinq hommes avec une moyenne d'âge de 34 ans, dont six ayant un trouble de personnalité borderline. Les autres troubles de personnalité des participants sont narcissique, dépendant, obsessionnelle-compulsif et évitant. Certains participants possèdent deux troubles de personnalité. Ce ne sont donc pas tous les troubles de personnalité qui sont représentés et le nombre de participants apparaît très restreint. De plus, les stades de développement ne sont pas évalués spécifiquement, mais sous l'angle des peurs et des désirs, ce qui demeure toutefois intéressant et prometteur.

Finalement, il est intéressant de noter les résultats d'une recherche effectuée par Gold et Rogers (1995) auprès de 74 étudiants adultes, dont 57 femmes et 17 hommes avec une moyenne d'âge de 33 ans, qui met en lien le stade 6, intimité-isolation, évalués par le *Personal Inventory (PI) VI (I/IS)* (Hamachek, 1990 : cité dans Gold & Rogers) avec une mesure d'empathie, soit le *Hogan Empathy Scale (HES)* (Hogan, 1969 : cité dans Gold & Rogers). Les résultats indiquent une relation significative positive entre les deux mesures, et aucune différence significative entre les hommes et les femmes. Comme l'empathie ou le manque d'empathie est un symptôme de certains troubles de

personnalité et que selon la théorie d'Erikson, la capacité d'intimité telle que vécue au stade 6 indique une résolution plus positive des stades précédents, cette étude offre donc des éléments intéressants pour permettre d'appuyer ou d'infirmer certains résultats pouvant être relevés dans la présente recherche, même si elle ne porte pas spécifiquement sur des troubles de personnalité.

Ainsi, peu de recherches mettent en lien les stades de développement d'Erikson et les troubles de personnalité. Leurs portées sont limitées parce qu'elles ne tiennent compte que d'une partie des stades et qu'elles sont réalisées auprès d'un nombre très restreint de participants ou parfois d'une clientèle ciblée. Par ailleurs, la théorie et les recherches précitées portant sur l'étiologie des troubles de personnalité rapportent une multitude d'hypothèses parfois contradictoires.

Cette revue de littérature réaffirme la pertinence de poursuivre la recherche sur l'étiologie développementale des troubles de personnalité. La présente recherche s'inscrit dans cette visée. La revue de littérature permet aussi d'émettre différentes questions de recherche en ce sens, sur les relations entre la théorie d'Erikson et les troubles de personnalité.

### **Questions de recherche**

À la lumière de ce tour d'horizon de la théorie d'Erikson du cycle de vie et des troubles de personnalité, il apparaît encore plus pertinent d'étudier les liens entre les

stades de développement et les troubles de personnalité, soit l'origine possible de ceux-ci, à savoir plus particulièrement où chacun peut trouver les racines de son émergence dans le développement psychosocial. Toutefois, à partir de ces théories, il appert que les liens à trouver ne seront possiblement pas uniques. C'est-à-dire qu'étant donné le principe épigénétique du modèle d'Erikson et compte tenu également de la complexité de l'être humain, des liens plus particuliers risquent d'être identifiés avec certains stades d'origine, mais étant donné l'impact d'un stade non-résolu sur les suivants, il risque d'apparaître un profil de stades pour tel trouble de personnalité, plutôt que des liens avec un seul stade. L'intérêt sera de découvrir quel est le taux de résolution de chacun des stades de développement qui se profilera pour chaque portrait de trouble de personnalité.

À partir de la logique du modèle d'Erikson, le groupe C de troubles de personnalité, soit les troubles de personnalité dépendante, obsessionnelle-compulsive, évitante et passive-agressive, devrait démontrer davantage de difficultés reliées à un surplus d'éléments syntones, puisqu'ils font plus appel à des problèmes névrotiques. Par ailleurs, si l'on considère les troubles du groupe C, il devrait être prévisible que leur origine serait moins lointaine dans le développement, étant donné que ce sont des personnalités moins pathologiques au niveau du fonctionnement social. Par contre, à l'autre extrême, ceux du groupe A, les troubles de personnalité paranoïde, schizoïde et schizotypique, regrouperaient possiblement davantage d'excès au niveau des éléments dystones, tout comme possiblement ceux du groupe B, les troubles de personnalité borderline, narcissique, histrionique et antisociale.

Ainsi, la présente étude vise à vérifier les liens possibles entre les stades de développement psychosocial d'Erikson et les troubles de personnalité. Pour ce faire, il est possible d'émettre les questions suivantes concernant ces liens, ainsi que certains éléments d'exploration :

Premièrement, existe-t-il un lien significatif entre la résolution de chaque stade de développement et les échelles des troubles de personnalité?

Deuxièmement est-ce que les liens significatifs entre la résolution des stades de développement et les échelles de trouble de personnalité s'avèrent négatifs, soit inversement proportionnels?

Troisièmement est-ce que la résolution de chaque stade contribue de façon significative à expliquer<sup>1</sup> la variance de certaines échelles de trouble de personnalité et à prédire celles-ci et est-ce que la variance de chacune des échelles de trouble de personnalité peut être expliquée significativement par la résolution d'au moins un stade?

Quatrièmement existe-t-il un lien significatif et négatif entre les pôles positifs de chaque stade et certaines échelles de trouble de personnalité, et positif entre celles-ci et les pôles négatifs?

---

<sup>1</sup> Les expressions « expliquer » et « prédire » font référence à des termes d'analyses statistiques utilisées dans cette étude.

Cinquièmement, l'un des deux pôles respectifs ou les deux pôles de chaque stade contribuent-ils de façon significative à expliquer la variance de certaines échelles de trouble de personnalité et à prédire celles-ci, et est-ce que la variance de chaque échelle de trouble de personnalité peut être expliquée significativement par l'un ou l'autre ou les deux pôles d'au moins un stade?

Exploration de liens possibles entre d'autres variables mesurées par le *MMPI-2* et les stades de développement, ainsi qu'avec les échelles de trouble de personnalité.

Exploration de liens possibles entre les variables sociodémographiques, ainsi que d'autres informations recueillies, et les stades de développement et les échelles de trouble de personnalité.

Rapport-Gratuit.com

**Méthode**

Le présent chapitre rapporte les informations relatives à la cueillette des données pour la réalisation de cette étude. Il renferme ainsi la description des participants, des instruments de mesure utilisés, du déroulement de l'étude et l'identification des analyses statistiques. Cette recherche répond aux exigences éthiques et a obtenu l'autorisation nécessaire du Comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

### **Participants**

Les participants à cette recherche sont des adultes en début de processus psychothérapeutique en clinique privée, seuls critères d'inclusion à l'étude. Ils sont recrutés par leur psychologue-psychothérapeute traitant dont la collaboration en tant qu'intermédiaire est sollicitée au préalable par l'auteure de l'étude. Parmi les psychologues sollicités, 139 d'entre eux acceptent de collaborer dans un rôle d'intermédiaire. De ce nombre, 43 psychologues n'ont pu donner suite à cette recherche, entre autres parce qu'ils ne trouvaient aucun participant apte à l'étude selon leur jugement clinique, qu'aucune personne de leur clientèle ne désirait participer, que les questionnaires fournis aux clients n'ont pas été complétés ou retournés par eux, ou que les cliniciens, pour diverses raisons, ne désiraient plus collaborer. Par conséquent, 96 psychologues (69 femmes et 27 hommes) ont collaboré activement à la présente étude comme intermédiaires. Ils sont d'approches théoriques diverses. Par ailleurs, 595 protocoles vierges sont transmis aux psychologues intermédiaires dans un premier

temps. De ce nombre, il y a 310 retours de protocoles complétés. Parmi eux, 4 protocoles sont exclus de l'étude pour diverses raisons. Il est en effet d'abord convenu d'exclure l'un d'eux qui est retourné avec des feuilles manquantes et une majorité d'items non complétés, deux sont exclus parce que le nombre de rencontres psychothérapeutiques requis selon les consignes n'est pas respecté, et ce, de façon trop prononcée, soit dans un cas, la personne complète son questionnaire après une seule rencontre et dans l'autre, après plusieurs années de suivi clinique. Enfin, un dernier protocole est retiré parce que le participant n'a que 17 ans, alors que l'étude vise les adultes de plus de 18 ans.

Ainsi, 306 adultes, dont 76 hommes et 230 femmes, participent à cette recherche. L'âge des participants s'étend de 18 à 69 ans avec un âge moyen de 39 ans (ÉT : 11,53). L'âge moyen pour les hommes est 42 ans (ÉT : 11,34) et 38 ans (ÉT : 11,48) pour les femmes. Ces participants proviennent de toutes les régions du Québec et présentent des états civils et des niveaux de scolarité variés. Parmi eux, 168 participants ont déjà eu un suivi psychothérapeutique antérieurement à leur démarche actuelle pour une durée moyenne de 11,88 mois, alors que les 138 autres en sont à leur première expérience. D'autre part, 205 participants ne prennent aucune médication liée à leur état psychologique, pendant que les 101 autres personnes suivent un traitement médicamenteux adapté à leur condition psychique. Des informations générales plus détaillées des participants sont consignées à l'Appendice A à la page 298.

### **Instruments de mesure**

Dans le cadre de cette recherche, quatre instruments de mesure à compléter par le participant sont inclus dans une même reliure. Il s'agit d'un questionnaire d'informations générales, d'un inventaire de perception de soi relié aux huit stades d'Erikson, d'un questionnaire de perception de soi (suite) évaluant le Stade 9, et d'un inventaire de personnalité. Une copie de ces instruments est fournie à l'Appendice B à la page 302, à l'exception de la dernière mesure.

#### **Questionnaire d'informations générales**

Le Questionnaire d'informations générales comporte plusieurs questions dont les réponses peuvent présenter un apport supplémentaire aux résultats et aux analyses statistiques des variables principales. Outre le sexe, l'âge, le statut conjugal et le nombre d'enfants, plusieurs autres données sont recueillies à l'intérieur de ce questionnaire dont : le nombre d'années et le niveau de scolarité, l'occupation actuelle, la région de résidence et la nationalité d'origine. De plus, différentes informations sont également colligées en ce qui a trait à la psychothérapie. Ainsi, des questions concernant leur expérience précédente en psychothérapie, le nombre de rencontres effectuées dans leur suivi actuel et l'approche théorique de leur présent psychothérapeute sont incluses dans ce questionnaire. Enfin, des questions reliées à leur état psychologique et sur le type de médicaments prescrits en lien avec cet état, le cas échéant, complètent le Questionnaire d'informations générales.

## **Inventaire de perception de soi**

Depuis l'avènement de la théorie d'Erikson sur les cycles de vie, de multiples instruments d'évaluation ont vu le jour dans le but de mesurer les pôles positifs et négatifs ainsi que la résolution des différents stades de développement chez un individu. Plusieurs auteurs ont construit des tests pour mesurer uniquement certains stades, dont particulièrement le stade 5 (p. ex. : [Marcia, 1964; Block, 1961; Rasmussen; 1961,1964; Rosenthal, Gurney, & Moore, 1981] : cités dans Hawley, 1984), alors que peu de chercheurs ont tenté d'opérationnaliser les huit stades décrits par Erikson dans un même outil d'évaluation. Deux instruments ont été fréquemment utilisés dans diverses recherches pour mesurer les huit stades, soit *l'Inventory Psychosocial Development (IPD)* (Constantinople, 1969, 1980), nommé *Self-Perception Inventory* par Constantinople<sup>1</sup> dans la version qu'elle remet au participant, et le *Measure of Psychosocial Development (MPD)*, développé par Hawley.

Le *IPD*, développé en 1969, a été construit à partir du Q-sort de Wessman & Ricks (1966 : cité par Hawley, 1984) suite à une étude longitudinale. Il comportait à l'origine 60 questions couvrant les six premiers stades. En 1980, Constantinople ajoute 20 items supplémentaires répartis à travers les premiers énoncés pour évaluer les stades 7 et 8. Ainsi, le *IPD* renferme 80 énoncés représentant des caractéristiques de personnalité ou

---

<sup>1</sup> L'*IPD* est extrait de la thèse de doctorat de Hawley (1984). Dans une communication personnelle (2006), Hawley souligne que les items pour les stades 7 et 8 ajoutés en 1980 par Constantinople lui ont été transmis directement par l'auteur, sans qu'il y ait de publication. Dans une communication personnelle avec Constantinople (2006), celle-ci autorise l'utilisation de son test pour la présente recherche.

de perception de soi, auxquelles la personne doit se comparer sur une échelle de 1 (ne vous caractérise définitivement pas) à 7 (vous caractérise tout à fait). Chacun des huit stades de développement est évalué par dix items, dont cinq reliés au pôle positif et cinq au pôle négatif. La résolution de chaque stade, soit l'aboutissement de la négociation du stade tel que décrit dans le chapitre précédent, s'obtient en soustrayant la somme des cinq items du pôle négatif de celle des items du pôle positif. Il en résulte ainsi une résolution positive ou négative pour chacun des stades. L'ajout de la somme respective de tous les pôles positifs, négatifs et des résolutions de chaque stade constitue le profil de développement psychosocial d'un individu. Le score total, sur un maximum de 240, reflète alors une mesure de maturité psychosociale ou de santé psychologique.

Whitbourne (1980)<sup>1</sup> a également développé 20 énoncés évaluant les stades 7 et 8 qui s'ajoutent aux 60 items construits initialement par Constantinople. Contrairement au questionnaire bonifié de Constantinople, les 20 items supplémentaires de Whitbourne sont ajoutés à la suite des 60 premiers, plutôt qu'être incorporés parmi ceux-ci.

Par ailleurs, Hawley a élaboré le *MPD* en 1984 afin de pallier à certaines lacunes du *IPD*, tel le fait que certains items comporteraient des idiomes ou expressions plus difficiles à saisir pour certaines personnes. Le *MPD* renferme 112 énoncés, dont 14 items par stade, soit sept pour chacun des pôles positifs et négatifs. L'échelle

---

<sup>1</sup> Liste de ces énoncés transmis par Whitbourne suite à des communications personnelles (2006).

d'évaluation s'échelonne de 0 (pas du tout comme moi) à 4 (beaucoup comme moi). Les résultats se compilent comme ceux du *IPD* afin de parvenir à un profil global.

Waterman (2006)<sup>1</sup>, chercheur ayant effectué de multiples recherches à partir d'instruments de développement psychosocial, confirme que les différentes mesures qui évaluent les stades d'Erikson, dont le *IPD* et le *MPD*, ont de bonnes qualités psychométriques comparables. Dans cette recherche-ci, les deux instruments sont d'abord considérés et un pré-test est effectué afin de faire un choix entre les deux.

**Pré-test.** Afin de procéder à un pré-test, une traduction de l'*IPD* et du *MPD* est d'abord réalisée de façon informelle par l'auteure de cette étude et par deux autres personnes bilingues. Pour exécuter le pré-test, 12 participants (trois hommes et neuf femmes) sont recrutés pour répondre aux deux questionnaires. Ces participants ne sont pas nécessairement dans un processus psychothérapeutique. Lorsqu'ils terminent les questionnaires, leurs commentaires sur la passation de chacun des tests sont alors sollicités. Une fois les épreuves complétées, les résultats individuels des deux instruments de mesure sont transmis à chaque participant, en omettant de leur préciser à quel questionnaire chacun des blocs de résultats est associé. Il leur est alors demandé d'identifier dans lequel des deux ensembles de résultats, ils se reconnaissent le plus. Une tangente apparaît alors dans les commentaires et choix recueillis. En effet, huit

---

<sup>1</sup> Communications personnelles.

participants choisissent les résultats du *IPD* comme étant ceux dans lesquels ils se reconnaissent le plus, trois s'identifient davantage à ceux du *MPD* et une personne ne constate pas vraiment de différence entre ses scores aux deux tests respectifs. Par ailleurs, certains commentaires sont notés par plusieurs participants. Ainsi, le *MPD* est perçu comme possédant une échelle d'évaluation et des résultats peu nuancés, permettant un choix de réponses plus limité et une discrimination moins définie entre les différents stades. Deux participants soulignent le fait que l'*IPD* comporte certains items renfermant deux affirmations, alors qu'une personne indique que quelques termes du *IPD* peuvent être difficiles à saisir pour certains individus et que les énoncés du *MPD* lui apparaissent donc plus clairs et enfin un autre participant note que les items du *MPD* lui semblent par contre plus confus. De plus, en comparant les résultats de tous les participants, certaines constantes en ressortent. Ainsi, tous les résultats aux pôles positifs de tous les participants démontrent des valeurs plus faibles dans le *MPD* que dans le *IPD* et la grande majorité des scores aux pôles négatifs sont également plus faibles dans le cas du *MPD*, alors qu'au niveau des résultats des résolutions ceux-ci s'avèrent variables entre les deux tests. D'autre part, les valeurs aux différents stades dans le *MPD* semblent être plus homogènes, alors que dans le *IPD*, les scores apparaissent plus distincts d'un stade à l'autre, discriminant davantage ceux-ci. Par conséquent, même si ces deux instruments sont reconnus comme valides, ce pré-test est suffisamment concluant pour prendre la décision de choisir le *IPD* comme mesure des différents stades de développement à l'intérieur de la présente étude.

Par ailleurs, une deuxième étape du pré-test est réalisée. À partir du choix du *IPD* comme questionnaire d'évaluation des stades de développement, il importe de choisir entre les versions de Whitbourne et de Constantinople pour les 20 items supplémentaires reliés aux stades 7 et 8. Pour ce faire, 11 des participants cités précédemment ont accepté de répondre aux 20 items supplémentaires de Whitbourne, traduits au préalable par l'auteure de l'étude. Par la suite, les résultats des stades 7 et 8, tels qu'évalués par Whitbourne, ainsi que ceux mesurés par les 20 items de Constantinople, sont remis aux participants, sans identifier le lien entre les scores et l'origine de chaque test. Il leur est demandé à nouveau de choisir le profil de résultats qui leur ressemble le plus, à leur avis. À la lumière de celui-ci, il en ressort peu d'équivoque. En effet, dix des participants se reconnaissent davantage dans la version de Constantinople, alors qu'un seul s'identifie aux résultats des items de Whitbourne. D'autre part, à l'observation des résultats, les pôles positifs s'équivalent, alors que pour les pôles négatifs, soit la stagnation et le désespoir, tous les scores sont beaucoup plus élevés dans la version de Whitbourne, voire parfois le double des valeurs notées dans les deux stades mesurés par les items de Constantinople, rendant ainsi les résolutions beaucoup plus faibles dans le test de Whitbourne. L'utilisation des items de Whitbourne, reliés aux stades 7 et 8, pourrait alors comporter le risque d'introduire une dissonance avec les résultats aux autres stades. Selon cette deuxième étape du pré-test, il apparaît donc plus judicieux d'utiliser les 20 items supplémentaires de la version de Constantinople pour la présente étude, d'autant plus que ceux-ci se retrouvent intégrés dans le test, plutôt qu'ajoutés à la fin, comme dans la version de Whitbourne. Cette intégration peut représenter un

avantage en limitant la possibilité de reconnaissance de ces items par les futurs participants, au moment de la passation. Ainsi, l'*IPD* de Constantinople est utilisé dans sa version complète pour la présente étude et nommé *Inventaire de perception de soi*, dans le protocole de passation.

**Qualités psychométriques de la version originale de l'*IPD*.** Peu d'études font état des valeurs psychométriques de l'*IPD* contenant les 80 items et celles qui le font utiliser la version allongée de Whitbourne. Toutefois, certains chercheurs rapportent les qualités psychométriques de l'*IPD* dans sa version limitée aux six premiers stades. Ainsi, Constantinople (1969) évalue les coefficients de fidélité test-retest pour les stades 4 (travail-infériorité), 5 (identité-diffusion de l'identité) et 6 (intimité-isolation), allant de 0,45 pour la diffusion de l'identité à 0,81 pour l'intimité, avec une médiane de 0,70. Waterman et Whitbourne (1981) trouvent des coefficients analogues de 0,71 pour le stade 2 à 0,89 pour le stade 4, avec une médiane de 0,80 et un taux de fidélité de 0,88 pour le score global. De plus, en utilisant les données d'une de leurs études précédentes, ils mesurent la cohérence interne de l'*IPD* pour chacune des résolutions des six stades, à l'aide du coefficient alpha de Cronbach. Les valeurs varient alors de 0,44, pour le stade 2 (autonomie - honte et doute), à 0,82, pour le stade 4 (travail - infériorité), avec une médiane de 0,72. Les résultats pour les pôles positifs et négatifs respectifs pour chacun des six stades s'étendent de 0,33 pour le pôle négatif du stade 2 à 0,79 pour le pôle positif du stade 4. Par ailleurs, à partir d'une analyse factorielle, Constantinople (1969) identifie trois facteurs distincts, bipolaires, soit les stades 1, 4 et 6. Waterman et

Whitbourne (1981) relèvent six facteurs dans leur analyse factorielle, leur permettant de relier ceux-ci aux deux pôles des stades 4 et 6 et aux pôles positifs des stades 1, 2, 3, et 5, alors que Caillet et Michael (1983) n'observent pas de facteur délimité.

D'autre part, bien que Constantinople (1969) trouve une certaine corrélation entre l'*IPD* et une mesure de désirabilité sociale, particulièrement chez les hommes, les études subséquentes (Caillet & Michael, 1983; Waterman & Whitbourne, 1981; Whitbourne & Waterman, 1979) qui ont mis en lien l'*IPD* et la même mesure de désirabilité sociale, soit le Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (Crowne & Marlowe, 1960 : cités dans [Caillet & Michael, 1983; Whitbourne & Waterman, 1979]), observent des corrélations de grandeur suffisamment faibles, pour le score total et les scores à chacun des stades, pour affirmer que l'*IPD* n'est pas très influencé par la désirabilité sociale, et ce, même si les corrélations apparaissent significatives dû à la grandeur considérable des échantillons.

Par ailleurs, pour établir la validité de construit de l'*IPD*, des chercheurs ont mis en lien certains stades avec des caractéristiques qui peuvent leur être reliés. Par exemple, Constantinople (1970) identifie un lien entre le bonheur, la joie, et le stade 1, rejoignant, selon Waterman et Whitbourne (1981), la relation établie par Erikson entre le stade 1 et l'optimisme/pessimisme. Pour leur part, Lavoie et Adams (1982 : cités par Hawley, 1984) confirment une corrélation entre le stade 6 et la capacité à développer des relations. Enfin, le principe épigénétique de la théorie d'Erikson, soit entre autres la

relation d'interdépendance entre les stades, est confirmé par Waterman et Whitbourne qui ont examiné des échantillons de plusieurs de leurs études et constaté que les corrélations entre les six stades étaient positivement significatives. Selon ces auteurs, ces interrelations entre les stades peuvent toutefois rendre plus difficile l'établissement de la validité discriminante.

Seule Hawley (1984) semble s'être penchée sur les qualités psychométriques de la version complète des huit stades de l'*IPD* de Constantinople. Elle a procédé à une démarche d'évaluation de la validité de contenu avec la participation de trois juges-psychologues au fait de la théorie d'Erikson, mais qui ignoraient au préalable le classement des items par Constantinople. Il leur était demandé de classer chacun des 80 items selon le stade et le pôle qu'il apparaît mesurer selon eux. Ainsi, les résultats indiquent que 18 items ont bénéficié du même classement par les trois juges que celui effectué par Constantinople, alors que 19 items ont été choisis par deux juges de façon identique à la version du test, et 24 items par un seul juge. Par conséquent, 61 items ont été classés correctement, ou selon le classement originel, par l'un ou l'autre des juges. Ainsi, les 19 items n'ayant pas reçu le même classement que le choix fait par Constantinople sont : 9, 14, 25, 27, 31, 36, 48, 49, 50, 51, 55, 58, 59, 62, 66, 67, 68, 70, 79. Les items des stades 4 positif, 5, 7 positif, et 8 négatif ont tous été identifiés par l'un ou l'autre des juges. Ainsi, même si cette méthodologie peut paraître quelque peu arbitraire, elle contribue tout de même à confirmer la validité de contenu, et ce pour la grande majorité des items de l'*IPD*.

**Qualités psychométriques de la traduction française de l'*IPD*.** Selon l'auteur du test, Constantinople (2004)<sup>1</sup>, aucune traduction française n'existe. Une traduction est donc réalisée pour les besoins de la présente étude. Comme décrit précédemment, une première traduction informelle est effectuée par l'auteur de cette étude et deux autres personnes bilingues. L'instrument est ensuite traduit et/ou vérifié par trois traducteurs professionnels. Une fois la compilation des différentes propositions de traductions faites, le test traduit a été retraduit en anglais par une autre traductrice professionnelle anglophone, pour s'assurer de la justesse de la traduction. Par la suite, à l'aide de la version originale, cette même traductrice a pu apporter des suggestions pour certains items comportant des expressions plus délicates à traduire. Enfin, une dernière vérification de la compilation des différentes versions de traduction a été réalisée par un dernier traducteur professionnel avant l'atteinte de la version française finale.

Il importe de vérifier les qualités psychométriques de la version traduite de l'*IPD* avant son utilisation dans la présente recherche. Il est d'abord à noter que parmi les protocoles reçus, cinq participants ont omis de répondre à un certain nombre d'items dans l'*IPD*, reliés aux mêmes stades. Ainsi, les résultats des stades correspondants à ces items et les scores totaux de l'*IPD* ne peuvent être calculés adéquatement pour ces cinq participants. Seuls les stades ayant un nombre suffisant de réponses aux items peuvent ainsi être considérés pour chacun des participants.

---

<sup>1</sup> Communication personnelle.

La fidélité, ou la cohérence interne pour le résultat global au test de l'*IPD*, révèle un alpha de Cronbach et un alpha standardisé de 0,94. Pour le total des stades positifs, un résultat de 0,92 est retrouvé pour la cohérence interne, et de 0,90 pour le total des stades négatifs. Le Tableau 5 présente la cohérence interne, l'alpha de Cronbach, pour chacun des stades, avec l'alpha standardisé entre parenthèses. Les résultats indiquent que l'*IPD*, dans sa version française, révèle un bon niveau de cohérence interne, dont les valeurs s'apparentent à celles identifiées dans la version originale anglaise. La cohérence interne pour les pôles négatifs des stades 2 et 3 apparaissent toutefois les plus faibles (0,43 et 0,32). Hinton, Brownlow, McMurray et Cozens (2004) soulignent qu'un alpha entre 0,50 et 0,70 peut être considéré comme une fidélité modérée.

Le coefficient alpha étant tributaire du nombre de participants (Kopalle & Lehmann, 1997; Martineau, 1982) et du nombre d'items (Cortina, 1993; Cronbach, 1951; Gliem & Gliem, 2003; Green, Lissitz, & Mulaik, 1977; Gulliksen, 1962; Hayashi & Kamata, 2005; Nunnally, 1967), il appert que plus le premier est élevé et plus le second s'avère restreint, plus la valeur du coefficient sera diminuée, expliquant possiblement entre autres des résultats plus modestes à certains pôles de stade, puisque chacun ne comprend que cinq items

Par ailleurs, l'*IPD* vérifie également le principe d'épigénétique d'Erikson, voulant que les stades soient interdépendants. En effet, dans cette étude tous les stades sont corrélés entre eux de façon significative à 0,001 et la plupart des items démontrent des

Tableau 5

*Cohérence interne pour les pôles et la résolution de chaque stade*

Stades	Pôles	Résolution
Pôle positif Pôle négatif	Alpha de Cronbach standard et standardisé	Alpha de Cronbach standard et standardisé
Stade 1		0,79 (0,80)
Confiance	0,76 (0,76)	
Méfiance	0,66 (0,66)	
Stade 2		0,56 (0,57)
Autonomie	0,54 (0,56)	
Honte et doute	0,43 (0,43)	
Stade 3		0,60 (0,61)
Initiative	0,58 (0,59)	
Culpabilité	0,32 (0,33)	
Stade 4		0,73 (0,74)
Travail	0,66 (0,68)	
Infériorité	0,61 (0,61)	
Stade 5		0,70 (0,70)
Identité	0,65 (0,65)	
Diffusion de l'identité	0,50 (0,51)	
Stade 6		0,68 (0,69)
Intimité	0,56 (0,58)	
Isolation	0,56 (0,56)	
Stade 7		0,77 (0,76)
Générativité	0,62 (0,62)	
Stagnation	0,75 (0,75)	
Stade 8		0,72 (0,73)
Intégrité	0,58 (0,61)	
Désespoir	0,65 (0,65)	

corrélations significatives lorsque mis en relation entre eux. Afin de contrer le danger de multicollinéarité, une vérification des corrélations est effectuée. Bien que significative, aucune de celles-ci ne démontre une valeur supérieure à 0,80. Par conséquent, il n'y a pas présence de multicollinéarité et c'est donc dire que les items et les stades ne sont pas corrélés de façon à rendre inutilisables les résultats à l'*IPD* pour des analyses statistiques et sont donc suffisamment distincts (Alain, 2004; Tabachnick & Fidell, 2007).

Une analyse de corrélations item-échelle est réalisée ensuite afin de vérifier la validité de construit. Les items sont d'abord mis en relation avec la résolution de chacun des stades. Cette analyse démontre que la plupart des items sont corrélés significativement avec tous les stades, confirmant ici également le principe d'épigénétique, mais une corrélation plus élevée s'observe pour chaque item, sauf pour huit d'entre eux, en lien avec le stade prévu, et ce dans le sens positif ou négatif attendu. Pour vérifier si la différence entre le résultat obtenu et celui attendu, pour les huit items dissonants, est suffisamment significative pour conclure qu'ils ne correspondent pas au stade prévu, un test de différence de corrélations corrélées (Guilford, 1973) est utilisé. Ce test établit que les différences pour les huit items ne sont pas significatives. Ainsi, il est possible de maintenir que ces items correspondent à leur stade et à leur pôle d'origine respective. De plus, lorsque les 80 items sont mis en relation avec le total positif et le total négatif de chaque stade, tous les items se retrouvent à nouveau corrélés significativement avec la plupart des stades, mais cette fois, les corrélations significatives les plus élevées sont toutes associées, sans exception, au stade et au pôle

attendus pour chacun des items. Cette vérification démontre donc la qualité de la validité de construit de l'*IPD* version française, rejoignant en quelque sorte l'évaluation de la validité de contenu de la version originale anglaise établie à l'intérieur de l'étude de Hawley (1984). Il est ainsi possible de conclure que chaque item reflète bien le stade et le pôle auxquels il est associé à l'origine.

En somme, l'*IPD*, dans sa version française, arbore ici de très bonnes qualités psychométriques pour les échelles globales et des valeurs acceptables pour les différents stades, tout comme pour la version originale anglaise, avec une cohérence interne et une validité de construit équivalentes.

### **Inventaire de perception de soi (suite)**

Brown et Lowis (2003) ont d'abord modifié un test précédemment développé par Lowis et Raubenheimer (1997 : cité dans Brown & Lowis) comprenant 28 énoncés évaluant le stade 8, et ils ont construit 20 items supplémentaires reliés au stade 9. Ces derniers sont élaborés à partir des travaux de la femme d'Erikson (1998), des travaux de Tornstam (1989, 1992, 1996 : cités dans Brown & Lowis) et de ceux de Schroots (1996 : cité dans Brown & Lowis). Ils ont donc regroupé les 48 items dans un même instrument<sup>1</sup>. Les 28 premiers énoncés se rapportent au stade 8 et les 20 derniers au stade 9. Avec l'autorisation d'un des auteurs (Lowis, 2006)<sup>2</sup>, seuls ces derniers 20 items sont

---

<sup>1</sup> Instrument et système de cotation fourni par un des auteurs, Lowis, suite à une communication personnelle (2006).

<sup>2</sup> Communications personnelles.

utilisés pour la présente étude afin d'évaluer le stade 9, et intitulé ici *Inventaire de perception de soi (suite)*. L'échelle d'évaluation s'étend de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord). Pour les besoins de la présente recherche, soit dans un souci d'uniformité, de continuité et de comparaison avec les stades 1 à 8 de l'*IPD*, et toujours avec l'autorisation du même auteur (Lowis, 2007)<sup>1</sup>, l'échelle d'évaluation a été modifiée pour adopter la même que celle de l'*IPD*, soit une cotation allant de 1 (ne vous caractérise définitivement pas) à 7 (vous caractérise tout à fait). Douze des 20 énoncés reflètent des caractéristiques pouvant être reliées à un pôle positif du stade 9, alors que les huit autres items renferment des affirmations qui pourraient être associées à un pôle négatif de ce stade. Pour compiler les résultats à ce test, Brown et Lowis inversent la cotation à ces huit derniers items avant de faire l'addition des scores obtenus aux 20 énoncés. Ils parviennent ainsi à un seul score total, sur 140, pour le stade 9. Dans la présente étude, la même méthode de correction et de compilation des résultats est utilisée, mais le score total des items pouvant être associés à un pôle positif du stade 9 est également ajouté, ainsi que le score total pour les items d'un pôle négatif et un score de résolution du stade, sur 76, obtenu en soustrayant le résultat du pôle négatif de celui du pôle positif, comme pour l'*IPD*.

À l'intérieur de l'étude de Brown et Lowis, l'évaluation des qualités psychométriques de l'instrument de mesure du stade 9, démontre une cohérence interne,

---

<sup>1</sup> Communications personnelles.

un alpha de Cronbach, de 0,84. Les auteurs ajoutent qu'il n'y a pas de corrélations faibles ou négatives lorsque chaque item est mis en relation avec le score total. Selon un des auteurs, Lowis (2007), ce test ne peut être concluant qu'avec une population de 80-90 ans, puisque les résultats de leur recherche révèlent une différence significative entre le groupe de 60 ans et celui de 80-90 ans. Toutefois, les auteurs soulignent le caractère restreint de la population incluse dans leur étude. Celle-ci comprenait 70 participants, uniquement des femmes, dont 30 dans le groupe de 60 ans, 30 dans celui des 80-90 ans, 8 personnes avaient entre 70-80 ans et 2 entre 50-60 ans.

**Qualités psychométriques de la version française du questionnaire pour le Stade 9.** Avant l'utilisation du questionnaire pour le stade 9, une procédure de traduction, semblable à celle produite pour l'*IPD*, est réalisée. En plus des étapes de traduction, retraduction et vérification décrites auparavant, des communications personnelles avec l'un des auteurs du test (Lowis, 2007), dans le but de clarifier le sens d'un énoncé, sont effectuées, afin de s'assurer de la justesse de la version française.

Pour le résultat global au test du stade 9, à partir de l'échantillon de la présente étude, une cohérence interne (alpha et alpha standardisé) de 0,62 est constatée, s'avérant ainsi plus faible que dans la version originale anglaise qui est de 0,84. Alors que le pôle positif reflète un alpha de Cronbach de 0,64, la fidélité du pôle négatif n'est toutefois que de 0,51. Ce dernier renferme cependant moins d'items que dans le pôle positif, pouvant ainsi contribuer à une valeur plus faible de l'alpha.

La validité de construit est évaluée à l'aide de corrélations item-échelle. Lorsque chaque item est mis en lien avec le score total calculé en inversant les items du pôle négatif, tel que proposé par les auteurs du test, la plupart des corrélations apparaissent significatives, sauf pour les items 6, 13 et 19. Les corrélations sont par ailleurs toutes positives, sauf pour l'item 19 qui démontre une corrélation négative, mais non significative. Il est à noter que le nombre d'items est toutefois plus restreint dans le pôle négatif que le pôle positif. D'autre part, lorsque les énoncés sont mis en relation avec le score du pôle positif et celui du pôle négatif, chaque item démontre alors une corrélation plus forte avec le pôle attendu et dans le sens prévu, à l'exception de l'item 19 qui présente un résultat légèrement plus élevé dans le pôle opposé à celui auquel il est relié. Le test de différence de corrélations corrélées (Guilford, 1973) confirme cependant que la différence entre les corrélations de cet item pour les deux pôles n'est pas significative, démontrant ainsi que cet énoncé peut être considéré comme faisant partie intégrante du pôle dans lequel il a été initialement classé.

La particularité de l'item 19 peut possiblement s'expliquer par la nature de l'énoncé et par l'âge des participants à la présente étude. Cet item s'énonce comme suit : *Je veux m'investir autant dans une multitude d'activités sociales que lorsque j'étais jeune*. Cette affirmation vient à l'encontre des caractéristiques du stade 9, du but à atteindre dans sa résolution. Ce qui peut paraître souhaitable et positif plus tôt dans le développement peut le devenir moins lorsque le stade 9 est atteint. Ainsi, comme l'âge maximum du présent échantillon est de 69 ans, les participants n'ont pas encore rejoint

la crise du stade 9, avec la visée de la transcendance. Ce qui pourrait rejoindre l'allégation de Lowis concernant le fait que ce test ne peut être concluant qu'avec une population de 80-90 ans. Toutefois, puisque tous les items ressortent davantage corrélés avec leur pôle respectif attendu, sauf l'énoncé 19, mais dont la différence n'est pas significative, il est donc possible de conclure que ce test discrimine suffisamment bien les construits attendus, malgré l'âge des participants. Ceci peut refléter le principe épigénétique d'Erikson, qui suggère que tous les stades sont présents à tous les âges.

Nous pouvons ainsi conclure que la version française du questionnaire pour le stade 9 présente, avec l'échantillon actuel, une cohérence interne relativement adéquate, bien que plus faible que dans la version originale, et une bonne validité de construit.

### **Inventaire de personnalité**

Le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)* (Hathaway & McKinley, 1999) a été sélectionné comme inventaire de personnalité pour la présente étude. Le *MMPI* est l'un des tests de personnalité et de psychopathologie le plus connu et le plus utilisé. Il contient 567 énoncés auxquels le participant doit indiquer s'il s'identifie ou non à l'affirmation, en cochant Vrai ou Faux. Cet instrument de mesure comprend des échelles cliniques, de contenu, supplémentaires et des sous-échelles, en plus d'indices de validité. Les qualités psychométriques du *MMPI-2* sont amplement vérifiées (Butcher, Atlis & Hahn, 2004; Butcher et al., 2001 : cités dans Graham, 2006). Par ailleurs, le système d'interprétation informatisé développé par Gagnon (1992/1997)

est utilisé pour la correction du test, puisqu'il permet entre autres de mesurer les catégories de troubles de personnalité décrites dans le DSM-III et DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1980, 1987 : cité dans Gagnon, 1992/1997). Dans le rapport d'interprétation fourni par le logiciel de correction, les scores T des échelles de trouble de personnalité sont classés en quatre niveaux, soit : un score bas s'il est plus petit ou égal à 40, un score normal de 41 à 60, un score à tendance élevée de 61 à 64, et un score élevé s'il est égal ou plus grand que 65. À l'intérieur de cette dernière catégorie, le score est considéré comme très élevé s'il est égal ou supérieur à 75. Selon Gagnon (2010)<sup>1</sup>, les échelles évaluant les troubles de personnalité incluses dans ce logiciel d'interprétation sont basées sur les études de Morey. Dans une recherche, Jones (2005) mesure la consistance interne des différentes échelles des troubles de personnalité, élaborées par Morey, Waugh et Blashfield (1985 : cités dans Jones) et rapporte des valeurs alpha de 0,73 à 0,93 pour les 11 dimensions.

Dans la présente étude, le *MMPI-2* est nommé *Inventaire de personnalité* à l'intérieur du cahier de passation. Pour les besoins de la recherche, les choix de réponses Vrai ou Faux sont inscrits à côté de l'énoncé plutôt que sur une feuille-réponse séparée. Par ailleurs, seuls les scores *T* seront utilisés. Il importe également de noter que parmi tous les protocoles reçus, les résultats au test *MMPI-2* de cinq participants ne peuvent être considérés valides, dû à un nombre d'items non répondus dépassant le seuil critique.

---

<sup>1</sup> Communications personnelles.

### Déroulement de l'expérience

La première étape de l'expérience consiste à recruter les psychologues-psychothérapeutes comme intermédiaires. Pour ce faire, l'auteure de la recherche sollicite des thérapeutes au hasard de la liste des membres de l'Ordre des psychologues du Québec et à partir de différents contacts pour les thérapeutes de la France. Les psychologues du Québec sollicités se situent dans toutes les régions et adhèrent à des approches théoriques variées. Les thérapeutes de la France sont sollicités par courriel, alors que ceux du Québec le sont par contact téléphonique. Les mêmes informations sur le rôle du thérapeute et du participant dans cette recherche sont fournies à chacun. Ainsi, les thérapeutes sollicités sont informés que la recherche porte sur la relation entre les stades de développement, la personnalité et le lien thérapeutique, qu'elle s'adresse à des nouveaux clients adultes en début de processus, que le thérapeute a un rôle d'intermédiaire, que le client participant aura des questionnaires à remplir à la maison, requérant environ deux heures de leur temps, après la troisième ou la quatrième session de thérapie, et que les résultats du client pourront, si celui-ci le désire, être transmis au thérapeute et utilisés dans le cadre de la démarche psychothérapeutique. Les thérapeutes sont alors libres d'accepter ou non de collaborer et s'ils acceptent de participer comme intermédiaires, de déterminer le nombre de protocoles qu'ils désirent recevoir. Par la suite, le nombre de protocoles demandé leur est expédié. Chaque protocole est constitué d'une enveloppe à remettre au participant, contenant une lettre explicative de l'étude, un formulaire de consentement à signer par le thérapeute et par le client, incluant également un endroit où celui-ci peut fournir ou non l'autorisation à transmettre ses résultats au

thérapeute, un cahier contenant les questionnaires et une enveloppe-réponse affranchie. À la fin du cahier-questionnaire, si le participant a signé la partie du formulaire de consentement indiquant qu'il désire recevoir ses résultats par l'intermédiaire du thérapeute, il a l'opportunité de choisir les tests en particulier pour lesquels il souhaite obtenir le produit de sa participation. Une fois que le participant a complété le cahier-questionnaire, il insère celui-ci, accompagné du formulaire de consentement dûment rempli, dans l'enveloppe affranchie, qu'il remet au thérapeute après l'avoir cachetée. Celui-ci se charge ensuite de poster le tout.

Pour des raisons d'uniformité, de comparaison des résultats et pour prendre les mesures en début de traitement, un nombre de rencontres psychothérapeutiques suite auxquelles le participant complète le protocole est déterminé. À la lumière de la littérature, celui-ci est fixé à la troisième ou quatrième séance thérapeutique. En effet, des études (Dunn, Morrison, & Bentall, 2006; Eaton, Abeles, & Gutfreund, 1988) démontrent que l'alliance thérapeutique s'établit dans les trois premières séances et demeure relativement stable par la suite. L'information est donc transmise au thérapeute et au participant, que celui-ci doit remplir les questionnaires après la troisième ou la quatrième rencontre, même si les résultats demeurent valides si les participants remplissent les questionnaires plus tard. Toutefois, bien que la majorité des participants ait respecté cette consigne, pour diverses raisons, 24 personnes ont rempli les instruments de mesure avant ou après la période déterminée. Parmi les protocoles reçus et inclus dans l'étude, le nombre de rencontres suite auquel les participants ont rempli

leurs questionnaires s'échelonne de deux séances à huit. Le nombre de participants hors de la consigne demeure donc minime par rapport à l'échantillon total.

Une fois les protocoles reçus, si certains participants ou thérapeutes ont omis de signer le formulaire de consentement ou l'autorisation à transmettre les résultats alors que ceux-ci sont souhaités par le client, il est alors retourné au thérapeute pour compléter les signatures appropriées. Par la suite, les protocoles sont corrigés et un résumé des résultats et des concepts théoriques qui y sont rattachés est produit et transmis au thérapeute selon le désir et l'autorisation du participant. Une note de précaution est jointe, précisant entre autres au thérapeute qu'il s'agit de résultats à utiliser et à transmettre au client à sa discrétion, selon ce qu'il jugera aidant dans la démarche psychothérapeutique du participant. La plupart des commentaires recueillis des thérapeutes soulignent l'apport des résultats reçus à la compréhension de leur client et au processus thérapeutique avec celui-ci. Une seule psychologue rapporte son malaise d'avoir eu ainsi accès à des informations non transmises directement par le client, graduellement dans son processus.

Tout au long de la procédure, l'auteure demeure disponible pour toutes informations concernant l'étude, et pour soutien ou clarification des résultats auprès du thérapeute et du participant. Le thérapeute est toutefois celui qui procède à une certaine sélection parmi sa clientèle. Tout en tenant compte de l'état de la personne selon son jugement clinique, le thérapeute identifie donc parmi sa clientèle, des participants

potentiels à cette étude. Il demeure également le gestionnaire de l'utilisation des résultats dans le cadre thérapeutique et de l'impact psychologique de la participation du client à cette étude, avec le soutien de l'auteure s'il y a lieu, même si le participant peut avoir accès direct à l'auteure de l'étude. Une seule participante a sollicité une aide directe auprès de l'auteure après réception de ses résultats par l'intermédiaire de sa thérapeute, avant qu'elle ait eu l'occasion de gérer au préalable l'impact pour elle avec celle-ci.

### **Identification des analyses statistiques**

Suite à la correction des protocoles, les données sont colligées pour les analyses statistiques. Après la présentation des moyennes, de la distribution et de la normalité des variables, différentes analyses statistiques sont utilisées afin de répondre aux questions de recherche établies. Une analyse de corrélation canonique vérifie d'abord s'il existe une relation globale entre l'ensemble des stades de développement évalué par l'*IPD* et le questionnaire du stade 9, d'une part, et l'ensemble des échelles de troubles de personnalité mesurés par le *MMPI-2*, d'autre part.. Des analyses de corrélation entre chacun des stades de développement et chacune des échelles de trouble de personnalité suivent pour préciser ce résultat global. Enfin, des analyses de régression multiple permettent de vérifier si certains stades peuvent prédire davantage certaines échelles de trouble de personnalité. Ces dernières analyses sont effectuées sans a priori théorique, dans une visée exploratoire et donc sans privilégier un stade plutôt qu'un autre et sans prédéterminer l'ordre d'entrée des variables.

Ces trois types d'analyses sont réalisés en tenant compte d'abord de la résolution des stades, puis sont repris pour l'étude des pôles positifs et négatifs de chaque stade de développement. Des analyses d'exploration d'autres variables additionnelles du *MMPI-2* et socio-démographiques complètent l'étude des résultats.

Le chapitre qui suit fait état de ces analyses des résultats obtenus.

## Résultats

Le présent chapitre fait état des résultats d'analyses statistiques visant à répondre aux questions de cette recherche. Il met donc en lien les stades de développement, les troubles de personnalité, d'autres paramètres mesurés, ainsi que diverses variables sociodémographiques. Ce chapitre se divise en deux parties. Une première rapporte les résultats préliminaires aux analyses des données, soit les analyses descriptives des principales variables. La seconde présente les relations entre ces variables, en plus d'autres données mesurées, et se subdivise en deux sections. La première section met en lien les stades de développement et les troubles de personnalité. Alors que la deuxième section de cette seconde partie du chapitre consiste en une exploration de liens possibles entre les variables principales, soit les stades de développement et les troubles de personnalité, et d'autres paramètres mesurés et les variables sociodémographiques. À l'intérieur de ces différentes sections, diverses analyses statistiques sont utilisées, soit des moyennes, des corrélations canoniques, des corrélations et des régressions.

### **Analyses descriptives des principales variables**

Préalablement aux analyses statistiques pour la présentation des résultats, il importe de faire d'abord état des moyennes, écarts-types et normalité pour les deux variables principales, soit pour chacun des stades de développement et chacun des troubles de personnalité du présent échantillon.

Le Tableau 6 à la page suivante présente l'analyse descriptive de la résolution de chacun des stades de développement. Les résolutions sont obtenues en soustrayant les pôles négatifs des pôles positifs dont les moyennes et écarts-types sont présentés aux Tableaux 7 et 8 aux pages 164 et 165. Il est à noter que les données utilisées pour le Stade 9 dans les analyses statistiques sont calculées comme les huit stades de l'*IPD* et sont transformées pour être uniformisées à ces derniers, afin de les rendre comparables. Il est déjà possible de constater que la moyenne de résolution est plus élevée pour les stades 4 et 6 et plus faible pour le stade 9, ce qui correspond aussi aux données des pôles positifs. Par contre, pour les pôles négatifs, les stades 2 et 3 arborent des moyennes un peu plus élevées, alors que les plus faibles se retrouvent aux stades 1, 4 et 6.

Par ailleurs, le Tableau 9 à la page 166 rapporte les moyennes, écarts-types, ainsi que les scores minimal et maximal pour chacune des échelles de trouble de personnalité. Les valeurs apparaissent en scores *T*. Il est possible alors d'observer que l'échelle histrionique présente la moyenne la plus faible, alors que les échelles borderline et antisociale démontrent les moyennes les plus élevées. Les minimums et maximums sont semblables pour chacune des échelles, sauf pour obsessionnelle-compulsive, dont le maximum est plus faible que pour les autres échelles.

Tableau 6

*Moyennes et écarts types pour la résolution des stades de développement*

Stades de développement	Moyennes	Écarts-Types	Minimum	Maximum	N
1 (confiance-méfiance)	5,94	9,41	-22	25	304
2 (autonomie-honte et doute)	4,76	6,97	-14	22	304
3 (initiative-culpabilité)	4,65	7,47	-14	25	302
4 (travail-infériorité)	11,18	8,14	-19	29	304
5 (identité-diffusion)	6,39	7,89	-16	25	304
6 (intimité-isolation)	12,03	7,49	-12	27	304
7 (générativité-stagnation)	8,50	9,15	-17	29	303
8 (intégrité-désespoir)	8,99	8,20	-19	29	303
<i>IPD Total</i>	62,88	51,23	-107	166	301
9 (géotranscendance)	1,97	5,76	-13	22	306

Tableau 7

*Moyennes et écarts types pour le pôle positif des stades de développement*

Stades de développement	Moyennes	Écarts-Types	Minimum	Maximum	N
1 (confiance)	21,51	5,27	6	31	304
2 (autonomie)	23,14	4,19	10	32	304
3 (initiative)	23,42	4,62	6	33	304
4 (travail)	26,47	4,38	9	34	304
5 (identité)	23,45	4,60	10	33	304
6 (intimité)	26,51	4,13	11	34	304
7 (générativité)	24,75	4,39	9	35	304
8 (intégrité)	25,24	4,13	12	35	304
<i>IPD total positif</i>	194,50	27,16	100	251	304
9 (géotranscendance)	19,59	3,58	9	30	306

Tableau 8

*Moyennes et écarts types pour le pôle négatif des stades de développement*

Stades de développement	Moyennes	Écarts-Types	Minimum	Maximum	N
1 (méfiance)	15,57	5,55	5	30	304
2 (honte et doute)	18,38	4,56	6	31	304
3 (culpabilité)	18,77	4,40	7	29	302
4 (infériorité)	15,29	5,14	5	29	304
5 (diffusion de l'identité)	17,06	4,68	7	30	304
6 (isolation)	14,48	4,77	5	28	304
7 (stagnation)	16,26	6,31	5	34	303
8 (désespoir)	16,26	5,53	4	32	303
<i>IPD</i> total négatif	131,92	30,25	66	216	301
9 (non-géotranscendance)	17,60	4,02	8	29	306

Tableau 9

*Moyennes, écarts types, minimum et maximum  
pour les échelles des troubles de personnalité*

Échelles de trouble de personnalité	Moyennes	Écarts types	Minimum	Maximum
Dépendante	51,85	11,34	30	80
Obsessionnelle-compulsive	48,69	7,84	30	70
Évitante	55,05	11,23	32	85
Passive-agressive	52,82	9,98	30	85
Borderline	56,26	12,30	33	85
Narcissique	47,81	8,84	30	80
Histrionique	46,39	9,91	30	80
Antisociale	56,19	11,50	30	85
Paranoïaque	53,47	12,52	30	85
Schizotypique	55,29	11,89	30	85
Schizoïde	50,73	12,34	30	85

*N* = 301

Tel que mentionné auparavant, les résultats aux échelles des troubles de personnalité peuvent être subdivisés en quatre groupes selon le score  $T$ . L'état de moyennes et des écarts-types, pour chaque groupe de chaque échelle, ainsi que le nombre de participants sont rapportés au Tableau 10 à la page suivante. Les groupes dont les scores  $T$  sont  $\geq$  à 41 et  $\leq$  à 60 arborent des  $N$  très élevés, étant donné que l'étendue des valeurs possibles est plus grande que pour les autres groupes. Par ailleurs, cette subdivision des échelles de trouble de personnalité entraîne des nombres insuffisants dans certaines cellules de ce tableau, particulièrement dans le groupe de scores  $T$  supérieur ou égal à 65 reflétant le trouble de personnalité, pour permettre des analyses statistiques concluantes. Les analyses considèreront donc uniquement les échelles complètes des troubles de personnalité. Cependant, les Figures 1 à 11 aux pages 312 à 317 de l'Appendice C présentent les quatre groupes distincts de scores  $T$  pour toutes les échelles de trouble de personnalité en fonction de la moyenne de résolution des stades de développement. Ces figures permettent de constater que pour chacune des échelles du *MMPI-2*, le passage d'un groupe à l'autre en intensité augmente aussi à des degrés divers le niveau de résolution de tous les stades de développement. Autrement dit, ces figures illustrent qu'il y a des relations systématiques entre les niveaux de pathologie de la personnalité et les niveaux de résolution des stades. Elles illustrent aussi le principe d'épigénétique puisque la variation est généralisée, sauf de rares exceptions dues à des  $N$  trop modestes, à tous les stades, les lignes ne se croisent pas. À noter, la relation inversée pour les échelles histrionique et narcissique.

Tableau 10

*Moyennes et écarts types, pour les échelles des troubles de personnalité  
selon les quatre groupes de valeurs en scores T*

T.P.	≤ 40			≥ 41 et ≤ 60			≥ 61 et ≤ 64			≥ 65		
	N	Moy	É-T	N	Moy	É-T	N	Moy	É-T	N	Moy	É-T
DEP	53	35,58	3,97	177	50,76	5,19	35	61,60	1,22	36	71,69	5,93
OC	59	37,54	3,15	219	50,12	4,63	18	62,00	0,00	5	69,80	0,45
ÉVI	23	37,04	2,79	191	50,71	5,17	26	62,65	1,47	61	72,20	5,85
PAG	34	38,18	3,10	201	50,60	5,10	26	62,00	0,00	40	70,42	6,17
BDL	25	37,16	2,21	173	50,73	5,76	28	62,71	0,98	75	72,95	6,49
NAR	65	36,35	2,55	210	49,24	5,32	19	62,42	1,54	7	71,43	4,39
HST	80	34,69	2,99	184	47,78	4,84	19	61,63	1,26	18	68,11	3,53
ANT	18	34,33	2,83	190	51,69	5,73	31	63,13	1,38	62	72,84	5,95
PAR	32	35,91	2,28	182	48,96	5,31	41	61,88	1,38	46	76,02	6,30
STY	20	36,10	2,94	195	50,50	5,33	25	62,64	1,47	61	73,87	6,32
SZD	48	34,10	3,30	203	49,63	6,25	2	61,00	0,00	48	71,56	7,60

*Note.* T.P. : échelles de trouble de personnalité :DEP(dépendante)-OC(obsessive-compulsive)-ÉVI(évitante)-PAG(passive-agressive)-BDL(borderline)-NAR(narcissique)- HST(histrionique)-ANT(antisociale)-PAR(paranoïaque)-SZT(schizotypique)-SZD(schizoïde)

Par ailleurs, les Figures 12 à 20, aux pages 315 à 317 de l'Appendice C, représentent les mêmes valeurs selon les quatre groupes distincts, mais en regroupant cette fois toutes les échelles de trouble de personnalité pour chacun des stades.

Suite à la présentation des moyennes de chacune des variables principales, il importe d'observer la normalité de celles-ci. Une vérification du coefficient de symétrie (Skewness) et du coefficient d'aplatissement (Kurtosis) pour chacun des stades de développement et pour chacune des échelles totales des troubles de personnalité permet de constater que les valeurs associées à ceux-ci suivent toutes la courbe normale.

À la lumière des analyses descriptives précédentes et de la vérification de la normalité des valeurs associées à chaque variable, nous pouvons procéder à la présentation des résultats qui met en lien les différentes composantes mesurées.

### **Présentation des résultats**

Cette seconde partie renferme deux sections, soit les liens entre les stades de développement et les troubles de personnalité, ainsi que l'exploration entre les variables principales et d'autres variables mesurées et les composantes sociodémographiques.

#### **Stades de développement et troubles de personnalité**

La présente section vise à mettre en lien et à vérifier s'il existe une relation et si oui, de quelle nature, entre les stades de développement et les échelles de troubles de

personnalité, afin d'apporter des réponses aux cinq premières questions. Les analyses statistiques mettent donc ici en lien les résultats à l'*IPD*, ceux à l'instrument de mesure qui évalue le Stade 9, et les échelles du *MMPI-2* estimant les troubles de personnalité. La résolution de chaque stade et les échelles complètes des troubles de personnalité seront prises en compte, puis les pôles positifs et négatifs.

**Résolutions des stades de développement et échelles complètes des troubles de personnalité du *MMPI-2*.** Il est à noter que dans un premier temps ce sont les résolutions de chaque stade et les scores de tout le continuum, échelonné du trait au trouble, sur les échelles des troubles de personnalité qui sont considérés. Différentes analyses statistiques sont utilisées pour faire ressortir les liens existants entre les stades de développement et les troubles de personnalité.

***Corrélation canonique.*** Une corrélation canonique (Sherry & Henson, 2005) est d'abord effectuée afin de vérifier l'existence d'un lien entre les stades de développement et les troubles de personnalité. La corrélation canonique est réalisée entre le groupe de variables considérées indépendantes que représentent la résolution de chacun des neuf stades de développement d'une part, et le groupe des variables dépendantes formé par les échelles de trouble de personnalité d'autre part. Cette corrélation révèle un lambda de Wilks total de 0,152 [ $F(99, 1957,80) = 6,048, p < 0,001$ ]. En soustrayant de 1 le lambda de Wilks, soit la variance inexpliquée, il en résulte la variance expliquée pour l'ensemble total de 0,848. Ainsi, la corrélation canonique entre les deux groupes de

variables démontre qu'il y a 84,76 % de variance partagée entre eux. Cette première analyse globale fournit donc une réponse positive à la première question de recherche, à savoir qu'il existe un lien significatif entre les stades de développement et les échelles de trouble de personnalité tel que mesuré dans la présente recherche.

Dans un deuxième temps, le modèle révélé par cette analyse de corrélation canonique identifie que la première paire de variables canoniques renferme à elle seule la plus grande partie de la variance expliquée avec un carré des corrélations canoniques ( $R_c^2$ ) de 61,96 %. Toutes les corrélations reliées aux stades de développement et aux échelles de trouble de personnalité affichent de plus des valeurs supérieures à 0,45 en lien avec cette première fonction canonique, sauf antisociale. Les échelles de trouble de personnalité dépendante, évitante et schizotypique se démarquent avec les valeurs les plus élevées, ainsi que les stades de développement 1, 5, 7 et 8. Par contre, les échelles de personnalité borderline et antisociale, ainsi que le stade 9 arborent les contributions les plus faibles à la variance expliquée. Par ailleurs, toutes les échelles de trouble de personnalité apparaissent inversement reliées aux stades de développement, sauf histrionique et narcissique.

Les résultats de l'analyse de corrélation canonique précisent donc qu'il existe un lien important entre la résolution des stades de développement et les échelles de trouble de personnalité, et que ce lien est inversement proportionnel, sauf en ce qui a trait aux échelles histrionique et narcissique. Ainsi, l'analyse de corrélation canonique permet de

répondre positivement aux deux premières questions de recherche, sauf en ce qui a trait aux échelles de personnalité histrionique et narcissique qui arborent une corrélation positive avec les stades de développement. Toutefois, des analyses supplémentaires ont été réalisées afin de préciser davantage la nature des liens qui unissent les stades de développement et les échelles de trouble de personnalité.

*Corrélations de Pearson.* L'analyse de corrélation canonique a permis de constater l'existence de liens entre la résolution des stades de développement et les échelles de trouble de personnalité. Une analyse de corrélation de Pearson entre la résolution de chacun des stades de l'*IPD*, évaluant les huit premiers stades de développement, l'*IPD* Total et le stade 9 d'une part et les troubles de personnalité d'autre part permettra à présent d'observer plus en détail les liens corrélationnels qui unissent ces deux groupes de variables. Les résultats de cette analyse sont présentés au Tableau 11 à la page suivante. D'un point de vue d'ensemble, les corrélations entre l'*IPD* Total et tous les troubles de personnalité sont significatives à  $p < 0,001$ . Bien que toutes significatives, certaines valeurs apparaissent plus faibles que d'autres. Ainsi, l'échelle de personnalité antisociale affiche la corrélation la plus faible, suivie des échelles borderline et histrionique. Par contre, les échelles de trouble de personnalité dépendante, évitante et schizotypique arborent les valeurs les plus élevées. Par ailleurs, l'*IPD* Total démontre une corrélation négative avec tous les troubles de personnalité, à l'exception des échelles histrionique et narcissique. Ces résultats rejoignent ceux identifiés avec l'analyse de corrélation canonique. Ainsi, la première question de

Tableau 11

*Corrélations entre la résolution de chaque stade de développement  
et les échelles de trouble de personnalité*

T.P.	Résolution de chaque stade <i>IPD</i> et du Stade 9									
	Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4	Stade 5	Stade 6	Stade 7	Stade 8	<i>IPD</i> Total	Stade 9
DEP	-0,60***	-0,56***	-0,51***	-0,45***	-0,61***	-0,36***	-0,58***	-0,57***	-0,67***	-0,40***
OC	-0,47***	-0,43***	-0,41***	-0,26***	-0,43***	-0,31***	-0,44***	-0,39***	-0,50***	-0,33***
ÉVI	-0,54***	-0,55***	-0,52***	-0,33***	-0,45***	-0,53***	-0,61***	-0,54***	-0,64***	-0,36***
PAG	-0,40***	-0,31***	-0,39***	-0,44***	-0,44***	-0,29***	-0,42***	-0,43***	-0,49***	-0,28***
BDL	-0,47***	-0,30***	-0,18**	-0,22***	-0,32***	-0,13*	-0,29***	-0,34***	-0,36***	-0,20**
NAR	0,34***	0,39***	0,44***	0,27***	0,29***	0,33***	0,47***	0,37***	0,45***	0,24***
HST	0,27***	0,27***	0,43***	0,12*	0,19***	0,36***	0,38***	0,32***	0,37***	0,19***
ANT	-0,27***	-0,10	-0,13*	-0,28***	-0,38***	-0,18***	-0,20***	-0,27***	-0,28***	-0,05
PAR	-0,47***	-0,43***	-0,31***	-0,28***	-0,40***	-0,38***	-0,45***	-0,47***	-0,50***	-0,24***
SZT	-0,55***	-0,49***	-0,47***	-0,31***	-0,44***	-0,53***	-0,59***	-0,55***	-0,62***	-0,33***
SZD	-0,33***	-0,29***	-0,37***	-0,19***	-0,24***	-0,47***	-0,40***	-0,35***	-0,41***	-0,18**

\* $p \leq 0,05$  \*\* $p \leq 0,01$ . \*\*\* $p \leq 0,001$

T.P. : échelles de trouble de personnalité-DEP(dépendante)-OC(obsessive-compulsive)-ÉVI(évitante)-PAG(passive-agressive)-BDL(borderline)-NAR(narcissique)-HST(histrionique)-ANT(antisociale)-PAR(paranoïaque)-SZT(schizotypique)-SZD(schizoïde)

recherche désirant vérifier qu'il existe un lien significatif entre la résolution des stades et les troubles de personnalité se trouve à nouveau confirmée dans une réponse positive. La seconde question de recherche s'interrogeant si ce lien est négatif reçoit également une réponse positive ici, sauf pour les troubles de personnalité histrionique et narcissique dont le lien est significatif, mais positif.

Le Tableau 11 présente également les corrélations entre chacun des stades de l'*IPD*, ainsi que celle du stade 9 et les échelles des troubles de personnalité. La grande majorité des corrélations sont significatives à 0,001, alors que certaines le sont à 0,01 et très peu à 0,05. Les stades 1 (confiance-méfiance), 5 (identité-diffusion d'identité), 7 (générativité-stagnation) et 8 (intégrité-désespoir) affichent des corrélations significatives à 0,001 pour toutes les échelles de trouble de personnalité. Seuls le stade 2 (autonomie-honte et doute) et le stade 9 (gérotranscendance) arborent chacun une valeur non significative, et ce tous les deux avec le trouble de personnalité antisocial.

Dans l'autre sens, tous les troubles de personnalité présentent des corrélations négatives avec la résolution de chacun des stades, sauf à nouveau pour les troubles de personnalité narcissique et histrionique, tel qu'observé avec l'*IPD* Total. Les troubles de personnalité dépendante, obsessive-compulsive, évitante, passive-agressive, narcissique, paranoïaque et schizotypique affichent des corrélations significatives à 0,001 pour tous les stades. Bien que les corrélations soient donc significatives pour la plupart des échelles de trouble de personnalité, les valeurs varient. Ainsi, les troubles de

personnalité dépendante, évitante et schizotypique présentent des corrélations plus élevées avec plusieurs stades, alors que les troubles de personnalité borderline, histrionique et antisociale affichent des valeurs de corrélations plus faibles. Il est à noter que le stade 9 démontre les corrélations les plus faibles, bien que toutes significatives, sauf pour le trouble de personnalité antisociale.

À la lumière de ces résultats, la présence d'un lien significatif entre les stades de développement et les troubles de personnalité apparaît indéniable et répond positivement à la première question de recherche, sauf pour le trouble de personnalité antisociale en rapport avec les stades 2 et 9. Les corrélations négatives vérifient également la véracité de la question de recherche 2, voulant que meilleure soit la résolution d'un stade, moins probable il y aura présence d'un trouble de personnalité. Cette affirmation est donc vérifiée, sauf en ce qui a trait aux troubles de personnalité narcissique et histrionique pour lesquelles les valeurs sont significatives, mais positives.

Cette analyse de corrélation permet de constater des liens très significatifs entre les stades de développement et les troubles de personnalité, malgré des variations de valeurs des corrélations. Cependant, elle n'offre pas une discrimination suffisante pour vérifier quel stade est plus relié à tel trouble de personnalité. D'autres analyses statistiques s'avèrent donc nécessaires pour raffiner les liens existants entre ces deux groupes de variables et identifier la contribution spécifique des stades à la variabilité de chacune des échelles de trouble de personnalité.

**Régression linéaire multiple.** Afin de préciser les liens plus spécifiques qui existent entre les stades de développement et les échelles de trouble de personnalité, et lesquels parmi les premiers, expliquent le mieux les secondes, une analyse de régression linéaire multiple de type standard est utilisée. Le Tableau 16 aux pages 319 à 322 de l'Appendice D expose les résultats de cette analyse en régressant chacun des stades de développement sur chaque échelle de trouble de personnalité. Cette analyse permet de constater que chaque équation de régression de l'ensemble des stades sur chacune des échelles de trouble de personnalité s'avère significative à 0,001. Les valeurs de  $R^2$  s'échelonnent de 0,19 à 0,49, soit un effet moyen à un grand effet, selon Cohen (1988 : cité dans Alain, 2004). Les échelles de trouble de personnalité dépendante, évitante et schizotypique démontrent les  $R^2$  les plus élevés. Afin de mettre davantage en évidence les résultats significatifs obtenus à l'aide de l'analyse de régression multiple, le Tableau 12 à la page suivante relève les valeurs bêta qui apparaissent significatives dans le Tableau 16, ainsi que leur degré de signification. Il est à noter que certains résultats significatifs révèlent des liens positifs ou négatifs différents ou des valeurs plus ténues que ceux identifiés avec la corrélation. Ce qui pourrait possiblement être dû à l'effet de suppression pouvant agir de par la présence d'une seule variable indépendante impliquée dans la corrélation alors que plusieurs le sont au niveau de la régression. Le stade 4 semble davantage sensible à cet effet. L'analyse de régression multiple permet donc d'isoler les stades de développement qui peuvent expliquer davantage la variabilité de chacune des échelles de trouble de personnalité ou qui sont les plus reliés significativement à celles-ci.

Tableau 12

*Synthèse des résultats (Bêta) significatifs de l'analyse de régression multiple des stades de développement (résolution) sur les échelles de trouble de personnalité*

T.P.	Stades de développement								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
DEP		-0,25***			-0,25***				
OC		-0,16**							
ÉVI		-0,24***	-0,14*	0,13*		-0,24***	-0,30***		
PAG				-0,23**	-0,16*				
BDL	-0,59***		0,18**			0,15*			
NAR		0,19**	0,23***				0,40***		
HST			0,38***	-0,30***		0,25***	0,27**		
ANT					-0,38***				0,20**
PAR		-0,20**				-0,13*		-0,24**	
STY		-0,15**		0,16**		-0,27***	-0,28**	-0,16*	
SZD			-0,19**	0,18**		-0,39***	-0,23*		

\* $p \leq 0,05$  \*\* $p \leq 0,01$ . \*\*\* $p \leq 0,001$

T.P. : échelles de trouble de personnalité

DEP(dépendante)-OC(obsessive-compulsive)-ÉVI(évitante)-PAG(passive-agressive)-

BDL(borderline)-NAR(narcissique)-HST(histrionique)-ANT(antisociale)-

PAR(paranoïaque)-SZT(schizotypique)-SZD(schizoïde)

Ainsi, l'échelle de trouble de personnalité dépendante apparaît particulièrement reliée aux stades 2 (autonomie-honte et doute) et 5 (identité-diffusion d'identité). L'échelle obsessionnelle-compulsive arbore un lien significatif uniquement avec le stade 2, alors que l'échelle évitante est associée aux stades 2, 3 (initiative-culpabilité), 4 (travail-infériorité), 6 (intimité-isolation) et 7 (générativité- stagnation). Pour l'échelle passive-agressive, un résultat significatif apparaît avec le stade 4 et le stade 5. L'échelle borderline s'associe aux stades 1 (confiance-méfiance) de façon plus marquée, ainsi qu'aux stades 3 et 6, alors que la variabilité de l'échelle narcissique est expliquée significativement par les stades 2, 3 et 7. Pour sa part, l'échelle histrionique se relie aux stades 3, 4, 6 et 7, l'échelle antisociale aux stades 5 et 9 (géotranscendance), et l'échelle paranoïaque aux stades 2, 6 et 8 (intégrité-désespoir). Enfin, l'échelle schizotypique présente des liens significatifs avec les stades 2, 4, 6, 7 et 8, et l'échelle schizoïde avec les stades 3, 4, 6 et 7.

Par ailleurs, à l'instar des analyses statistiques précédentes, la question de recherche 2 s'avère exacte sauf pour certains résultats. En effet, l'échelle narcissique présente à nouveau des résultats reliés positivement, inversement à ce qui serait attendu tout comme l'échelle histrionique, sauf en ce qui a trait au stade 4 où cette échelle arbore cette fois un lien négatif. Contrairement aux analyses préalables, cette fois il existe également d'autres résultats qui reflètent des liens positifs, tels l'échelle borderline en lien avec les stades 3 et 6, l'échelle évitante pour le stade 4, ainsi que les échelles schizotypique et schizoïde pour le même stade, et l'échelle antisociale reliée au stade 9.

Outre l'importance d'observer avec quel stade de développement chaque échelle de trouble de personnalité est particulièrement reliée, il apparaît intéressant de constater que certains stades présentent davantage de liens significatifs avec les différentes variables de trouble de personnalité que d'autres. Ainsi, les stades 2, 3, 4, 6 et 7 arborent plusieurs liens significatifs avec les échelles de trouble de personnalité, alors que le stade 5 n'affiche que trois liens significatifs, que le stade 8 n'en a que deux et que les stades 1 et 9 n'en ont qu'un seul respectivement. Par ailleurs, les stades 3 et 4 exposent davantage les liens significatifs positifs cités auparavant.

Cette analyse de régression multiple permet donc de préciser plus spécifiquement les liens existants entre la résolution de chacun des stades de développement et les échelles complètes de trouble de personnalité, contribuant ainsi à fournir une réponse positive à la première et à la troisième question de recherche et en partie à la seconde, et à soulever d'autres résultats intéressants et inattendus. De ce fait, il existe bien un lien significatif entre la résolution des stades de développement et les échelles de trouble de personnalité, ce lien est en grande majorité négatif, sauf pour les échelles narcissique et histrionique, la résolution de chaque stade peut expliquer significativement la variance d'au moins une échelle de trouble de personnalité et chacune des échelles est prédite par la résolution d'au moins un stade de développement. À présent que les analyses décrites ont démontré qu'il existe un lien réel et significatif entre la résolution des stades de développement et les échelles de trouble de personnalité, il importe de vérifier si les liens existants sont davantage influencés par les pôles positifs ou négatifs de chaque

stade à l'intérieur de leur résolution, puisque cela peut risquer d'induire une interprétation différente aux résultats.

**Pôles positifs et négatifs.** Bien que le lien entre la résolution des stades de développement et les échelles de trouble de personnalité soit vérifié, il se peut qu'il puisse être davantage influencé par la présence du pôle positif ou du pôle négatif qui entrent dans le résultat de la résolution, ou par les deux à la fois. Puisque la résolution de chaque stade est obtenue en soustrayant le résultat du pôle négatif de celui du pôle positif, une même valeur de résolution pourrait être reliée entre autres à des résultats très élevés ou encore très modestes à l'un ou l'autre des deux pôles respectifs. Ainsi, une résolution élevée peut être due à un excès du pôle positif ou à un trop faible taux du pôle négatif, ou inversement, une résolution minimale ou négative peut être expliquée par un pôle positif déficitaire ou par un pôle négatif démesuré. Par conséquent, une même résolution peut refléter différents agencements des deux pôles dont elle est composée et engendrer possiblement des scénarios différents dans la poursuite du développement. Par ailleurs, il est possible qu'un lien significatif apparaisse entre un pôle positif ou négatif et une échelle de trouble de personnalité, mais que ce lien passe inaperçu lorsque seules les résolutions sont utilisées. Il importe donc de vérifier le rôle de chacun des pôles dans les liens qui unissent les stades de développement et les échelles de trouble de personnalité, en plus de leur combinaison évaluée à travers la résolution, afin de répondre aux quatrième et cinquième questions de recherche et d'observer l'influence des deux pôles respectifs de chaque stade de développement.

**Corrélations canoniques.** Une analyse de corrélation canonique pour chacun des pôles en lien avec les échelles de trouble de personnalité révèle à partir du lambda de Wilks, un taux de variance expliquée global de 76,62 % avec un [ $F(99, 1978,96) = 4,575, p < 0,001$ ] pour les pôles positifs et de 80,63 % avec un [ $F(99, 1957,80) = 5,182, p < 0,001$ ] pour les pôles négatifs. Ces résultats démontrent qu'il y a un lien significatif entre les pôles et les échelles de trouble de personnalité, et que les pôles négatifs expliquent de façon légèrement plus prononcée les échelles de trouble de personnalité que les pôles positifs. Ce qui répond positivement en partie à la quatrième question de recherche. D'autres analyses sont toutefois nécessaires pour préciser ces liens.

**Corrélations de Pearson.** Le Tableau 17 à la page 323 de l'Appendice D fait état des corrélations entre les pôles positifs des stades de développement et les échelles de trouble de personnalité, alors que le Tableau 18 à la page 324 (voir Appendice D) établit celles reliant les pôles négatifs aux mêmes échelles. En ce qui a trait aux pôles positifs, tous les résultats à l'*IPD* Total positif regroupant les huit premiers stades sont significatifs à 0,001. Toutes les échelles de trouble de personnalité démontrent des corrélations négatives avec les pôles positifs, sauf l'échelle narcissique et histrionique. De plus, les corrélations sont significatives à 0,05, 0,01 ou 0,001 pour toutes les échelles de trouble de personnalité, sauf pour l'échelle obsessionnelle-compulsive au niveau du stade 4, l'échelle borderline pour les stades 3, 4, 6, 7 et 9, l'échelle antisociale pour les stades 3 et 9 et enfin l'échelle paranoïaque pour les stades 4 et 9. L'échelle de personnalité borderline dénote le moins de liens significatifs avec les pôles positifs.

Au niveau des pôles négatifs, les corrélations associées à l'*IPD* Total négatif, révèlent également toutes des valeurs significatives à 0,001. Chaque échelle de trouble de personnalité établit une corrélation positive avec chacun des stades de développement, sauf les échelles narcissique et histrionique dont les corrélations sont négatives. Toutes les échelles de trouble de personnalité sont également significatives, sauf l'échelle narcissique pour le stade 9, l'échelle histrionique aux stades 4, 5 et 9 et l'échelle antisociale pour les stades 2 et 9. L'échelle histrionique présente le moins de liens significatifs avec les différents pôles négatifs.

Les échelles de trouble de personnalité dépendante, évitante et schizotypique apparaissent autant reliées significativement aux pôles positifs que négatifs des stades de développement, tout comme elles affichaient les corrélations les plus élevées avec l'*IPD* Total et la résolution de plusieurs stades. Pour leur part, les échelles narcissique et histrionique présentent davantage de liens avec les pôles positifs que négatifs et l'inverse en ce qui a trait aux échelles borderline et paranoïaque. La réponse à la question de recherche 4 se trouve donc positive, en ce sens qu'il existe un lien significatif entre les pôles positifs et négatifs des stades de développement et les échelles de trouble de personnalité. Ce lien s'avère plus prononcé avec les pôles négatifs. De plus, les échelles sont négativement reliées aux pôles positifs et positivement aux pôles négatifs, sauf pour les échelles narcissique et histrionique, soit les mêmes exceptions qu'avec les valeurs de résolution des stades. Il importe toutefois de raffiner également ces résultats afin d'identifier plus précisément quels pôles positifs et/ou négatifs affichent les liens les

plus marqués avec chaque échelle de trouble de personnalité et peuvent les prédire de façon plus spécifique.

**Régression linéaire multiple.** Une analyse de régression linéaire multiple est utilisée pour tenter d'identifier des liens plus spécifiques entre les différents pôles positifs et négatifs et les échelles de trouble de personnalité. Dans un premier temps, une première analyse de régression met en jeu les différentes échelles de trouble de personnalité et uniquement les valeurs de l'*IPD* Total positif et l'*IPD* Total négatif, donc seulement les huit premiers stades. Cette analyse permet déjà de dégager lequel des deux pôles généraux explique davantage chaque échelle, même si cette procédure exclut dans un premier temps le stade 9. Le Tableau 13 à la page suivante fait état de ces résultats. Les liens significatifs apparaissent donc plus nombreux avec le pôle négatif qu'avec le pôle positif au plan global. Par ailleurs, les échelles de trouble de personnalité dépendante, évitante, schizotypique et schizoïde affichent des résultats significatifs avec les deux pôles, alors que les échelles narcissique et histrionique sont les seules à être reliés significativement uniquement avec le pôle positif global, les échelles obsessionnelle-compulsive, passive-agressive, borderline, antisociale et paranoïaque le sont uniquement avec le pôle négatif total.

Afin de vérifier les résultats spécifiques avec les pôles positifs et négatifs respectifs de chacun des neuf stades en lien avec les échelles de trouble de personnalité, les Tableaux 14 et 15 présentent aux pages 185 et 186 uniquement les résultats

Tableau 13

*Régression multiple des pôles positifs et négatifs globaux  
des stades de développement IPD sur les échelles de trouble de personnalité*

Échelles TP	Échelles globales de l'IPD		
	IPD positif	IPD négatif	
Dépendante	$\beta = -0,35$ $t = -6,41^{***}$	$\beta = 0,40$ $t = 7,40^{***}$	$R^2 = 0,45$ $F = 118,25$
Obsessionnelle- compulsive	$\beta = -0,02$ $t = -0,26$	$\beta = 0,54$ $t = 8,89^{***}$	$R^2 = 0,30$ $F = 63,53$
Évitante	$\beta = -0,32$ $t = -5,66^{***}$	$\beta = 0,40$ $t = 7,10^{***}$	$R^2 = 0,41$ $F = 101,03$
Passive- agressive	$\beta = -0,05$ $t = -0,74$	$\beta = 0,50$ $t = 8,09^{***}$	$R^2 = 0,28$ $F = 56,74$
Borderline	$\beta = 0,05$ $t = 0,73$	$\beta = 0,45$ $t = 6,80^{***}$	$R^2 = 0,18$ $F = 31,75$
Narcissique	$\beta = 0,52$ $t = 8,26^{***}$	$\beta = 0,004$ $t = 0,06$	$R^2 = 0,26$ $F = 52,51$
Histrionique	$\beta = 0,35$ $t = 5,20^{***}$	$\beta = -0,06$ $t = -0,96$	$R^2 = 0,15$ $F = 26,31$
Antisociale	$\beta = -0,01$ $t = -0,19$	$\beta = 0,30$ $t = 4,32^{***}$	$R^2 = 0,10$ $F = 15,30$
Paranoïaque	$\beta = 0,09$ $t = 1,06$	$\beta = 0,64$ $t = 10,94^{***}$	$R^2 = 0,35$ $F = 78,68$
Schizotypique	$\beta = -0,20$ $t = -3,49^{***}$	$\beta = 0,49$ $t = 8,61^{***}$	$R^2 = 0,39$ $F = 94,62$
Schizoïde	$\beta = -0,27$ $t = -4,13^{***}$	$\beta = 0,19$ $t = 2,85^{**}$	$R^2 = 0,17$ $F = 30,39$

\*\*  $p \leq 0,01$  \*\*\*  $p \leq 0,001$ . Tous les  $F$  ont un  $p < 0,001$  et degrés de liberté (2,293)

Tableau 14

*Synthèse des résultats (Bêta) significatifs de l'analyse de régression multiple des pôles positifs des stades de développement sur les échelles des troubles de personnalité*

T.P.	Stades de développement (pôles positifs)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
DEP		-0,23***			-0,31***				
OC	-0,21*								
ÉVI		-0,23***				-0,16**	-0,18*		
PAG					-0,31***				
BDL	-0,47***		0,18**			0,16*			
NAR		0,20**	0,15*					0,24**	
HST			0,37***	-0,17**		0,14*	0,18*		
ANT					-0,43***				
PAR					-0,19*				0,14*
STY	-0,19*			0,13*		-0,15*	-0,19*		
SZD			-0,23***		0,21*	-0,22**			

\* $p \leq 0,05$  \*\* $p \leq 0,01$ . \*\*\* $p \leq 0,001$

T.P. : échelles de trouble de personnalité

DEP(dépendante)-OC(obsessive-compulsive)-ÉVI(évitante)-PAG(passive-agressive)-

BDL(borderline)-NAR(narcissique)-HST(histrionique)-ANT(antisociale)-

PAR(paranoïaque)-SZT(schizotypique)-SZD(schizoïde)

Tableau 15

*Synthèse des résultats (Bêta) significatifs de l'analyse de régression multiple des pôles négatifs des stades de développement sur les échelles des troubles de personnalité*

T.P.	Stades de développement (pôles négatifs)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
DEP		0,12*	0,19***		0,15**			0,17*	-0,12*
OC		0,20***	0,19**		0,13*				
ÉVI			0,18**			0,24***	0,35***		-0,13*
PAG			0,19**	0,20**					
BDL	0,36***								
NAR			-0,24***				-0,39***		0,18**
HST			-0,20**	0,30***		-0,30***	-0,29**		
ANT				0,16*	0,22***				-0,19**
PAR	0,18*	0,21***				0,14**		0,27***	
STY				-0,15*		0,29***	0,27***	0,17*	
SZD				-0,24***		0,42***	0,30***		

\* $p \leq 0,05$  \*\* $p \leq 0,01$ . \*\*\* $p \leq 0,001$

T.P. : échelles de trouble de personnalité

DEP(dépendante)-OC(obsessive-compulsive)-ÉVI(évitante)-PAG(passive-agressive)-  
BDL(borderline)-NAR(narcissique)-HST(histrionique)-ANT(antisociale)-  
PAR(paranoïaque)-SZT(schizotypique)-SZD(schizoïde)

significatifs aux seuils de 0,001, 0,01 ou 0,05 des analyses de régression multiple des pôles positifs, puis des pôles négatifs sur les échelles de trouble de personnalité. Il est à noter que pour les pôles positifs, les  $R^2$  se situent entre 14 % pour les échelles antisociale et paranoïaque, avec des  $F$  respectifs de 5,30 et 5,04, et 40 % pour l'échelle dépendante, avec un  $F$  de 21,08, tandis que les pôles négatifs arborent des  $R^2$  de 17 % pour l'échelle antisociale, avec un  $F$  de 6,67 à 44 % avec un  $F$  de 24,82 pour l'échelle schizotypique. Tous les  $F$  sont significatifs à 0,001. Dû à des différences de signes relationnels entre les corrélations et les régressions pour certains résultats, l'effet de suppression peut avoir joué un rôle ici également, particulièrement en ce qui a trait aux stades 4 et 9.

À l'aide des deux Tableaux 14 et 15, il est donc ainsi possible d'identifier avec quel pôle spécifique est reliée chaque échelle de trouble de personnalité. La variabilité de chacune de celles-ci est expliquée significativement par l'un ou l'autre des deux pôles de façon spécifique, ou par les deux à la fois. Les liens significatifs sont par ailleurs pour la plupart négatifs avec les pôles positifs et à l'inverse, positifs avec les pôles négatifs, à part certaines exceptions. En effet, outre les échelles narcissique et histrionique déjà citées, d'autres échelles présentent des résultats différents de ceux anticipés. Ainsi, pour les pôles positifs, l'échelle borderline pour les stades 3 et 6, l'échelle paranoïaque au stade 9, l'échelle schizotypique aux stades 4 et 6 et le stade 5 de l'échelle schizoïde affichent des liens positifs, alors que sur le plan des pôles négatifs, le stade 9 des échelles dépendante, évitante et antisociale, ainsi que le stade 4 des échelles schizotypique et schizoïde arborent des liens négatifs. Par ailleurs, les pôles positifs et

négatifs de chacun des neuf stades présentent donc ainsi des liens significatifs avec différentes échelles de trouble de personnalité.

À la suite de ces analyses de régression, il est possible de constater qu'il existe bien une contribution significative des pôles positifs et négatifs des stades de développement à l'explication de la variance des échelles de trouble de personnalité. La question de recherche 5 se trouve donc par ce fait confirmée dans sa réponse positive. La variance de chaque échelle de trouble de personnalité qui se révélait expliquée significativement par certaines résolutions de stade de développement, se retrouve également associée de façon significative, soit avec le pôle positif ou négatif ou les deux à la fois des mêmes stades, sauf l'échelle évitante dont le lien avec la résolution du stade 4 se retrouve orphelin d'attache significative que ce soit avec le pôle positif ou négatif de ce même stade, ainsi qu'au stade 2 pour l'échelle schizotypique. Le degré de signification entre la résolution de ce stade et de cette échelle apparaît toutefois relativement faible avec un *bêta* de 0,13 et un  $p = 0,04$ . Par ailleurs, les *bêta* présentent des polarités positives ou négatives dans les liens entre la résolution des stades et les échelles de trouble de personnalité identiques à celles évaluées avec le pôle positif et inversées en ce qui a trait aux résultats pour le pôle négatif. De plus, l'analyse à l'aide des pôles séparés permet d'identifier certains résultats supplémentaires qui n'apparaissent pas en utilisant uniquement les résolutions. C'est donc dire que certains pôles positifs ou négatifs sont significativement associés avec certaines échelles de trouble de personnalité sans que leur résolution le soit.

Ainsi au niveau du pôle positif, cinq résultats significatifs ne se retrouvent pas parmi ceux identifiés entre la résolution des stades et les échelles de trouble de personnalité. Ces stades sont le stade 1 avec les échelles obsessionnelle-compulsive et schizotypique, le stade 5 pour les échelles paranoïaque et schizoïde et le stade 9 pour l'échelle paranoïaque. En ce qui a trait aux pôles négatifs, le même phénomène apparaît, mais cette fois onze liens significatifs avec les échelles de trouble de personnalité ne se reflètent pas dans les résultats reliant ceux-ci aux résolutions des mêmes stades concernés. Ces stades sont le stade 1 au niveau de l'échelle paranoïaque, le stade 3 pour les échelles dépendante, obsessionnelle-compulsive et passive-agressive, le stade 4 pour antisociale, le stade 5 pour obsessionnelle-compulsive, le stade 8 pour l'échelle dépendante et enfin le stade 9 pour les échelles dépendante, évitante, narcissique et antisociale. Le stade 9 apparaît donc davantage représenté dans un rapport significatif avec les échelles de trouble de personnalité au niveau des pôles négatifs qu'avec les pôles positifs et les résolutions.

L'observation des liens unissant les deux pôles respectifs aux différentes échelles de trouble de personnalité ajoute donc certains éléments à ceux identifiés à l'aide de la résolution des stades de développement.

Suite aux différentes analyses statistiques présentées dans cette section et mettant en lien les stades de développement et les échelles de trouble de personnalité, il est possible de conclure que les cinq questions de recherche émises se trouvent en grande

partie répondues positivement. En effet, un lien significatif apparaît entre ces deux groupes de variables et ce lien s'avère négatif, sauf en ce qui a trait aux échelles narcissique et histrionique. Des corrélations sont apparues significatives entre tous les stades de développement et toutes les échelles de trouble de personnalité, sauf pour l'échelle antisociale, au niveau des stades 2 et 9, alors que les analyses de régression ont permis d'identifier des contributions significatives de certains stades pour chacune des échelles de trouble de personnalité. Les analyses statistiques ont apporté également un éclairage sur la contribution significative des pôles positifs et négatifs de chaque stade de développement aux échelles de trouble de personnalité. Ainsi, le lien entre le développement et les troubles de personnalité étant démontré, il s'avère intéressant à présent d'explorer s'il existe des relations entre ces variables principales et d'autres paramètres mesurés et avec les variables sociodémographiques.

### **Exploration des autres variables**

Cette dernière section vise à mettre en lien les différentes variables principales déjà analysées dans les précédentes sections et d'autres variables mesurées ou consignées. Des analyses visent d'abord à explorer les liens avec certaines variables du *MMPI-2* et les deux groupes de variables principales, puis à investiguer s'il existe un apport significatif des variables sociodémographiques aux résultats reliant les stades de développement et les troubles de personnalité.

**Autres variables du *MMPI-2*.** En plus de fournir des cotes aux échelles de trouble de personnalité, le *MMPI-2* évalue plusieurs autres paramètres et caractéristiques psychologiques dont certains peuvent constituer un ajout intéressant aux résultats des analyses précédentes ou contribuer à la compréhension de ceux-ci lorsque mis en lien avec les diverses variables principales de la présente étude. Parmi toutes les mesures consignées par le *MMPI-2*, des échelles de validité, de désirabilité sociale, de niveau de dépression, d'estime de soi et d'attitude envers le traitement sont considérées ici et mises en lien avec les stades de développement et les troubles de personnalité.

***Échelles de validité.*** Plusieurs échelles mesurent la validité des réponses fournies au test *MMPI-2*. Parmi elles, celle indiquant le nombre d'items non répondus ne présente aucun lien significatif avec les trois groupes de variables étudiées. Certaines échelles de validité évaluent le degré de présentation de soi positive. Ces mesures présentent des corrélations significatives et positives avec toutes les résolutions de stades de développement et négatives avec tous les troubles de personnalité, sauf le narcissique et l'histrionique dont les corrélations s'avèrent positives. Ainsi, plus la résolution des stades de développement et les troubles de personnalité narcissique et histrionique sont élevés, plus les participants se présentent positivement, alors que plus que les autres troubles de personnalité sont élevés, moins les gens fournissent une présentation d'eux-mêmes positive.

D'autres échelles mesurent le niveau de présentation de soi négative ou d'amplification des difficultés. Ces mesures apparaissent corrélées significativement et négativement avec les stades de développement, alors que tous les troubles de personnalité présentent des corrélations significatives, mais positives, à l'exception du narcissique et de l'histrionique dont les liens sont significatifs et négatifs. C'est donc dire que plus la résolution des stades ainsi que les troubles de personnalité narcissique et histrionique sont élevés, moins les personnes se présentent négativement. À l'inverse, plus les autres troubles de personnalité sont élevés, plus les gens fournissent une perception négative d'eux-mêmes.

***Désirabilité sociale.*** L'échelle de désirabilité sociale présente des corrélations positives et significatives avec tous les stades de développement ( $r = 0,13$  à  $0,22$ ), avec un seuil de signification  $p \leq 0,001$ , sauf pour les stades 1 et 6 avec  $p \leq 0,01$  et le stade 2 avec  $p = 0,02$ . Cette échelle est également reliée positivement et significativement aux troubles de personnalité narcissique ( $0,27, p \leq 0,001$ ) et histrionique ( $0,21, p \leq 0,001$ ), alors que les troubles de personnalité dépendante ( $-0,16, p = 0,008$ ), évitante ( $0,24, p \leq 0,001$ ), schizotypique ( $-0,18, p = 0,002$ ) et schizoïde ( $-0,25, p \leq 0,001$ ) sont corrélés significativement, mais négativement. Il appert donc que plus la résolution des stades de développement et les troubles de personnalité narcissique et histrionique sont élevés, plus le niveau de désirabilité sociale l'est également, ce qui pourrait peut-être expliquer les résultats différents de ces deux échelles de trouble de personnalité aux diverses analyses statistiques de cette recherche. Par ailleurs, plus les troubles de personnalité

dépendante, évitante, schizotypique et schizoïde arborent des scores élevés, plus faible est le niveau de désirabilité sociale.

**Niveau de dépression.** Pour sa part, l'échelle du niveau de dépression est corrélée significativement et négativement à tous les stades de développement (-0,38 à -0,71), ainsi qu'aux troubles de personnalité narcissique (-0,48) et histrionique (-0,38), et positivement à tous les autres troubles de personnalité (0,22 à 0,74), et ce avec un  $p \leq 0,001$  pour tous les stades et toutes les échelles. De plus, la plupart des stades de développement et des troubles de personnalité apparaissent expliquer significativement la variabilité de l'échelle de dépression, sauf les stades 3, 5 et 9 et les troubles de personnalité obsessionnelle-compulsive, évitante, schizotypique et schizoïde. Ainsi, plus la résolution des stades de développement et les troubles de personnalité narcissique et histrionique sont élevés et plus les autres échelles de trouble de personnalité obtiennent de faibles scores, plus le niveau de dépression apparaît peu élevé. Par ailleurs, les stades 3, 5 et 9 et les troubles de personnalité obsessionnelle-compulsive, évitante, schizotypique et schizoïde ne semblent pas influencer le niveau de dépression, contrairement aux autres stades et troubles de personnalité.

**Manque d'estime de soi.** Le niveau de manque d'estime de soi apparaît relié significativement et négativement avec tous les stades de développement (-0,14 à -0,21), sauf les stades 4, 6 et 9, et ce avec  $p \leq 0,01$ , excepté les stades 2 et 8 qui présentent un  $p \leq 0,001$ . Cette même échelle est par ailleurs positivement reliée avec tous les troubles de

personnalité (0,16 à 0,31), au seuil de signification  $p \leq 0,01$  et 0,001, à l'exception du narcissique (-0,15) qui est corrélé significativement, mais négativement au manque d'estime de soi, et de l'histrionique, de l'antisocial et du schizoïde qui ne présentent aucun lien significatif avec cette échelle. Les stades 2 et 8 semblent contribuer à expliquer significativement la variabilité du niveau de faible estime de soi. Ainsi, plus la résolution de stades de développement, sauf les stades 4, 6 et 9, et le trouble de personnalité narcissique sont élevés et plus les scores des autres troubles de personnalité, à l'exception de l'histrionique, de l'antisocial et du schizoïde sont bas, plus le niveau de manque d'estime de soi est faible. Par ailleurs, les stades 2 et 8, soient la honte et le doute, et le désespoir apparaissent affecter le niveau de manque d'estime de soi.

*Indicateurs négatifs au traitement.* Une échelle du *MMPI-2* mesure des indicateurs négatifs au traitement ou une attitude négative envers le traitement, comprenant une difficulté d'expression des problèmes et une méfiance envers les aidants. Cette échelle apparaît reliée significativement et négativement avec tous les stades de développement (-0,44 à -0,65), et avec les troubles de personnalité narcissique (-0,44) et histrionique (-0,39) et positivement avec tous les autres troubles de personnalité (0,39 à 0,68), avec  $p \leq 0,001$  pour tous les stades et tous les troubles de personnalité. Par ailleurs, les analyses de régression permettent de constater que les stades de développement 1, 2 et 8, ainsi que les troubles de personnalité narcissique, antisociale, dépendante, obsessionnelle-compulsive, passive-agressive et paranoïaque contribuent significativement à expliquer la variabilité de l'échelle d'indicateurs négatifs

au traitement. De ces résultats, il apparaît que plus la résolution des stades de développement, et les scores aux échelles de troubles de personnalité narcissique et histrionique sont élevés et plus les autres troubles de personnalité sont faibles, moins il y aura présence d'éléments d'attitude négative face au traitement. De plus, la méfiance, la honte et le doute et le désespoir, en plus des troubles de personnalité narcissique, antisociale, dépendante, obsessionnelle-compulsive, passive-agressive et paranoïaque apparaissent contribuer significativement à affecter la présence d'une attitude négative face au traitement.

Les analyses de différentes échelles du *MMPI-2*, dont les échelles de validité, de désirabilité sociale, de dépression, de manque d'estime de soi et d'indicateurs négatifs au traitement, permettent un apport supplémentaire à la compréhension de certains résultats reliant les deux groupes principaux de variables de cette étude et l'estimation de leur influence sur ceux-ci. Il y a lieu de compléter les analyses de cette recherche, en évaluant également l'influence des différentes variables sociodémographiques sur les variables principales reliées entre elles.

**Variables sociodémographiques.** Il importe de vérifier si les variables sociodémographiques peuvent jouer un rôle significatif sur les stades de développement et les troubles de personnalité et dans les liens unissant ces diverses variables. Différentes variables sociodémographiques sont analysées en lien avec les variables principales. L'Appendice A rapporte les *N*, moyennes et fréquences de ces variables.

**Genre.** La présente étude comprend 76 hommes et 230 femmes. Des tests de comparaison de moyennes permettent de constater qu'au niveau des stades de développement, une différence significative entre les moyennes obtenues par les hommes et celles notées chez les femmes est relevée pour les stades 4, 5, 6, 7, et 8. Pour tous ces stades, les femmes arborent donc des moyennes plus élevées au niveau de leur résolution à ces stades. En ce qui a trait aux échelles de trouble de personnalité, une différence significative est également notée pour les échelles histrionique, dépendante, évitante, paranoïaque, schizotypique et schizoïde. Pour l'histrionique, les femmes présentent une moyenne plus élevée que celle des hommes, alors que pour les autres c'est la moyenne obtenue par les hommes qui domine celle associée aux femmes.

En comparant les corrélations entre les stades de développement et les troubles de personnalité, de façon séparée entre les hommes et les femmes, à partir du test de différence de corrélations (Guilford, 1973), il appert que seules deux différences significatives de corrélations sont relevées, soit celle reliant l'échelle narcissique au stade 3, et celle mettant en lien l'échelle dépendante et le stade 5. Ainsi, les femmes présentent une corrélation entre l'échelle narcissique et le stade 3 plus élevée que pour les hommes, alors que la corrélation entre l'échelle dépendante et le stade 5 apparaît plus élevée pour les hommes que pour les femmes.

Des analyses de régression effectuées entre le sexe des participants et les différentes variables, soit les stades de développement et les échelles de trouble de

personnalité, relèvent les mêmes résultats qu'avec les tests de différences de moyennes. Toutefois en opérant des analyses de régression, mais en régressant d'abord chacun des stades de développement sur chaque trouble de personnalité et en répétant l'opération pour les hommes et pour les femmes de façon séparée, il en ressort que les  $R^2$  varient de 31 % (histrionique) à 62 % (dépendante) pour les hommes et de 22 % (antisociale) à 49 % (évitante) pour les femmes. Tous ces  $R^2$ , autant pour les hommes que pour les femmes, s'avèrent significatifs, à l'exception de celle associée à l'échelle narcissique pour les hommes. De façon plus spécifique, pour les hommes, la variabilité de l'échelle histrionique est significativement expliquée par les stades 6 et 7, celle du borderline par le stade 1, l'antisociale par les stades 2, 5, 7 et 8, la dépendante par le stade 5, la passive-agressive par le stade 2, l'évitante par les stades 2, 6 et 7, et l'échelle schizoïde par le stade 6. En ce qui a trait aux résultats associés aux femmes, le nombre de stades de développement expliquant significativement la variabilité de chacune des échelles de trouble de personnalité apparaît davantage élevé. En effet, les stades 3, 4 et 6 expliquent significativement la variabilité de l'échelle histrionique, celle de l'échelle narcissique est expliquée par les stades 2, 3 et 7, la borderline par les stades 1, 2, 3 et 6, l'antisociale par les stades 1, 5 et 9, la dépendante par les stades 2, 4, 5 et 6, l'obsessionnelle-compulsive par le stade 2, la passive-agressive par les stades 4 et 8, l'évitante par les stades 2, 3, 6 et 7, la paranoïaque par les stades 2 et 8, la schizotypique par les stades 1, 2, 4, 6, 7 et 8, et l'échelle schizoïde par les stades 3 et 6.

Ainsi, certaines différences significatives sont notées entre les hommes et les femmes. Celles-ci semblent résoudre mieux plusieurs stades de développement et coter plus faiblement sur certaines échelles de trouble de personnalité, sauf l'histrionique, que les hommes. Par ailleurs, plus de stades de développement semblent expliquer significativement la variabilité des échelles de trouble de personnalité pour les femmes que pour les hommes. À l'instar du genre des participants, il est possible que d'autres variables sociodémographiques influencent les résultats aux stades de développement et aux échelles de trouble de personnalité.

***Statut matrimonial.*** Au niveau du statut matrimonial, une différence de moyennes significative est notée entre les divers statuts, pour les stades 2 et 5, pour les échelles histrionique, borderline, et antisociale. En identifiant la nature de ces différences, il apparaît ainsi que les participants mariés démontrent une meilleure résolution de l'identité que ceux qui sont célibataires. De plus, les gens mariés arborent des résultats moindres aux échelles histrionique et antisociale que les célibataires et les participants en union de fait. Par ailleurs, le nombre d'enfants est significativement relié aux stades 1 et 5 ainsi qu'à l'échelle borderline. Les gens ayant plusieurs enfants possèdent donc une plus grande confiance et une meilleure identité, et semblent moins borderline.

***Scolarité.*** Pour sa part, le nombre d'années de scolarité est positivement et significativement relié aux stades 1, 2, 4, 7 et 8, et négativement aux échelles de trouble de personnalité antisociale, dépendante, obsessionnelle-compulsive, passive-agressive et

paranoïaque. Les gens ayant une meilleure confiance, autonomie et capacité de travail semblent avoir tendance à étudier plus longtemps et avoir une meilleure générativité et intégrité. Par ailleurs, les participants ayant complété une maîtrise révèlent des résultats plus élevés aux stades 2 et 7 que les gens du secondaire ou du collégial. De plus, ils ont également des cotes plus élevées que les gens ayant un diplôme d'études professionnelles, au stade 2, et que les gens du secondaire pour le stade 8. Enfin, les participants ayant un baccalauréat obtiennent des moyennes moins élevées que ceux qui ont un diplôme d'études professionnelles et ceux du collégial, à l'échelle antisociale.

*Thérapeute.* Les participants qui ont un thérapeute masculin dans leur psychothérapie actuelle dénotent des résultats plus élevés dans leur résolution du stade 3 et cotent plus haut aux échelles histrionique et narcissique et plus bas à l'échelle schizoïde, que ceux dont le thérapeute est une femme. Lorsque l'analyse est reprise en tenant compte cette fois du genre des participants, aucune différence significative n'apparaît pour les hommes entre ceux qui ont un thérapeute masculin et ceux dont la thérapeute est une femme. Par contre, chez les participantes, une différence significative est relevée au niveau des stades 3, 7 et 8, ainsi que des échelles histrionique, narcissique, évitante et schizoïde. Ainsi les femmes qui ont un thérapeute masculin cotent de façon significativement plus élevée au niveau de l'initiative, de la générativité, de l'intégrité, des échelles histrionique, narcissique que celles qui ont un thérapeute féminin, mais de façon moindre aux échelles évitante et schizoïde.

Les résultats à cette section confirment qu'il existe des liens significatifs entre les variables principales, d'autres variables du *MMPI-2* et des variables sociodémographiques.

Ce chapitre renferme une multitude de résultats identifiés à l'aide de différentes analyses statistiques mettant principalement en lien les stades de développement et les échelles de trouble de personnalité. Les résultats à ces analyses font état de liens très nombreux et prononcés entre les stades de développement et les troubles de personnalité et permettent de confirmer en grande partie la véracité des questions de recherche émises. Le chapitre suivant fait état de la discussion des résultats en lien avec ces questions de recherche.

## **Discussion**

Ce dernier chapitre discute les résultats précédemment décrits sur les liens entre les stades de développement d'Erikson et les troubles de personnalité. Il se divise en trois parties, soit une première qui fait état de la discussion détaillée des résultats, suivie d'une seconde partie comprenant les forces et limitations de l'étude, et une dernière soulignant l'apport de la présente recherche et les recommandations.

### **Discussion des résultats**

La recherche de liens entre les deux groupes de variables susmentionnés, comprenant neuf stades de développement et onze troubles de personnalité, a permis l'émergence d'une multitude de résultats, contribuant à répondre aux cinq questions de recherche initialement formulées, en plus des deux champs d'éléments exploratoires. Bien qu'un des apports importants et originaux de la théorie d'Erikson soit l'introduction de l'aspect psychosocial, l'angle utilisé dans la présente discussion est davantage d'ordre psychologique, tout en tenant compte de certains éléments relationnels et sociaux. Cette première partie du chapitre discute donc des résultats testant les questions de recherche et les contenus exploratoires. Elle se divise en quatre sections à travers lesquelles les différentes questions seront considérées. La première section comporte la discussion des questions de recherche et des résultats rattachés aux liens entre la résolution des stades de développement et les troubles de personnalité. Le second segment se rattache aux pôles positifs et négatifs des stades de développement en

lien avec les troubles de personnalité. Pour sa part, la section suivante discute des résultats en lien avec le modèle d'Erikson. Enfin, la dernière section traite de certaines variables évaluées par le *MMPI-2* et d'aspects sociodémographiques.

### **Résolution des stades de développement et échelles de trouble de personnalité**

Les résultats décrits précédemment, répondant aux questions de recherche qui relient la résolution des stades de développement et les troubles de personnalité sont de deux types, soit un mode d'identification de l'existence de simples liens entre ces variables et un autre investiguant les stades prédicteurs des troubles de personnalité.

**Liens entre les deux groupes de variables.** La discussion des résultats découlant des deux premières questions de recherche, soit les liens généraux et la direction des relations entre les deux groupes de variables est présentée dans les pages qui suivent.

**Liens généraux.** Le but premier et général de la présente recherche est de vérifier s'il existe un lien entre les stades de développement d'Erikson et les troubles de personnalité. Un taux de variance partagée de 84,76 %, à partir de la corrélation canonique, confirme clairement qu'il existe un lien indéniable entre ces deux groupes de variable, vérifiant ainsi ce qui était attendu à partir de la première question de l'étude. Ces résultats confirment donc que le développement apparaît étroitement lié aux troubles de personnalité. De plus, il semble que ce lien ne soit pas uniquement au niveau des premiers stades, mais avec tous les stades de développement. Il est à noter que même si

un participant n'a pas atteint l'âge de certains stades, les liens significatifs toutefois identifiés peuvent refléter le principe épigénétique de la théorie d'Erikson, à savoir que chaque stade se retrouve dans chaque autre. Par ailleurs, les résultats aux corrélations individuelles entre les variables corroborent ces liens significatifs entre les stades de développement et les troubles de personnalité et la confirmation que la première question de recherche s'avère exacte. Le trouble de personnalité antisociale affiche toutefois des rapports plus faibles avec les stades, quoique significatifs pour la plupart. Dans leur étude, Sherry, Lyddon et Henson (2007) ne trouvent pas de lien significatif entre le trouble de personnalité antisociale et différents types d'attachement. Les auteurs émettent entre autres comme hypothèse d'explication que ce trouble peut ne pas être aussi enraciné dans le développement. Toutefois, dans la présente recherche ce trouble de personnalité s'avère significativement relié à la majorité des stades, démontrant ainsi l'existence d'un lien avec le développement, bien que plus modeste que pour d'autres troubles de personnalité. Il est possible qu'une des caractéristiques des personnalités antisociales, soit leur difficulté à respecter les règles, se soit reflétée dans leur façon de répondre aux questionnaires et dans leurs résultats.

*Direction de la relation entre les variables.* La seconde question de l'étude, à savoir si la résolution des stades de développement est reliée négativement, soit de façon inversement proportionnelle, aux troubles de personnalité s'avère également confirmée positivement pour tous, sauf pour les troubles de personnalité narcissique et histrionique. Ainsi, à l'exception de ces deux derniers troubles de personnalité, meilleure est la

résolution des stades pour une personne, plus faibles sont les chances qu'elle ait un trouble de personnalité. Par contre, les corrélations positives dans le cas des troubles de personnalité narcissique et histrionique n'étaient pas attendues et apparaissent à première vue surprenantes.

Dans leur recherche mettant en lien les troubles de personnalité et les modèles d'attachement de Bartholomew, les auteurs Sherry et al. (2007) constatent que seul le trouble de personnalité histrionique est relié positivement à l'attachement sécure. Les auteurs expliquent ce résultat de par les mécanismes de défense des gens aux prises avec ce trouble de personnalité. Selon ces chercheurs, les individus avec un trouble de personnalité histrionique désirent être charmants et avoir l'attention, ont une perception erronée de leur réalité sociale, ne peuvent percevoir l'hostilité ni leurs capacités internes, fuient leur sentiment de dépression et poursuivent un but d'affiliation. En considérant ces caractéristiques et mécanismes, les auteurs supposent que face à une mesure d'auto-évaluation de leur vie affective intérieure, les histrioniques ont pu avoir tendance à rapporter un attachement sécure.

Par ailleurs, Milne et al (2012) notent que plusieurs études ([Rüsch et al., 2007; Leary, Schreindorfer, & Haupt, 1995; Apt & Hurlbert, 1994] : cités dans Milne et al.) identifient une corrélation négative entre l'estime de soi et les troubles de personnalité du groupe B, sauf pour le trouble de personnalité narcissique, alors que Zeigler-Hill (2006 : cité dans Milne et al.) rapporte aussi un lien positif entre l'estime de soi et ce

trouble de personnalité. Kernberg et Caligor (2005) évoquent la perception de soi pathologique, grandiose, idéalisée et irréaliste du trouble de personnalité narcissique, alors que l'APA (1994 : cité dans Geiger & Crick, 2010) souligne la présence d'une image de soi surestimée (gonflée) chez les troubles de personnalité narcissique et histrionique.

La perception de soi surévaluée apparaît réelle pour les gens narcissiques et répond à un besoin d'admiration, alors que la présentation d'une image de soi trop positive pour les histrioniques est davantage au service de leur besoin d'attention et du mécanisme d'évitement. D'ailleurs, dans la présente étude, le trouble de personnalité narcissique s'avère significativement et négativement relié à l'échelle du *MMPI-2* qui évalue le manque d'estime de soi. Dans leur recherche, Ritter et al. (2011) rapportent une faible capacité d'empathie émotionnelle chez les participants avec un trouble de personnalité narcissique comparativement à un groupe contrôle, mais cette lacune n'est pas perçue par eux au moment d'un test d'auto-évaluation et ils auraient tendance au contraire à surestimer leur sensibilité émotionnelle à l'autre. Contrairement aux autres troubles de personnalité, l'amplification d'une description embellie d'eux-mêmes chez les narcissiques et histrioniques rend plausibles les corrélations positives trouvées avec les stades de développement puisqu'ils ne peuvent à leurs yeux être associés à une présentation de soi négative. D'ailleurs, dans la présente recherche, les résultats aux échelles de validité du *MMPI-2* évaluant le degré de présentation de soi positive s'avèrent positivement reliés avec uniquement ces deux troubles de personnalité et de

façon significative et ces derniers sont aussi les seuls à être négativement reliés avec les échelles de validité mesurant le degré de présentation de soi négative. De plus, l'échelle de désirabilité sociale du *MMPI-2* révèle un lien significativement positif avec uniquement ces deux mêmes troubles de personnalité, expliquant possiblement leurs résultats différents lorsque mis en lien avec les stades de développement. Ainsi, il est possible que plus les participants à la présente étude s'avèrent narcissiques ou histrioniques, plus ils ont tenu à démontrer une image hautement positive d'eux-mêmes à travers les questionnaires d'auto-évaluation utilisés, possiblement inconsciemment, ayant pour conséquence l'augmentation de la valeur de la résolution pour chaque stade de développement. Erikson et al. (1986, 1989) mentionnent d'ailleurs, tel que noté précédemment, qu'une résolution exagérément positive des stades de développement mène également à la pathologie.

La constatation et discussion des résultats concernant les liens généraux entre les stades de développement et les troubles de personnalité ne permettent pas d'indiquer la nature des relations qui unissent ces deux groupes de variables. La discussion des prochaines questions à l'étude ajoutera des éléments de nature prédictive aux liens déjà établis.

**Liens prédicteurs.** Un lien est donc clairement établi entre la résolution des stades de développement et les troubles de personnalité. La présente section discute de la nature de ce lien, à savoir comment les premiers peuvent expliquer ou prédire les

seconds, afin de répondre à la troisième question de recherche. Pour ce faire, ces liens sont discutés sous l'angle des troubles de personnalité, puis des stades de développement. Il est à noter que les expressions expliquer et prédire sont utilisés comme termes de la régression et n'engagent que les résultats du présent échantillon à l'étude.

*Troubles de personnalité.* Le Tableau 12, présenté à la page 177 au chapitre précédent, fait état des résultats significatifs des régressions des résolutions des stades de développement sur les échelles des troubles de personnalité. Il permet de constater que la troisième question de la présente étude s'avère confirmée dans une réponse positive, à savoir que la résolution des stades de développement explique la variance des échelles de trouble de personnalité et que chaque stade contribue de façon plus significative à expliquer la variance de certaines échelles de trouble de personnalité, et de prédire celles-ci. En effet, au moins un stade de développement explique significativement la variance de chaque échelle de trouble de personnalité. Ainsi, pour chaque échelle de trouble de personnalité au moins un stade de développement est identifié comme étant son prédicteur. Ces résultats confirment ce dont plusieurs auteurs cités dans le premier chapitre faisaient état, soit d'un lien entre les troubles de personnalité et le développement comme facteur impliqué dans leur étiologie. De plus, les résultats confirment également les propos d'Erikson (1950/1963, 1966) qui avance que si les stades de développement ne sont pas bien résolus, il peut y avoir présence ultérieure de psychopathologie. Par ailleurs, les liens explicatifs significatifs s'avèrent pour la plupart

négatifs, sauf certaines exceptions discutées plus avant et qui confirment ainsi ici en partie la réponse positive à la deuxième question à l'étude. La discussion des résultats pour chacun des troubles de personnalité est considérée à l'intérieur de leur groupe respectif.

*GROUPE A.* Les trois échelles de trouble de personnalité du Groupe A, soit paranoïaque, schizotypique et schizoïde, sont parmi celles qui arborent le plus de liens significatifs avec les stades de développement au niveau des analyses de régression. Plusieurs stades peuvent donc expliquer ou prédire ces troubles de personnalité et ceux-ci ont donc des liens étroits avec le développement. Pour les trois échelles, le stade 6 (intimité-isolation) s'avère leur être relié significativement et négativement. Ce résultat peut refléter les difficultés relationnelles prononcées que présentent ces troubles de personnalité. Par ailleurs, il apparaît étonnant que le stade 1 (confiance-méfiance) ne soit pas un prédicteur significatif pour ces trois échelles. Étant donné qu'il s'agit du groupe de troubles de personnalité le plus près d'une structure psychotique, il serait plausible de s'attendre à une origine plus primitive dans le développement. Toutefois, à la lumière des résultats obtenus, il est possible de penser que contrairement à ce qui est attendu, soit à un lien significatif avec le premier stade de développement, que la spécificité des troubles de personnalité du groupe A soit plutôt que les difficultés de résolution de leurs stades soient diffusées à travers le développement de façon plus généralisée que les autres groupes, rendant la structure de personnalité plus problématique, particulièrement dans les fonctions de contact relationnel. Il y aura lieu de vérifier si des liens significatifs

apparaissent toutefois avec les pôles respectifs avant de conclure et de donner un sens qui pourrait être erroné à première vue. Chacune de ces trois échelles de trouble de personnalité renferme également ses propres sources prédictives ou explicatives.

*Échelle de trouble de personnalité paranoïaque.* L'échelle de trouble de personnalité paranoïaque est expliquée par la résolution des stades 2, 6 et 8, par des liens négatifs. C'est donc dire que plus la résolution s'avère faible entre autonomie-honte et doute, intimité-isolation, et intégrité-désespoir, plus il y a possibilité de présence de trouble de personnalité paranoïaque. Rinsley (1988) relie le trouble de personnalité paranoïaque entre autres avec le stade anal de Freud, qui correspond au stade 2 (autonomie-honte et doute) d'Erikson. Le stade 2 représente un enjeu d'autonomie et de recherche de contrôle qui s'allie à une certaine forme d'agressivité pour l'atteinte de l'autonomie. L'excès de contrôle, les sentiments de honte, de doute et d'agressivité intolérables à l'interne peuvent être projetés à l'extérieur et déclencher peur et méfiance. Le processus d'autonomie peut aussi déclencher de la peur, d'autant plus si l'atteinte de la confiance de base du stade 1 s'avère relativement fragile. Ce processus peut expliquer la source prédictive du trouble de personnalité paranoïaque retrouvé avec le stade 2. Par ailleurs, la grande méfiance due à la projection qui rend difficile l'aspect relationnel pour les gens avec un trouble de personnalité paranoïaque peut expliquer le lien significatif avec le stade 6 (intimité-isolation). L'atteinte plus difficile de ce stade d'intimité contribue à expliquer ce trouble de personnalité. Enfin, le stade 8 (intégrité-désespoir) nécessite, pour être bien résolu, un sentiment de responsabilité face à sa vie et

l'intégration de celle-ci. En ce qui a trait au trouble de personnalité paranoïaque, l'intégration des stades précédents peut s'avérer difficile.

*Échelle de trouble de personnalité schizotypique.* La résolution des stades 2, 4, 6, 7 et 8 prédit significativement le trouble de personnalité schizotypique, avec des liens négatifs, sauf pour le stade 4. Ainsi, moins bien sont résolus les conflits autonomie-honte et doute, intimité-isolation, générativité-stagnation et intégrité-désespoir, et plus la résolution travail-infériorité est élevée, plus il y a un lien avec le trouble de personnalité schizotypique. Le stade de l'autonomie-honte et doute représente une étape de différenciation entre soi et le monde, la réalité extérieure à soi. Il se peut que dans le cas du trouble de personnalité schizotypique, que cette réalité apparaisse intolérable ou trop menaçante, entravant une résolution saine de ce stade et qu'il peut s'ensuivre un mouvement de retrait et de transformation de cette réalité. Le stade 4 affiche pour sa part un lien positif avec ce trouble de personnalité. Delisle (1993) souligne la rumination et l'imprégnation de l'expérience interne confuse pour le trouble de personnalité schizotypique. Ce résultat au stade 4 indique possiblement entre autres le surinvestissement de la pensée. Il peut y avoir développement d'une persévérance dans le travail au niveau de la pensée et une relation davantage investie avec lui-même, dans un contexte scolaire ou social qui peut avoir contribué à ce mode d'investissement dans la tâche ou la pensée. Si les expériences sociales et scolaires chez le jeune enfant s'avèrent difficiles ou insoutenables, il peut y avoir aussi une implication intense dans le travail concret ou réflexif, au détriment du niveau relationnel. Celui-ci s'avérant

difficile, l'atteinte ardue de l'intimité du stade 6 apparaît donc également plausible comme expliquant la variabilité de ce trouble de personnalité. Pour les mêmes raisons, la générativité semble plus difficilement atteignable pour le schizotypique, puisqu'elle nécessite pareillement une implication relationnelle et un souci de transmettre à l'autre. Enfin, le niveau d'intégrité mal résolu peut contribuer à prédire la présence du trouble de personnalité schizotypique. L'intégrité semble effectivement difficile à atteindre lorsque les aspects relationnels et la réalité ont été davantage occultés au cours du développement.

*Échelle de trouble de personnalité schizoïde.* Le trouble de personnalité schizoïde se retrouve prédit par les stades 3, 4, 6 et 7, et par des liens négatifs à l'exception du stade 4. Fairbairn (1974 : cité dans Vuailat, 2003) situe la personnalité schizoïde au niveau d'une fixation au stade oral, se situant à la même période que le stade 1, confiance-méfiance, bien qu'ultérieurement Fairbairn (1998 : cité dans Vuailat) relie ce type de personnalité à un développement beaucoup plus tardif. Fairbairn parle toutefois de personnalité schizoïde et non de trouble de personnalité. Pour ce trouble de personnalité, Mahler et al. (1975 : cités dans Martens, 2010) évoquent une incapacité à résoudre le conflit d'attachement à travers le développement et surtout lors de la phase de séparation/individuation qui se situe dans la première année de vie, soit dans le premier stade d'Erikson. L'absence de lien de prédiction significatif pour le trouble de personnalité schizoïde et le stade 1 pourrait indiquer que le *MMPI-2* ne cerne pas suffisamment bien ce trouble de personnalité ou encore que le stade 1 tel que décrit par

Erikson ne correspond pas au concept du stade oral, ou que l'*IPD* utilisé pour mesurer les stades évalue d'autres éléments que ceux reliés au stade oral ou même au stade confiance-méfiance, du moins dans le cas du présent trouble de personnalité. En fait, selon Fairbairn (1998 : cité dans Vuaillet), si l'enfant ne peut se sentir aimé par l'objet primaire ou que celui-ci s'avère trop possessif, il se retire en lui-même, transforme ses sentiments en idées, dans lesquelles il investit une grande confiance, au point de percevoir son monde intérieur supérieur à l'univers extérieur. Ce qui forme la base de la personnalité schizoïde. Ainsi, une forme de confiance de base peut être établie dans une résolution de conflit du stade 1 à travers une sorte d'équilibre entre la confiance en ses propres idées et la méfiance du monde extérieur. Comme il est possible qu'il puisse y avoir même une confiance de base en autrui suffisamment bonne pour le stade 1, soit assez résolue, pour atteindre le stade suivant et même pour que l'étape de l'autonomie-honte et doute soit relativement bien résolue également. Toutefois, le stade 3 (initiative-culpabilité) est le premier à prédire significativement ce trouble de personnalité. Il est possible que le retrait interne dont parle Fairbairn puisse se produire au moment où l'enfant arrive au stade où il commence à prendre des initiatives et à aller vers l'inconnu. C'est aussi le stade de la génitalité infantile et du complexe d'Édipe. Les obstacles rencontrés à cette étape dans son monde externe ou la présence d'une peur trop grande face à l'inconnu peuvent conduire l'enfant à éviter toute initiative et même à se retirer des contacts extérieurs, ainsi qu'à se dissocier de ses sentiments internes. Par contre, ce surinvestissement de la pensée au détriment des sentiments peut expliquer le lien positif avec le stade 4 (travail-infériorité), qui prédit également ce trouble de personnalité. De

par la difficulté relationnelle et donc d'intimité et la propension à l'isolement, il était prévisible que le trouble de personnalité schizoïde soit prédit de façon très significative par le stade 6 (intimité-isolation). Enfin, pour les mêmes raisons et pour un manque d'intérêt pour le monde externe, la générativité apparaît également peu probable et les résultats confirment que la résolution du stade 7 explique significativement ce trouble de personnalité.

*GROUPE B.* Le groupe B renferme les échelles de trouble de personnalité borderline, narcissique, histrionique et antisociale. C'est dans ce groupe que se retrouve le plus grand nombre de liens prédictifs significatifs qui soient positifs avec les stades. Les troubles de personnalité narcissique et histrionique contribuent à ce constat, tel que souligné auparavant, mais au niveau des régressions, des liens significatifs positifs se retrouvent également pour d'autres échelles de trouble de personnalité lorsque mis en relation avec les stades de développement. Chaque échelle de ce groupe renferme donc ses propres liens prédictifs avec certains stades.

*Échelle de trouble de personnalité borderline.* Trois stades de développement prédisent de façon significative le trouble de personnalité borderline, soit les stades 1, 3 et 6. Le premier affiche un lien négatif, alors que les deux autres prédisent ce trouble de personnalité de façon positive. Ainsi, moins bien est résolu le stade de confiance-méfiance, alors que mieux le sont ceux de l'initiative-culpabilité et l'intimité-isolation, plus il est possible qu'il y ait présence d'un trouble de personnalité borderline. Le

résultat reliant le stade 1 à ce trouble de personnalité apparaît très élevé et très significatif. Ce résultat rejoint ce que plusieurs auteurs avancent. En effet, dans leur recherche, Perry et Despland (2011) découvrent chez le trouble de personnalité borderline une plus grande proportion de désirs et de craintes associés au stade 1 d'Erikson, confiance-méfiance, alors que Rinsley (1988) relie ce trouble de personnalité au stade oral de Fairbairn. Par ailleurs, certains auteurs citent la non-réussite de la phase séparation-individuation de Mahler, où l'enfant conscientise qu'il est un être unique, séparé de sa mère, qui se situe entre le 6<sup>e</sup> et environ le 36<sup>e</sup> mois, couvrant la grande majorité du stade 1 et également le stade 2 d'Erikson, comme étant à la base de ce trouble de personnalité (Kernberg, 1975 : cité dans Sherry & Whilde, 2008; Rinsley). Pour Mélanie Klein, ce processus se produit entre le 4<sup>e</sup> et le 24<sup>e</sup> mois dans la position dépressive (Delisle, 2004), soit la période du stade 1 d'Erikson. Dès la naissance, l'enfant apprend à cliver le bon et le mauvais pour contrer un affect qui lui apparaît intolérable et pour maintenir intacts le bon Soi et le bon objet (Kernberg, 1975 : cité dans Sherry & Whilde; Klein, 1991). Toutefois, l'échec de l'étape suivante pour l'enfant, soit celle de la séparation-individuation, est associé au développement du trouble de personnalité borderline. En fait, il ne réussit pas à intégrer le bon et le mauvais du Soi et de l'autre en un concept de Soi et de l'autre intégré, signifiant et stable, et il continue donc à cliver pour se protéger (Kernberg, 1975 : cité dans Sherry & Whilde). Cette lacune l'empêche entre autres d'être en mesure de faire face aux défis de l'extérieur et de gérer adéquatement ses impulsions (Kernberg, 1975 : cité dans Sherry & Whilde; Kernberg, 2006). C'est cette absence d'unification du concept de Soi et du

concept d'autrui qui amène la fluctuation constante chez le trouble de personnalité borderline entre une image de soi et de l'autre bonne, puis mauvaise (Marcia, 2006). Kohut (1984 : cité dans Schore, 2008) cite également une absence de formation d'un Soi nucléaire dans les premiers stades de développement chez les états limites. Ainsi, la difficulté à traverser l'étape de séparation-individuation et la tendance à maintenir le clivage peut expliquer le désir fusionnel, de protection, de gratification chez le trouble de personnalité borderline en alternance avec le mouvement de repousser ou l'envie de détruire, caractéristique chez le premier stade du bébé (Klein). De plus, le concept de Soi et de l'autre étant peu défini, il apparaît difficile de développer une confiance réelle en l'autre et la position de clivage engendrera possiblement une alternance entre confiance et méfiance. Dans leur étude, Ritter et al. (2011) notent un déficit significatif au niveau de l'empathie cognitive et émotionnelle chez ce trouble de personnalité. Il apparaît sans doute difficile de développer la capacité d'empathie si l'unification du Soi et la distinction avec l'autre ne sont pas clairement établies à la base. Par ailleurs, Crick et al. (2007) relie ce trouble de personnalité à l'échec de l'enfant à développer une relation intime adéquate, un attachement sécure, tâche qu'il associe aux stades confiance-méfiance et autonomie-honte et doute d'Erikson. De ce fait, Crick et al. soulignent que cet insuccès conduit la personne à rechercher des relations trop intimes. Ce qui pourrait expliquer le résultat significatif positif en lien avec le stade 6 (intimité-isolation). Cette forme d'intimité élevée s'avère toutefois être plus de l'ordre d'une recherche fusionnelle que d'une réelle intimité adéquate entre deux personnes distinctes. Quant au stade 3 qui explique également significativement et positivement le trouble de personnalité

borderline, il est possible de relier l'initiative à la difficulté de gérer les impulsions qui se met en place suite à l'échec d'unification du concept de Soi. Enfin, il est intéressant de noter que le stade 5 (identité-diffusion d'identité) n'apparaît pas prédire significativement ce trouble de personnalité. En fait, selon Marcia, le trouble de l'identité associé au trouble de personnalité borderline ne rejoint pas le même concept que celui de l'identité diffuse de l'adolescence. Le trouble d'identité chez le borderline trouve sa source dans un stade beaucoup plus régressé tel que discuté auparavant.

*Échelle de trouble de personnalité narcissique.* Le trouble de personnalité narcissique apparaît prédit significativement par les stades 2, 3 et 7. À l'instar de ce qui a déjà été discuté quant à la particularité de ce trouble de personnalité, les trois stades expliquent celui-ci de façon positive. Donc, plus la résolution de l'autonomie-honte et doute, initiative-culpabilité et générativité-stagnation s'avère positive, plus il y a un lien prédicteur avec le trouble de personnalité narcissique. Schore (2008) relie ce trouble de personnalité à la non-résolution de la période de rapprochement de Mahler, qui se situe entre le 15<sup>e</sup> et le 30<sup>e</sup> mois, correspondant à une partie du stade 2 d'Erikson. Steiner (2006 : cité dans McWilliams, 2011) associe ce trouble à la honte et à l'envie, soit entre autres le pôle négatif du stade 2. Par ailleurs, contrairement au trouble de personnalité borderline, le trouble de personnalité narcissique démontre un Soi qui paraît intégré, mais il l'est de façon pathologique, irréaliste et grandiose, et ne réussit pas à intégrer le concept de l'autre signifiant (Kernberg, 2006; Kernberg & Caligor, 2005). Une structure du Soi intégré, quoique pathologique, place donc la base de ce trouble de personnalité à

un stade de développement un peu moins lointain que le précédent, mais le concept de l'autre ne s'avère toujours pas intégré. Or, cette étape d'intégration du concept de l'autre en un tout signifiant est sûrement essentielle pour le développement de la capacité d'empathie, qui apparaît défaillante chez le narcissique. Certains auteurs (Hoffman, 2000 : cité dans Knafo, Zahn-Waxler, Van Hulle, Robinson, & Rhee, 2008; Knafo et al., 2008; [Knafo et al.; Zahn-Waxler et al., 1992] : cités dans Geangu, 2009) situent le développement de l'empathie davantage orientée vers l'autre, à la deuxième et troisième année, alors que Decety (2004 : cité dans Chapelle, 2004) situe la manifestation de l'empathie vers l'âge de 3-4 ans. Ainsi, le développement de l'empathie axée vers l'autre, manquant chez le trouble de personnalité narcissique se situe au niveau des stades d'autonomie-honte et doute, et d'initiative-culpabilité. Le stade d'autonomie-honte et doute est l'étape où l'enfant expérimente un sentiment de toute-puissance (Bergeret, 1986) à travers sa découverte du monde et dans le contrôle de retenu ou de laisser-aller. Il recherche la liberté et teste les limites. Il va rencontrer la réaction de son entourage qui sert à le contenir et à le rassurer. Si l'entourage ne peut bien moduler l'affect de l'enfant, il y aura une blessure narcissique engendrant de la honte qui apparaît intolérable et qu'il va chercher à fuir (Schorre, 1994, 2003 : cité dans Levy et al., 2007), possiblement en intensifiant une perception positive de lui-même comme étant très autonome. De plus, avec un regard sur soi grandiose, une préoccupation limitée pour l'autre, et des sentiments de honte et de culpabilité mis en échec, il peut y avoir place pour un surinvestissement d'autonomie et d'initiative. Ces liens prédictifs qui s'avèrent positifs avec ce trouble de personnalité peuvent toutefois refléter davantage la perception

que cette personne a d'elle-même, plutôt que la réalité, ou effectivement une grande implication de sa part à démontrer autonomie et initiative. Par ailleurs, compte tenu de la centration davantage axée vers soi, il apparaît étonnant que la générativité-stagnation présente explique positivement ce trouble de personnalité. À première vue, il semble peu probable qu'il puisse y avoir présence d'une motivation à transmettre aux générations futures dans l'intérêt de celles-ci. Par contre, la personne ayant un trouble de personnalité narcissique est probablement préoccupée à réaliser des productions visant à lui assurer une certaine immortalité et dans ce sens le lien positif avec le stade 7 apparaît très cohérent.

*Échelle de trouble de personnalité histrionique.* Pour sa part, l'échelle de trouble de personnalité histrionique est expliquée significativement par les stades 3, 4, 6 et 7. Comme discuté précédemment, ce trouble de personnalité affiche des liens positifs pour chacun de ces stades également, sauf pour le stade 4, avec lequel le lien s'avère négatif. En conséquence, plus sont élevés la résolution des conflits initiative-culpabilité, intimité-isolation et générativité-stagnation et plus est basse celle de la lutte travail-infériorité, plus il peut y avoir présence du trouble de personnalité histrionique. Selon McWilliams (2011), Freud (1925, 1932 : cité dans McWilliams) voyait ce trouble de personnalité comme trouvant sa source dans une fixation au stade oral et au stade oedipien qui correspondent respectivement à peu près au stade 1 et 3 d'Erikson. Dans la théorie de Freud, la personnalité hystérique, l'ancêtre de l'histrionique, est surtout associée à un rejet ou à une grande stimulation séductrice au stade phallique-oedipe,

entre 3 et 6 ans (Krohn & Krohn, 1982; McWilliams). Kernberg (2006) note un manque d'intégration du concept de Soi et de l'autre, mais à un degré beaucoup moindre que chez le trouble de personnalité borderline, alors que McWilliams souligne que le trouble de personnalité histrionique se montre vulnérable à la culpabilité et à la honte. Toutefois, dans la présente recherche, le stade 3 (initiative-culpabilité) s'avère positivement relié avec ce trouble de personnalité. Delisle (1993) souligne l'investissement de l'action, l'aspect très mobilisé chez ce trouble de personnalité. Le stade 3 est celui de la génitalité infantile, de l'imitation, de l'imaginaire et de l'expérimentation, vécus à travers le duel initiative-culpabilité. La personne avec le trouble de personnalité histrionique peut avoir surinvesti ce stade et conservé les mécanismes de séduction, d'initiative, d'intensité et même modifié la perception d'une intimité relationnelle afin de répondre à des besoins d'attention, de valorisation et pour contrer un sentiment de culpabilité. Le lien significatif positif avec le stade 6 (intimité-isolation) reflète d'ailleurs ces mécanismes. Il est probable qu'il y ait une grande recherche de relations intimes à ce stade, mais que celles-ci soient perçues plus intimes qu'elles ne le sont en réalité. Le stade 7 (généralité-stagnation) comme un des prédicteurs significatifs et positifs de ce trouble de personnalité peut possiblement indiquer le grand besoin d'attention vécu à travers la réalisation de projets ou de transmission aux futures générations, davantage qu'un réel intérêt pour celles-ci. Enfin, le lien significatif, mais cette fois négatif avec le stade 4 (travail-infériorité) détonne avec les autres liens trouvés avec ce trouble de personnalité, qui s'avéraient tous positifs. Ce résultat peut trahir un fond de sentiment d'infériorité, de faible estime de soi, derrière une perception positive de soi-même. Il se peut également

que le trouble de personnalité histrionique cherche à répondre au besoin d'attention sans l'effort de travail, ou sans le développement de compétences pour y arriver, afin d'éviter d'être confronté au risque de sentiment d'infériorité qui pourrait s'ensuivre.

*Échelle de trouble de personnalité antisociale.* Le trouble de personnalité antisociale s'avère prédit significativement par la résolution de deux seuls stades, soit les stades 5 et 9. Le premier avec un lien négatif et le second avec un lien positif. Donc, moins le conflit identité-diffusion de l'identité est bien résolu et plus la résolution de la géotranscendance est élevée, plus il y a de risque de présence de trouble de personnalité antisociale. Il apparaît par ailleurs étonnant que ce trouble de personnalité ne présente aucun lien significatif avec la résolution des stades plus précoces dont les stades 2 (autonomie-honte et doute) et 3 (initiative-culpabilité) étant donné leur absence du Surmoi, ainsi que de sentiment de culpabilité et d'empathie, tel que mentionné par différents auteurs (Geiger & Crick, 2010; Hare & Neumann, 2006 : cités dans Milne et al., 2012; Kernberg & Caligor, 2005; Malancharuvil, 2012). Kernberg (2006) note également que le trouble de personnalité antisociale possède la diffusion d'identité la plus sévère. Il est possible que le format d'une mesure d'auto-évaluation pour les stades de développement puisse avoir permis ici des résultats qui ne reflètent pas la réalité de ce trouble de personnalité, mais il peut être également plausible que le trouble de personnalité antisociale, du moins tel que mesuré par le *MMPI-2*, trouve une source ou soit prédit par l'adolescence, soit entre autres par l'influence de l'adhésion à un groupe de pairs et une difficulté à développer sa propre identité. Ce qui peut le conduire à la

diffusion d'identité associée à l'adolescence. Yount (2009) note également qu'un stade 5 non résolu peut entraîner un rejet de l'autorité chez l'adulte. De plus, l'association positive avec le stade de la gérotranscendance peut paraître étonnante. Toutefois, la nature même du trouble de personnalité antisociale peut en fait ressembler à première vue à l'essence de celui qui atteint la gérotranscendance. La différence c'est que le second ne développe pas cet état par anarchisme ou par non-respect d'éthique et de moral, ou d'absence d'empathie pour l'autre, comme dans le cas du trouble de personnalité antisociale, mais plutôt par l'aboutissement d'une vie terrestre transcendée où les aléas des règles ou de la vie sociale ne sont plus au centre de ses préoccupations. Ainsi, il semble que les mesures d'évaluation utilisées pour cette étude ne peuvent permettre de départager la nuance entre ces deux états.

*GROUPE C.* Le dernier groupe comporte les échelles de trouble de personnalité dépendante, obsessionnelle-compulsive, évitante et passive-agressive. Outre pour le trouble de personnalité évitante, le groupe C est celui pour lequel il y a le moins de stades de développement significativement prédicteurs. Ce qui signifie peut-être que les échelles de trouble de personnalité de ce groupe, à l'exception de l'évitante, sont prédites de façon plus spécifique et moins diffuse à l'intérieur du développement. Par ailleurs, ce groupe est davantage relié à la résolution du stade 2 (autonomie - honte et doute), reflétant l'enjeu entre autres de contrôle et d'autonomie dans ce groupe. De plus, presque tous les liens significatifs s'avèrent négatifs.

*Échelle de trouble de personnalité dépendante.* Seule la résolution des stades 2 et 5 prédit significativement l'échelle de trouble de personnalité dépendante, et ce dans un lien négatif. Ainsi, moins est élevée la résolution du conflit autonomie-honte et doute, et identité-diffusion de l'identité, plus la présence d'un trouble de personnalité dépendante peut être possible. Selon la théorie et tradition psychanalytique, ce trouble de personnalité est associé à une fixation au stade oral (Freud, 1905 : cité dans Bornstein, 1996; Loas, 2013). Or, dans les recherches empiriques, il n'y aurait pas de lien entre le stade d'oralité et la dépendance ultérieure (Bornstein; Bornstein et al., 2007). Par ailleurs, pour Eskedal et Demetri (2006), ce trouble de personnalité est relié au fait que les parents ont surprotégé l'enfant et découragé ses élans d'autonomie, lui prouvant ainsi qu'il n'a pas les capacités pour s'occuper de lui-même et être autonome. Les parents contrôlent alors l'enfant qui apprend à se sentir dépendant (Yount, 2009). Ainsi, le trouble de personnalité dépendante semble davantage relié à la lutte interne et externe pour l'autonomie. De plus, il peut y avoir risque entre autres de dépendance lorsque le stade 5 (identité-diffusion de l'identité) n'est pas bien résolu (Yount). Il se peut que la personne échoue à développer sa propre identité à l'adolescence et qu'elle ait plutôt tendance à se mouler à celle d'autrui ou à celle attendue par l'extérieur.

*Échelle de trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive.* Cette échelle est prédite significativement uniquement par la résolution du stade 2 (autonomie-honte et doute) et de façon négative. Le fait que ce trouble de personnalité possède un seul lien significatif avec la résolution des stades de développement peut signifier l'importance

déterminante de ce stade pour cette échelle. Donc, plus la résolution du stade 2 est faible, plus il peut y avoir présence d'un trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive. Bien que des auteurs (Pollak, 1979; [Pollak; Emmelkamp, 1982] : cités dans De Reus & Emmelkamp, 2012) soulignent que des études n'ont pas permis de confirmer le lien freudien entre le stade anal correspondant au stade 2 d'Erikson et ce trouble de personnalité, et que certains ([Carr, 1974; Finney, 1963] : cités dans Pollak; McWilliams, 2011) précisent que la rigidité et le contrôle excessif des parents ont un impact sur le développement de ce trouble de façon plus générale qu'uniquement au stade de l'entraînement à la propreté, d'autres abondent dans le sens des résultats obtenus dans la présente étude. Certains (De Reus & Emmelkamp; McWilliams; Pollak) soulignent d'abord ce lien issu de la pensée freudienne entre l'entraînement à la propreté, la lutte pour le contrôle entre le désir d'autonomie de l'enfant et la trop grande sévérité du parent d'une part, et le développement de personnalité obsessionnelle-compulsive d'autre part. Par ailleurs, Erikson (1963 : cité dans Marcia, 2006) souligne lui-même le lien entre le stade anal, le stade autonomie-honte et doute mal résolu et la personnalité obsessionnelle-compulsive. De plus, Greene (2008) indique également qu'une résolution négative du stade 2 peut engendrer le sentiment d'avoir une faible capacité de contrôle dans l'environnement et entraîner le développement de compulsions ou de rituels.

*Échelle de trouble de personnalité évitante.* Cette échelle de trouble de personnalité évitante affiche des résultats significatifs avec la résolution de cinq stades prédictifs, soit les stades 2, 3, 4, 6 et 7, selon des liens négatifs sauf pour le stade 4.

Ainsi, ce trouble de personnalité se retrouve expliqué par plusieurs résolutions de stades de développement, contrairement à ses trois autres acolytes du groupe C. Ses rapports significatifs multiples avec le développement ressemblent davantage aux liens nombreux identifiés dans le groupe A. Ceci pourrait peut-être appuyer certains auteurs (Blackburn, Donnelly, Logan, & Renwick, 2004 : cités dans Mittal, Kalus, Bernstein, Siever, 2007; Mittal et al.; [Livesley & West, 1986; Livesley, West, & Tanney, 1985, 1986; Reich & Noyes, 1986; Scott, 1989] : cités dans Thompson-Pope & Turkat, 1993) qui avancent qu'il existe un lien étroit entre le trouble de personnalité évitante et le groupe A, particulièrement le trouble de personnalité schizoïde. Toutefois, plusieurs autres auteurs ([Akhtar, 1986; Million, 1986; Trull, Widiger, & Frances, 1987] : cités dans Thompson-Pope & Turkat) affirment que les troubles de personnalité évitante et schizoïde démontrent suffisamment de différences pour être dans deux groupes distincts. Ainsi, selon les résultats obtenus dans la présente étude, plus la résolution de l'autonomie-honte et doute, initiative-culpabilité, intimité-isolation, et générativité-stagnation est faible et plus celle de travail-infériorité est élevée, plus il y a risque de présence de trouble de personnalité évitante. L'élan d'autonomie au stade 2 peut avoir été freiné et avoir suscité un sentiment de rejet ou d'humiliation douloureuse, entraînant l'évitement de l'action et du contact. La mobilisation de l'énergie est alors davantage centrée sur la vigilance face à un danger potentiel et sur l'évitement de celui-ci et de la souffrance qu'il pourrait entraîner (Delisle, 1993), d'où un lien négatif avec le stade 3 (initiative-culpabilité). Par ailleurs, Hamachek (1990 : cité dans Yount, 2009) souligne que lorsque le stade 4 (travail-infériorité) n'est pas bien résolu, la personne peut devenir un adulte

obéissant, timide, doutant de ses habiletés et davantage observateur que créateur. Cette description peut correspondre à l'échelle du trouble de personnalité évitante. Or, celle-ci s'avère toutefois prédite positivement avec le stade 4 dans la présente étude. Il se peut donc que la personne ait plus tendance en fait à investir dans le travail, à bien faire celui-ci, à être conforme pour éviter le jugement ou le rejet. Par contre, le lien négatif avec le stade 6 (intimité-isolation) laisse supposer possiblement l'anxiété engendrée par les relations interpersonnelles et intimes, avec entre autres la peur du rejet. Cette anxiété se reflète sans doute également au niveau du stade 7 (générativité-isolation) à travers le lien négatif obtenu. Le désir relationnel, de réalisation et de transmission devient alors contrecarré par la peur du jugement et du rejet.

*Échelle de trouble de personnalité passive-agressive.* La résolution des stades 4 et 5 prédit significativement et négativement l'échelle de trouble de personnalité passive-agressive. Ainsi, moins élevée est la résolution travail-infériorité et identité-diffusion de l'identité, plus il y a de possibilités d'une présence ultérieure d'un trouble de la personnalité passive-agressive. Bonds-White (1984) relate toutefois ce trouble de personnalité à une passivité du stade anal et Robin et al. (2007) note que l'enfant réagit ainsi à la restriction du parent de l'autonomie désirée par l'enfant à l'âge de deux ans, car celui-ci ne veut pas prendre le risque de perdre l'affection du parent en s'affirmant directement et il devient également persuadé qu'il est incapable de faire face au monde. Il serait effectivement plausible de s'attendre à un lien avec le stade 2 étant donné la dynamique d'opposition et de recherche d'autonomie face à l'autorité que sont entre

autres les enjeux de ce stade. D'ailleurs, Millon (1981 : cité dans [Fusco & Freeman, 2007; Robin et al.]) souligne que les passifs-agressifs n'ont pas résolu les stades 1, 2 et 3 d'Erikson, créant une opposition entre soi et l'autre. Pourtant, dans la présente étude, l'échelle de trouble de personnalité passive-agressive se situe plus tardivement dans le développement. Il est possible que la source de ce trouble de personnalité apparaisse au stade 4 (travail-infériorité) au moment où les tâches exigées par le monde scolaire et social sont perçues insurmontables et que des échecs répétés ou des non-gratifications engendrent des sentiments d'infériorité et d'agressivité qui ne peuvent être exprimés ouvertement. De plus, Yount (2009) note que l'adolescent qui ne réussit pas à bien résoudre le stade 5 (identité-diffusion de l'identité) peut conduire à un adulte qui aura tendance à rejeter l'autorité. Contrairement à la personne antisociale, celle avec un trouble de personnalité passive-agressive désire l'affection et l'acceptation de l'autre et ne peut donc se permettre de repousser agressivement autrui de façon directe. De plus, son identité n'étant pas bien définie, il peut ne pas se sentir bien outillé pour affronter le monde qu'il peut par ailleurs percevoir menaçant, à risque de rejet.

Plusieurs liens prédictifs apparaissent donc significatifs pour les troubles de personnalité. Il est intéressant à présent d'observer également ces liens sous l'angle des stades de développement, de vérifier quelles sont les échelles de trouble de personnalité associées à chaque stade.

*Stades de développement.* À la lumière de la discussion précédente des liens prédicteurs associés à chaque échelle de trouble de personnalité, il apparaît que chaque stade de développement prédit significativement au moins une échelle de trouble de personnalité. Certains en prédisent plus que d'autres. Ainsi, les stades 2 (autonomie-honte et doute) et 6 (intimité-isolation) sont ceux qui prédisent le plus les échelles de trouble de personnalité, alors que les stades 1 (confiance-méfiance) et 9 (géotranscendance) n'affichent respectivement qu'un seul lien significatif. Chaque stade renferme donc certains liens positifs ou négatifs avec les échelles de trouble de personnalité.

*Stade 1 (confiance-méfiance).* La résolution du premier stade prédit significativement et négativement une seule échelle de trouble de personnalité, soit le *borderline*. Il aurait été possible de s'attendre à davantage de lien, entre autres avec les composantes du Groupe A. Toutefois, selon Perry et Despland (2011), le trouble de personnalité *borderline* est relié à un plus haut niveau d'adversité, de difficultés environnementales que les autres troubles de personnalité et il est donc plausible, selon eux, de s'attendre à un lien développemental plus précoce que tous les autres, au niveau de leurs peurs et de leurs désirs. De par son concept de soi et de l'autre peu défini, le trouble de personnalité *borderline* peut effectivement avoir une source développementale plus archaïque que les autres troubles de personnalité.

*Stade 2 (autonomie-honte et doute).* La résolution du stade 2 est reliée significativement à six échelles de trouble de personnalité, soit schizotypique, paranoïaque, narcissique, évitante, obsessionnelle-compulsive et dépendante. Ce qui regroupe la majorité des troubles de personnalité du Groupe A et du Groupe C avec des liens négatifs et un seul du Groupe B, soit le narcissique avec un lien positif. Le stade 2 est un des deux stades développementaux qui prédit le plus d'échelles de trouble de personnalité. Il semble effectivement être un stade crucial dans le développement. C'est l'enjeu de la séparation entre soi et l'autre et la délimitation du degré d'autonomie. Les enjeux de ce stade semblent déterminants pour la suite du développement. Il représente peut-être aussi un point tournant entre développer un trouble de personnalité d'ordre plus névrotique ou psychotique, selon le degré de non-résolution de ce stade, alors que pour le narcissique, il ne semble pas réussir à intégrer le concept de l'autre à ce stade.

*Stade 3 (initiative-culpabilité).* La résolution de ce stade regroupe des liens significatifs et positifs avec la majorité des échelles de trouble de personnalité du Groupe B (borderline, narcissique, et histrionique), en plus de liens négatifs avec le schizoïde et l'évitant. Selon Berzoff (2011), si l'enfant apprend à se sentir trop coupable au stade 3, il inhibera l'initiative à ce stade et aux suivants. Le manque d'initiative est en effet apparent chez le trouble de personnalité schizoïde et évitante. Il reste toutefois à savoir s'il s'agit d'un surplus de culpabilité. Par ailleurs, les échelles de trouble de personnalité du Groupe B, soit celles considérées dramatiques, sont reliées positivement à ce stade et sont également associées à des caractéristiques d'initiative répondant entre

autres à leur besoin d'attention et se reflétant possiblement dans leurs comportements davantage extravertis.

*Stade 4 (travail (industrie)-infériorité).* La résolution du stade 4 renferme des liens significatifs et positifs avec les échelles de trouble de personnalité schizotypique, schizoïde et évitante et négatifs avec les échelles passive-agressive et histrionique. Le développement du travail et des compétences apparaît donc associé aux personnalités où le retrait domine. L'investissement serait ainsi peut-être plus grand au niveau du travail qu'au plan relationnel anxigène. À l'opposé, les personnalités histrioniques portent davantage leur attention sur le plan relationnel plutôt qu'au travail. Pour des raisons d'affirmation indirecte et possiblement de faible croyance en ses capacités, le passif-agressif évite l'investissement du travail et de ses compétences.

*Stade 5 (identité-confusion des rôles).* La résolution du stade de l'identité-diffusion de l'identité de l'adolescence prédit quant à lui significativement et négativement les échelles de trouble de la personnalité antisociale, dépendante et passive-agressive. Ces trois échelles démontrent donc une difficulté à développer adéquatement une identité propre, qui semble se traduire par une forme de dépendance directe ou indirecte par le contraire ou par le refus de celle-ci et par la passivité.

*Stade 6 (intimité-isolation).* La résolution de ce stade est ex aequo avec celle du stade 2 pour le plus grand nombre d'échelles de trouble de personnalité prédites

significativement. L'enjeu intimité-isolation prédit en effet six échelles de trouble de personnalité, soit toutes celles du Groupe A, deux du Groupe B, soit le borderline et l'histrionique, et l'échelle de trouble de personnalité évitante. Ces liens sont négatifs, sauf pour les échelles du Groupe B. Ainsi, ces résultats démontrent les difficultés relationnelles du Groupe A et du trouble de personnalité évitante, et la recherche d'une trop grande intimité chez l'échelle borderline et histrionique.

*Stade 7 (généralité-stagnation).* La résolution du stade 7 prédit significativement la majorité des échelles du Groupe A, soit le schizotypique et le schizoïde, l'échelle narcissique et histrionique du Groupe B, ainsi que le trouble de personnalité évitante. Les prédictions s'avèrent négatives, sauf pour les échelles du Groupe B. Tout comme pour le stade 6, les liens négatifs entre la généralité-stagnation et les échelles du Groupe A et du trouble de personnalité évitante révèlent leurs difficultés relationnelles. Les premières par le peu d'intérêt pour les relations et pour leur prolongement à travers des réalisations, et le second par peur du jugement ou du rejet. Enfin, les liens positifs de ce stade avec les troubles de personnalité narcissique et histrionique reflètent les éléments caractéristiques de ces deux troubles de personnalité discutés auparavant, dont leur besoin d'attention, de reconnaissance, d'admiration et de prolongement.

*Stade 8 (intégrité-désespoir).* La résolution du conflit intégrité-désespoir prédit significativement et négativement deux échelles du Groupe A, soit le paranoïaque et le schizotypique. Il est possible que les perceptions erronées de la réalité de ces deux

troubles de personnalité soient associées à une difficulté d'intégration et que le désespoir augmente leur transformation de la réalité.

*Stade 9 (géotranscendance-non géotranscendance)*. La résolution du stade de la géotranscendance prédit significativement et positivement uniquement l'échelle de trouble de personnalité antisociale. Il est possible que la rareté de prédiction des échelles de trouble de personnalité par la résolution de ce stade soit due à la cohérence interne plus modeste du test, ou encore qu'elle corresponde à l'âge tardif auquel il est associé, comme l'avait prédit l'un des auteurs du test évaluant le stade 9 (Lowis, 2007)<sup>1</sup>, que ce questionnaire ne puisse être concluant qu'avec une population de plus de 80-90 ans. Toutefois, dans la théorie d'Erikson, chaque stade se retrouve dans tous les autres. De plus, l'échelle de trouble de personnalité antisociale apparaît tout de même significativement prédite par ce stade. Les hypothèses émises pour expliquer ce lien ont été discutées auparavant dans la section reliée à ce trouble de personnalité.

La discussion des résultats reliant la résolution des stades de développement et les échelles de trouble de personnalité confirme qu'un réel lien existe entre ces deux groupes de variable et confirme la véracité des réponses positives aux trois premières questions de cette recherche. Ces liens ne permettent toutefois pas de savoir s'ils sont dus à un surplus du pôle positif ou à une carence du pôle négatif, si le lien s'avère

---

<sup>1</sup> Communications personnelles.

positif, et s'il s'agit d'un pôle positif appauvri ou d'un surinvestissement du pôle négatif, lorsque le lien apparaît négatif. De plus, il est possible que les pôles de certains stades puissent prédire certaines échelles de trouble de personnalité, sans que le lien prédicteur apparaisse significatif avec la résolution des stades concernés. La prochaine section permettra d'apporter ces éléments supplémentaires qui impliquent un sens différent selon que ce soit l'un ou l'autre des deux pôles qui s'avèrent en surplus ou déficient.

### **Pôles des stades de développement et échelle de trouble de personnalité**

Les liens entre la résolution des stades de développement et les échelles de trouble de personnalité étant établis, il importe de vérifier si ces liens traduisent un surplus ou un déficit du pôle positif ou du pôle négatif. Erikson (1950/1963, 1972) précise qu'un équilibre entre le pôle positif et le pôle négatif pour chaque stade, avec une légère dominance du pôle positif, est nécessaire pour atteindre une santé optimale. La présence d'un trouble de personnalité laisse donc présager un déséquilibre plus marqué dans le ratio entre les deux pôles ou un rapport différent. Ainsi, la présente section discute du rôle de chacun de ces deux pôles, positif et négatif, dans la résolution de chaque stade et dans leurs liens avec les échelles de trouble de personnalité, afin de répondre aux quatrième et cinquième questions à l'étude. La discussion de celle-ci est établie à partir de liens généraux corrélationnels et de liens prédicteurs.

**Liens généraux.** La corrélation canonique reliant respectivement les pôles positifs, puis les pôles négatifs des stades de développement avec les échelles de trouble

de personnalité révèle un taux de variance expliquée de 76,62 % et 80,63 %. Il existe donc bel et bien un lien significatif entre chaque groupe de pôles positifs et négatifs et les échelles de trouble de personnalité, avec une légère prédominance pour les pôles négatifs. Ainsi, les deux types de pôles contribuent fortement aux liens qui existent entre les stades de développement et les troubles de personnalité, confirmant ainsi une réponse positive à la quatrième question de recherche. Par ailleurs, chaque échelle de trouble de personnalité apparaît corrélée significativement avec l'un ou l'autre des deux pôles de chacun des stades ou les deux à la fois, à l'exception de l'échelle antisociale et du stade 9, tout comme discuté auparavant dans la section traitant de la résolution. De plus, ces liens significatifs apparaissent tous négatifs avec les pôles positifs et positifs avec les pôles négatifs, tel qu'attendu, sauf bien sûr pour les échelles de personnalité narcissique et histrionique pour lesquels la direction est dans le sens opposé. La particularité de ces deux échelles de trouble de personnalité a été discutée antérieurement. Ces liens établis confirment donc que le développement des pôles positifs est négativement relié aux troubles de personnalité, et que celui des pôles négatifs leur est positivement associé, tel que stipulé dans la quatrième question de recherche, à l'exception pour le cas des échelles de trouble de personnalité narcissique et histrionique.

L'échelle de trouble de personnalité borderline est celle qui dénote le nombre le plus restreint de corrélations significatives avec les pôles positifs, et cette échelle, tout comme celle du paranoïaque arbore plus de liens significatifs avec les pôles négatifs que positifs. Ces résultats peuvent démontrer que les pôles positifs jouent moins un rôle

prépondérant dans ces troubles de personnalité. Pour sa part, l'échelle de trouble de personnalité histrionique est celle qui arbore le moins de liens significatifs avec les pôles négatifs, et cette échelle ainsi que celle du trouble de personnalité narcissique présentent davantage de liens significatifs avec les pôles positifs que négatifs, confirmant ainsi possiblement leur besoin, de se présenter sous un jour plus positif. Par ailleurs, les échelles de trouble de personnalité dépendante, évitante et schizotypique semblent autant reliées significativement aux pôles positifs que négatifs.

Ainsi, les différentes échelles de trouble de personnalité ne semblent pas influencées de la même façon par les pôles positifs et les pôles négatifs de chaque stade de développement. Il importe à présent de discuter plus précisément de quelle façon cette influence se joue dans le développement, à savoir quel pôle de quel stade peut prédire significativement chacune des échelles de trouble de personnalité.

**Liens prédicteurs.** Le présent segment vise à discuter quel pôle et de quel stade peuvent prédire ou expliquer significativement chacune des échelles de trouble de personnalité, afin de vérifier la réponse à la cinquième question à l'étude. Ces liens prédicteurs sont à nouveau considérés selon la perspective des échelles de trouble de personnalité, puis des stades de développement.

**Troubles de personnalité.** Le Tableau 13 déjà présenté à la page 184 fait état d'une régression multiple du total des pôles positifs et de celui des pôles négatifs de

l'*IPD*, donc en excluant le stade 9 dans un premier temps, sur les échelles de trouble de personnalité. Ce tableau permet déjà de constater que l'un ou l'autre des deux pôles globaux explique significativement chacune des échelles de trouble de personnalité. Le pôle négatif global explique significativement et positivement toutes les échelles de trouble de personnalité, sauf les échelles narcissique et histrionique qui ne présentent pas de liens significatifs, alors que le pôle positif global affiche des liens significatifs avec seulement six des échelles de trouble de personnalité, soit dépendante, évitante, narcissique, histrionique, schizotypique et schizoïde. Ces derniers liens s'avèrent négatifs, à l'exception toujours des échelles narcissique et histrionique. C'est donc dire que les pôles négatifs semblent prédire davantage les échelles de trouble de personnalité que l'ensemble des pôles positifs. C'est particulièrement le cas pour les échelles de trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive, passive-agressive, borderline, antisociale et paranoïaque pour lesquelles apparaît un lien significatif uniquement avec le pôle global négatif. Par contre, les échelles de trouble de personnalité narcissique et histrionique ne démontrent un lien significatif et positif qu'avec le pôle positif global. Ce qui tend à appuyer davantage la particularité de ces deux échelles tel que discuté auparavant et possiblement une présentation exagérément positive d'eux-mêmes, ou un surinvestissement des pôles positifs. Par ailleurs, les échelles de trouble de personnalité dépendante, évitante, schizotypique et schizoïde affichent des liens significatifs avec les deux pôles globaux, supposant ainsi qu'elles peuvent être prédites à la fois par un sous-développement des pôles positifs et un surinvestissement des pôles négatifs.

Par ailleurs, les Tableaux 14 et 15 présentés aux pages 185-186 arborent les résultats des régressions effectuées respectivement des pôles positifs et des pôles négatifs de chaque stade de développement sur les échelles de trouble de personnalité. Ces tableaux permettent de constater que tout comme pour les résolutions, chacune des échelles de trouble de personnalité est prédite significativement par le pôle positif ou négatif d'au moins un stade. Tous les stades identifiés à partir des résolutions comme prédicteurs de telle ou telle échelle de trouble de personnalité apparaissent à nouveau représentés significativement par l'un ou l'autre des deux pôles en association avec les mêmes échelles, sauf le stade 4 pour l'échelle évitante, et le stade 2 pour le schizotypique, qui n'affichent aucun lien significatif, contrairement aux résultats avec les résolutions. Il est donc probable que l'excès ou le déficit de chacun des pôles de ces deux stades ne soit pas suffisamment marqué pour qu'apparaisse un lien significatif avec les deux échelles de personnalité concernées, mais que le ratio entre les deux soit suffisamment grand pour que la résolution devienne un prédicteur significatif. Par ailleurs, plusieurs liens significatifs supplémentaires qui n'étaient pas apparus en utilisant les résolutions se révèlent lorsque ce sont les deux pôles séparés qui sont considérés en relation avec les échelles de trouble de personnalité, et particulièrement au niveau des pôles négatifs. Ainsi, l'un des deux pôles ou les deux d'un stade peuvent prédire une échelle de trouble de personnalité, sans que leur résolution puisse le faire. C'est donc dire que certains ratios entre les deux pôles n'étaient pas suffisamment concluants pour qu'un lien significatif soit établi, parce qu'ils sont soit tous les deux déficients ou en excès, mais que considérés séparément, ils permettent de faire émerger

des stades prédicteurs, qui seraient passés inaperçus si seules les résolutions étaient prises en compte. La cinquième question de recherche se trouve donc amplement vérifiée dans sa réponse positive en ce qui a trait à l'existence de liens prédicteurs significatifs entre les pôles positifs et négatifs des stades et les échelles de trouble de personnalité. De ce fait, les résultats pour chaque échelle de trouble de personnalité sont donc discutés, à partir de leur groupe respectif, en considérant leurs liens avec les deux pôles de chaque stade de développement.

*GROUPE A.* C'est dans ce groupe qu'émergent presque tous les ajouts de liens significatifs supplémentaires dans le rapport entre les pôles positifs et les échelles de trouble de personnalité, qui ne se manifestent pas lorsque seules les résolutions sont considérées. Parmi les ajouts apparaissent des liens avec les pôles du stade 1, rejoignant ainsi les résultats attendus de par le caractère que l'on suppose plus archaïque de ces troubles de personnalité. En fait, les échelles paranoïaque, schizotypique et schizoïde présentent plusieurs liens significatifs différents avec l'un ou l'autre des deux pôles, ou les deux, de certains stades.

*Échelle de trouble de personnalité paranoïaque.* La prédiction de cette échelle par la résolution des stades 2, 6 et 8 est due à des liens significatifs et positifs du pôle négatif de ces stades avec l'échelle. Par ailleurs, s'ajoute un lien significatif positif avec le pôle négatif du stade 1 et du pôle positif du stade 9, ainsi qu'un lien négatif avec le pôle négatif du stade 5. Ainsi ces stades peuvent prédire l'échelle de trouble de personnalité

paranoïaque de par un développement marqué de honte et doute, d'isolation, de désespoir, de méfiance et de gérotranscendance, et d'un déficit au niveau de l'identité. Rinsley (1988) relie les difficultés développementales de la fin du stade oral et du stade anal au trouble de personnalité paranoïaque. Pour sa part, Tomkins (1963 : cité dans McWilliams, 2011) souligne l'intensité de la peur et de la honte chez ce trouble de personnalité, qui sont niées et projetées pour éviter de les ressentir. Good et Brophy (1990 : cité dans Yount, 2009) notent le développement de la peur et de la méfiance lorsqu'il y a résolution négative du stade 1, qui conduit à des sentiments d'insécurité et de paranoïa chez l'adulte. Compte tenu de ces sentiments, il apparaît plausible que l'isolation et le désespoir soient également présents et que l'identité soit difficile à développer à l'adolescence, puisqu'à cette étape l'identité se développe surtout dans les relations avec les autres. Par ailleurs, l'association entre une forte gérotranscendance et ce trouble de personnalité peut refléter la similitude entre les deux en ce qui a trait à l'isolation ou d'autres caractéristiques, mais qui n'ont toutefois pas les mêmes raisons d'être sous-jacentes.

*Échelle de trouble de personnalité schizotypique.* Pour le trouble de personnalité schizotypique, un excès de travail, d'isolation, de stagnation et de désespoir, ainsi qu'un déficit de capacité d'intimité, de générativité et d'infériorité précisent les prédictions obtenues au niveau des résolutions. De plus, s'ajoute une carence dans le développement de la confiance. Cette carence au niveau du premier stade peut possiblement être reliée au fait que l'enfant choisit par la suite comme mécanismes de protection de modifier la

réalité et de s'isoler. Les difficultés ultérieures au plan de l'intimité et de la générativité, et la présence de désespoir peuvent donc être également reliées à ce déficit et à ces mécanismes affectant les capacités relationnelles. Par ailleurs, le surinvestissement du pôle travail et le déficit de sentiment d'infériorité, traduisent possiblement également le mécanisme d'isolation. En fait, le développement d'un sentiment d'infériorité nécessite entre autres d'être en relation pour susciter la comparaison négative, alors que dans le cas du trouble de personnalité schizotypique, la personne est davantage en relation avec l'univers créé en elle-même qu'avec autrui.

*Échelle de trouble de personnalité schizoïde.* Les stades prédictors déjà identifiés à partir des résolutions dans le cas du trouble de personnalité schizoïde se révèlent être reliés à un déficit d'initiative, d'intimité, et de sentiment d'infériorité, ainsi qu'à un surplus de développement d'isolation et de stagnation. De plus, s'ajoute un excès de développement d'identité. Ainsi, même au niveau des pôles, ce trouble de personnalité n'est pas prédit par le premier stade, contrairement à ce qui pourrait être attendu. Un degré de confiance-méfiance semble donc suffisamment développé. Par contre, le manque d'initiative et d'intimité, jumelé à l'isolation, est sans doute caractérisé par le peu d'intérêt pour les relations et pour le monde extérieur chez ce trouble de personnalité. La faiblesse du développement d'un sentiment d'infériorité peut s'expliquer de la même façon que pour le trouble de personnalité précédent. Dans son étude, Johnson (1993) découvre également une corrélation négative entre ce trouble de personnalité et le pôle infériorité, bien que le résultat apparaisse non significatif. Par

ailleurs, Gage et Berliner (1984 : cités dans Yount, 2009) soulignent que la stagnation du stade 7 mène à de l'apathie chez l'adulte. Ce qui peut dépendre également le schizoïde. Enfin, l'identité élevée comme prédicteur de ce trouble de personnalité apparaît étonnante. Il est possible de supposer que le schizoïde étant peu affecté par sa préoccupation de la perception des autres à son égard et le peu d'intérêt à se définir à partir d'un groupe ou de ses pairs à l'adolescence, peut l'amener à surinvestir sa propre identité individuelle à partir de son monde interne.

*GROUPE B.* Ce groupe qui renferme les échelles de trouble de personnalité borderline, narcissique, histrionique et antisociale, n'affiche aucun lien prédicteur significatif supplémentaire au niveau des pôles positifs avec des stades, autres que ceux déjà identifiés par rapport aux résolutions et peu en ce qui a trait aux pôles négatifs. Dans ce groupe, il apparaît un surinvestissement des pôles positifs et un déficit des pôles négatifs. Le pôle positif du stade 3 semble particulièrement important pour ce groupe, indiquant la présence d'un surplus d'initiative dans le développement. Ce surplus d'initiative peut refléter le caractère dramatique et émotif plus spécifique à ce groupe.

*Échelle de trouble de personnalité borderline.* Cette échelle est prédite par un surplus d'initiative, d'intimité et de méfiance, et un déficit de confiance, précisant ainsi les résultats obtenus au niveau des résolutions. De ce fait, le manque au niveau de la confiance et le surinvestissement de la méfiance confirme le lien prédicteur avec le stade 1 et donc les racines profondes sur le plan du développement pour ce trouble de

personnalité, telles que décrites auparavant dans l'association avec les résolutions. De plus, l'absence de base stable dans le développement apparaît reliée également à l'impulsivité, possiblement à travers un plus grand investissement au niveau de l'initiative et à une recherche excessive d'une trop grande intimité pour répondre à des besoins affectifs, de sécurité et presque de survie à travers une proximité fusionnelle où l'autre existe peu comme entité séparée, tel que non résolu au niveau du premier stade.

*Échelle de trouble de personnalité narcissique.* Les prédictions de cette échelle de trouble de personnalité identifiées à partir des résolutions s'expliquent par un excès d'autonomie, d'initiative et de générativité, et un déficit du sentiment de culpabilité et de stagnation. De plus, un lien prédictif significatif et positif s'ajoute entre le pôle négatif du stade 9 et cette échelle, traduisant que l'excès du pôle négatif de la géotranscendance s'avère prédire le trouble de personnalité narcissique. Ainsi, outre le fait que ces résultats peuvent indiquer une présentation de soi délibérément ou inconsciemment positive chez ce trouble de personnalité, il appert que le surinvestissement d'autonomie, d'initiative et de générativité rejoint les éléments de discussion déjà cités auparavant. Le besoin d'admiration et l'image de soi grandiose sont en effet possiblement source de protection contre la honte pour ce trouble (Milne et al., 2012). Le manque de souci pour les besoins d'autrui tel que noté par Geiger et Crick (2010) contribue sans doute également à l'excès d'autonomie et d'initiative. Par ailleurs, le manque au niveau de l'habileté au sentiment de culpabilité chez ce trouble de personnalité est noté par Geiger et Crick et constaté dans l'étude de Gramzow et Tangney (1992 : cités dans Milne et al.)

et dans celle de Milne et al.. Or, ce déficit de sentiment de culpabilité reflète le manque d'empathie présent chez le narcissique. Selon Milne et al., la culpabilité est en effet reliée à l'empathie. La conscience des sentiments de l'autre est nécessaire pour ressentir une forme de remords ou de culpabilité. Dans leur étude, Ritter et al. (2011) découvrent que contrairement au trouble de personnalité borderline, le narcissique arbore un déficit au niveau de l'empathie émotionnelle, mais non de l'empathie cognitive, bien que l'intérêt pour cette dernière apparaisse faible, et que dans sa perception la première se trouve surestimée. Par ailleurs, le sentiment de culpabilité est également relié au développement du Surmoi (Székács-Schönberger, 1987) qui s'avère défectueux chez le trouble de personnalité narcissique (Schore, 2008). Freud (1923 : cité dans Tyson & Tyson, 1985) et Tyson et Tyson relient le Surmoi au stade de l'Œdipe, qui correspond à peu près à la période du stade 3, initiative-culpabilité. De plus, Wilson et Prabucki (1983) identifient dans leur recherche un lien significatif entre des caractéristiques du trouble de personnalité narcissique et le pôle négatif du stade 3 entre autres. Par ailleurs, le pôle de stagnation déficient traduit peut-être l'hypothèse déjà avancée à savoir que le narcissique est mobilisé au stade 7, à réaliser des projets qui lui donneront l'espoir d'être immortel ou d'être admiré, ce qui le rend peu sujet à la stagnation. Possiblement pour les mêmes raisons apparaît un surplus du pôle négatif de la géotranscendance, c'est-à-dire un non-détachement du monde social et matériel.

*Échelle de trouble de personnalité histrionique.* Les quatre stades identifiés comme prédicteurs de ce trouble de personnalité, à partir de leur résolution, sont précisés

à la fois par le pôle positif et le pôle négatif de chacun d'eux. Ainsi, un surplus d'initiative, d'intimité, de générativité, et de sentiment d'infériorité, en plus d'un déficit de travail, de culpabilité, d'isolation et de stagnation prédisent l'échelle de trouble de personnalité histrionique. Les hypothèses de discussion avancées auparavant concernant les résultats prédicteurs de ce trouble de personnalité au niveau de la résolution des stades peuvent s'avérer justifiées également avec les présents liens avec les pôles. Ainsi, l'investissement de l'initiative, de l'intimité et de la générativité au service entre autres du besoin d'attention, se révèle d'autant plausible que l'isolation et la stagnation sont évitées et que le sens de la culpabilité, et donc du Surmoi et possiblement de l'empathie, et d'un intérêt pour les besoins et sentiments d'autrui sont défailants. Erikson, et ses collègues (Erikson, 1950/1963, 1966, 1972; Erikson, J. M., 1988; Erikson et al., 1986/1989; Erikson & Erikson, 1998) supposaient d'ailleurs qu'un trouble hystérique peut émerger d'un excès pathologique au niveau du stade 3. Le déficit du travail peut refléter une préoccupation plus grande pour répondre au besoin d'attention, plutôt que le développement de compétences, ou servir effectivement à masquer ou à éviter de rencontrer son fort sentiment d'infériorité. En même temps, le fait de ne pas développer ses compétences maintient son sentiment d'infériorité qu'il cherche entre autres à combattre par la séduction et sa recherche d'attention.

*Échelle de trouble de personnalité antisociale.* Le déficit d'identité et du pôle négatif de la géotranscendance, ainsi qu'un excès de diffusion de l'identité précisent les résultats prédicteurs obtenus pour ce trouble de personnalité quant à la résolution de

stades. À ce constat s'ajoute un surplus de sentiment d'infériorité. L'absence de Surmoi, caractéristique du trouble de personnalité antisociale ne se reflète pas plus au niveau des pôles des stades qu'à celui de leur résolution. Il y a en effet inexistence de lien prédictif significatif avec le pôle négatif du stade 3, soit la culpabilité. Ce qui semble caractériser et prédire ce trouble de personnalité est une difficulté au niveau du développement de l'identité, entraînant possiblement une diffusion de l'identité. La présence d'un surplus de sentiment d'infériorité précédant le développement de l'identité à l'adolescence peut contribuer à tendre vers différentes influences identitaires à cette période de vie, rendant susceptible à la diffusion de l'identité. La prédiction de ce trouble de personnalité par le déficit du pôle négatif de la géotranscendance peut peut-être traduire le caractère rebelle et indépendant de ce trouble de personnalité.

*GROUPE C.* C'est dans ce groupe, comprenant les échelles de trouble de personnalité dépendante, obsessionnelle-compulsive, évitante et passive-agressive, qu'il y a le plus d'ajouts de liens prédictifs significatifs d'excès avec les pôles négatifs. Les liens significatifs ressortent donc davantage lorsque les pôles sont considérés, plutôt que seulement la résolution des stades. Par ailleurs, les pôles négatifs démontrent le double de liens significatifs avec les échelles de trouble de personnalité de ce groupe que le nombre de liens avec les pôles positifs. Les pôles négatifs prédisent donc davantage que les pôles positifs, particulièrement le pôle négatif du stade 3, soit le sentiment de culpabilité, reflétant possiblement le lien avec le caractère anxieux déterminant ce groupe. L'investissement d'un surplus de culpabilité dans le développement semble

donc jouer un rôle important dans ce groupe. De plus, tous les liens prédictifs avec les pôles positifs s'avèrent être des déficits et la grande majorité de ceux avec les pôles négatifs, des excès. Chaque échelle se relie toutefois à différents stades.

*Échelle de trouble de personnalité dépendante.* Cette échelle confirme ici ses liens prédictifs découverts à partir de la résolution des stades, de par un déficit d'autonomie et d'identité, ainsi qu'un excès de honte et de doute et de diffusion d'identité. À ces liens s'ajoutent un surplus de culpabilité, de désespoir et un déficit du pôle négatif de la géotranscendance. La déficience au niveau du développement de l'autonomie, doublé de honte et de doute, engendre une incapacité à croire en ses propres pouvoirs pour affronter la vie et le monde, et amène l'enfant à se sentir tout à fait dépendant de ses parents (Eggen & Kauchak, 2004 : cités dans Yount, 2009) et une fois adulte, à être dirigé par autrui et à être influençable (Hamachek, 1990 : cité dans Yount), ce qui caractérise cette échelle de trouble de personnalité. Le manque d'identité et la diffusion de l'identité, jumelés aux éléments précédents de manque d'autonomie, contribuent à la dépendance à autrui chez ce trouble de personnalité, contrairement à l'antisociale qui ne présente pas de déficit significatif au niveau de l'autonomie. Le manque d'autonomie, ainsi que la honte et le doute déjà établis au stade 2 du développement, peut expliquer l'excès de culpabilité pour chaque initiative. Par ailleurs, le désespoir et le peu d'investissement du pôle négatif de la géotranscendance peuvent possiblement effectivement prédire ce trouble de personnalité, de par la difficulté de celui-ci à composer seul avec la vie et à passer à l'action.

*Échelle de trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive.* Le surplus de honte et de doute précise le résultat obtenu du stade 2 comme prédicteur de l'échelle du trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive. Toutefois, d'autres liens significatifs pour prédire ce trouble de personnalité s'ajoutent lorsque les pôles sont considérés. Ainsi apparaissent un déficit de confiance et un excès de culpabilité et de diffusion d'identité comme prédisant cette échelle. Rinsley (1988) fait un lien, entre autres, entre ce trouble de personnalité et des problèmes dans le développement à la fin du stade oral et au stade anal. Selon Eskedal et Demetri (2006), la personne avec ce trouble de personnalité a développé de la honte et un sentiment de culpabilité parce qu'il n'a pas réussi à être parfait et à répondre aux attentes des parents. Erikson et al. (1986/1989), dans leur modèle de tendances mal adaptées et malignes, relie l'excès de honte et de doute à la compulsion. En fait, il est possible que le manque de confiance et le surplus de honte et de doute, en plus de la culpabilité, mais sans déficit d'autonomie, fassent émerger un sentiment d'insécurité et un besoin de contrôle et de perfection, à travers des obsessions et des compulsions, pour pallier à ces émotions intolérables. Un surplus de diffusion d'identité prédit l'échelle de trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive, possiblement dû à une difficulté à développer son identité propre lorsque le contrôle est déjà trop établi.

*Échelle de trouble de personnalité évitante.* L'autonomie, l'intimité et la générativité déficientes, en plus d'un surplus de culpabilité, d'isolation et de stagnation précisent les résultats de prédiction obtenus avec la résolution des stades pour l'échelle

de trouble de personnalité évitante. S'y ajoute un déficit du pôle négatif de la gérotranscendance. Erikson et al. (1986/1989) associent l'excès de culpabilité à l'inhibition. En fait, le manque d'autonomie et le sentiment de culpabilité peuvent possiblement entraîner une forme d'inhibition qui se traduit dans l'isolation, la stagnation, la carence du pôle inverse à la gérotranscendance, et les difficultés d'intimité et de générativité, mais sans déficit significatif au niveau de l'identité, ce retrait peut se vivre à travers une souffrance importante reliée à un désir d'être intégrée à la vie active et sociale.

*Échelle de trouble de personnalité passive-agressive.* Les prédictions identifiées au niveau de la résolution des stades en lien avec l'échelle de trouble de personnalité passive-agressive se précisent par le déficit d'identité et le surplus de sentiment d'infériorité. S'ajoute à ces résultats un excès de culpabilité. Ainsi, les sentiments de culpabilité et d'infériorité entravent possiblement le développement de l'identité à l'adolescence. Peut-être que le déficit d'identité empêche de gérer adéquatement les sentiments de culpabilité et d'infériorité et entrave l'appropriation de ceux-ci, amenant la projection externe de l'agressivité. Cette agressivité est exprimée de façon indirecte en la provoquant chez l'autre afin de répondre à un besoin d'unification, tel que le souligne Delisle (1993) et de maintenir en veilleuse le sentiment de culpabilité.

Ainsi, les pôles positifs et négatifs précisent les prédictions relevées à partir de la résolution des stades et bonifient également ces liens avec des éléments significatifs

supplémentaires. Erikson et al. (1986/1989) supposent que le surinvestissement d'éléments syntones, soit des pôles positifs, et la déficience des pôles négatifs, les éléments dystones, sont susceptibles d'engendrer un trouble névrotique. Or, les résultats de la présente étude reflètent l'inverse en ce qui a trait aux échelles de trouble de personnalité qui sont plus associées à un trouble névrotique, soit celles du Groupe C. Dans ce groupe, il y a plutôt un déficit des pôles positifs et pour la plupart, un surinvestissement des pôles négatifs. Il serait d'ailleurs plutôt étonnant que les échelles de trouble de personnalité de ce groupe puissent se définir par un surplus, par exemple, d'autonomie ou d'identité, ou par un déficit de honte et doute, de culpabilité ou de sentiment d'infériorité, puisque ce serait plutôt à l'opposé des caractéristiques d'un trouble de personnalité névrotique.

Par ailleurs, Erikson et al. (1986/1989) évaluent que dans le cas des troubles plus psychotiques, leur source est davantage un excès des éléments dystones, des pôles négatifs, qui peut entraîner la perte des composantes syntones. Le Groupe A renferme les troubles de personnalité correspondant davantage à des troubles à tendance psychotique. La majorité des résultats de ce groupe rejoint ces liens avancés par Erikson et ses collègues, en accusant des déficits des pôles positifs et un surdéveloppement des pôles négatifs, tout comme pour le Groupe C. Dans le cas du Groupe B, celui arborant les troubles de personnalité plus dramatiques et états-limites, il apparaît un surdéveloppement des pôles positifs pour la plupart des liens significatifs et un mélange de surplus et de déficits des pôles négatifs. Ainsi, la quatrième question de recherche

reçoit une réponse positive, sauf en ce qui a trait aux directions des liens significatifs pour le Groupe B qui s'avèrent relativement inversés à celles attendues. Les liens prédicteurs identifiés entre les pôles des stades de développement et les échelles de trouble de personnalité peuvent aussi être discutés sous l'angle des stades.

*Stades de développement.* Les pôles positifs et négatifs de chacun des stades de développement peuvent prédire significativement au moins une échelle de trouble de personnalité, à l'exception du pôle positif du stade 8, soit l'intégrité, qui ne peut prédire de façon significative aucune des échelles. Les liens avec les échelles de trouble de personnalité apparaissent différents selon le pôle et le stade.

*Stade 1 (confiance-méfiance).* La considération des liens significatifs avec les pôles permet entre autres de mettre à jour des liens entre le stade 1 et certaines échelles de trouble de personnalité du Groupe A, considérées à tendance psychotique. Ainsi, un manque dans le développement de la confiance apparaît pour l'échelle de trouble de personnalité schizotypique en plus de l'obsessionnelle-compulsive et du borderline, et un excès de méfiance dans le cas du borderline et du paranoïaque. Le stade confiance-méfiance est donc un enjeu important pour ces échelles, qui a été discuté auparavant. Ce qui contribue à confirmer la source plus archaïque de ce groupe, à l'exception du schizoïde.

*Stade 2 (autonomie-honte et doute).* Le déficit d'autonomie des échelles de trouble de personnalité dépendante et évitante, et un surplus du même pôle positif pour le narcissique, en plus d'un excès de honte et doute pour le dépendant, obsessionnel-compulsif et le paranoïaque caractérisent les liens significatifs avec le stade 2. Les excès, particulièrement de honte et de doute, ou les déficits d'autonomie apparaissent prédire davantage les échelles du Groupe C, ce qui semble fragiliser la suite du développement.

*Stade 3 (initiative-culpabilité).* Le pôle positif du stade 3 dans l'excès et le pôle négatif dans le déficit prédisent exclusivement les échelles de trouble de personnalité du Groupe B. Le surplus d'initiative et la déficience d'un sentiment de culpabilité caractérisent ce groupe axé vers l'action et le côté dramatique. S'ajoute un déficit de l'initiative pour prédire l'échelle schizoïde, qui au contraire du Groupe B est effectivement davantage dans le retrait que dans l'action. Par ailleurs, toutes les échelles du Groupe C sont prédites significativement par un surplus de sentiment de culpabilité. La plupart de ces liens passent inaperçus lorsque seule la résolution des stades est considérée, probablement parce que l'initiative n'apparaît pas significativement déficitaire ou en excès pour les échelles du Groupe C. Ainsi, les troubles de personnalité plus névrotiques et anxieux sont prédits par un excès de honte et de doute du stade précédent, de culpabilité, et possiblement donc d'un Surmoi plus développé. Il est possible de supposer que la présence de ces sentiments et du Surmoi peut générer à elle seule de l'anxiété qui cherche à se canaliser sous différents mécanismes d'adaptation selon le trouble de personnalité de ce groupe, mais qui n'est pas propice à être proactif.

*Stade 4 (travail (industrie)-infériorité).* Le travail apparaît peu relié avec les échelles de trouble de personnalité, outre un déficit qui prédit l'histrionique et un surplus pour le schizotypique, qui ont déjà été discutés. Le pôle négatif de ce stade, le sentiment d'infériorité, explique toutefois plusieurs échelles, particulièrement celles des Groupes A et B. Outre l'échelle passive-agressive du Groupe C, il y a aussi l'histrionique et l'antisociale du Groupe B qui sont prédites par un surplus de sentiment d'infériorité, alors que deux échelles du Groupe A, soit le schizotypique et le schizoïde sont prédites par un déficit de sentiment d'infériorité. Ainsi les pôles de ce stade semblent affecter le développement pour prédire davantage les échelles de trouble de personnalité plus pathologiques. Le sentiment d'infériorité, par son excès ou son déficit, peut possiblement rendre plus vulnérable à l'utilisation de défenses plus pathologiques pour composer avec cet état.

*Stade 5 (identité-confusion des rôles).* Le pôle positif de ce stade apparaît prédire davantage des échelles des Groupes A et C. L'identité affiche donc des liens prédictifs significatifs et déficitaires avec les échelles de trouble de personnalité dépendante, passive-agressive, antisociale, paranoïaque, et en excès avec le schizoïde. Pour les échelles dépendante et antisociale, un surplus de diffusion de l'identité s'ajoute au manque d'identité pour les prédire, alors que seul le surplus de diffusion de l'identité apparaît pour l'obsessionnelle-compulsive. Ainsi, ce qui peut probablement prédire de façon différentielle entre l'émergence ultérieure d'un trouble de personnalité du Groupe A ou C est, entre autres, possiblement les excès et déficits significatifs des stades

précédents qui diffèrent entre les deux groupes. Par le manque d'initiative, de confiance, et de sentiment d'infériorité, en plus de méfiance à l'excès entre autres pour certains du premier groupe, et un manque d'autonomie, et un surplus de honte et de doute, et de sentiment de culpabilité pour le deuxième, cela peut contribuer à ce que le déficit d'identité et le surplus de diffusion de l'identité aboutissent ultérieurement soit à un trouble de personnalité du Groupe A ou à un autre du Groupe C.

*Stade 6 (intimité-isolation).* Le surplus d'intimité apparaît prédicteur pour les échelles de trouble de personnalité borderline et histrionique, et le déficit de ce pôle l'est pour les échelles évitante, schizotypique et schizoïde. Pour sa part, le surplus d'isolation prédit également les échelles évitante, schizotypique et schizoïde, en plus du paranoïaque, et le déficit d'isolation prédit l'échelle histrionique. Ainsi, presque toutes les échelles de trouble de personnalité, dont les enjeux sont d'ordre spécialement relationnel, se retrouvent prédites par l'excès ou le déficit de ce stade. C'est particulièrement le cas pour les échelles du Groupe A, caractérisées par un déficit d'intimité et un surplus d'isolation, ce qui est typique des troubles de personnalité de ce groupe.

*Stade 7 (générativité-stagnation).* Les liens prédicteurs que les pôles de ce stade offrent ressemblent passablement à ceux du stade précédent de par leur caractéristique mutuelle axée sur le plan relationnel. Ainsi, le déficit de générativité prédit les échelles de trouble de personnalité évitante et schizotypique, et un surplus de ce pôle est relié aux

échelles narcissique et histrionique. Ces deux dernières échelles sont également prédites par un déficit de stagnation, alors qu'un surplus prédit les échelles évitante, schizotypique et schizoïde. Chacune des échelles est donc prédite par les deux pôles à la fois, sauf le schizoïde qui est uniquement relié au surplus d'isolation. Les enjeux relationnels et de réalisation qu'implique ce stade, expliquent que les difficultés à ce niveau puissent prédire les échelles de trouble de personnalité axées sur le déficit de ces enjeux, soit celles du Groupe A, en plus de l'évitant. Tel que déjà discuté, pour les échelles narcissique et histrionique, le surinvestissement de ce stade les prédit de par leur besoin d'attention plutôt que par un but altruiste.

*Stade 8 (intégrité-désespoir).* Le pôle intégrité est le seul qui ne prédit significativement aucune échelle de trouble de personnalité, de par un déficit ou un excès. Le taux d'intégrité ne semble donc pas être suffisamment en excès ou en déficit pour prédire significativement les échelles de trouble de personnalité. Même si les participants à cette étude n'ont pas atteint ce stade, à l'instar de tous les stades, il est présent dans chacun des autres. Ainsi, l'absence de prédiction des échelles de trouble de personnalité par le pôle positif de ce stade peut supposer que l'intégrité ne représente pas un enjeu déterminant pour celles-ci. Par contre, un surplus de désespoir précise les résultats obtenus en considérant la résolution des stades pour les échelles paranoïaque et schizotypique. S'y ajoute l'échelle dépendante prédite également par un surplus de désespoir. Le désespoir peut être ainsi possiblement relié à la méfiance et à la réalité interne constamment confrontée à la réalité externe différente des deux échelles

appartenant au Groupe A et au manque d'autonomie de l'échelle dépendante qui le conduit à la merci de l'extérieur pour répondre à ses besoins, puisque ces caractéristiques rendent plus difficile l'accomplissement d'une vie, de l'intégrité de celle-ci, sans le désespoir.

*Stade 9 (géotranscendance-non géotranscendance).* Lorsque seule la résolution des stades de développement est considérée, le stade 9 ne révèle qu'un seul lien prédicteur avec les échelles de trouble de personnalité, soit l'antisocial. Par contre, en considérant les pôles séparés, plusieurs liens prédicteurs significatifs apparaissent. Ainsi, le lien identifié à partir des résolutions se précise par un déficit du pôle négatif pour l'échelle antisociale. S'ajoute également un déficit du même pôle pour les échelles dépendante et évitante et un surplus de ce pôle pour le narcissique. Par ailleurs, un surplus du pôle positif, de géotranscendance, émerge pour l'échelle paranoïaque. Le côté rebelle de l'antisocial ressort peut-être dans le déficit de la non-géotranscendance, ou encore la lassitude de ce choix de vie. Le manque d'autonomie et les craintes d'implication sociale reflètent possiblement les liens avec les échelles du Groupe C, alors que le besoin d'admiration dans le cas de l'échelle narcissique et l'isolation par la méfiance de l'échelle paranoïaque suggèrent une explication pour les résultats obtenus.

La considération des pôles positifs et négatifs des stades de développement apporte donc des précisions et des ajouts importants aux résultats déjà établis. Ainsi, de façon générale il en ressort que le Groupe A des troubles de personnalité apparaît prédit

en partie par le stade 1, mais par la suite c'est à partir du stade 4 et les suivants que se trouvent davantage les liens prédictifs pour ce groupe. Les résultats confirment donc que les racines de base dans le développement peuvent prédire ce groupe, sauf le schizoïde, mais outre le stade 1, les liens semblent trouver origine davantage ultérieurement dans la croissance. Par ailleurs, le stade 6 (intimité-isolation) est représentatif en termes de prédiction pour les trois composantes de ce groupe, de par leur déficit d'intimité et d'excès d'isolation. Le Groupe B renferme davantage de surinvestissement des pôles positifs et de déficit des pôles négatifs. L'échelle borderline dans ce groupe est celle qui apparaît très prédite par le stade 1, par le manque de confiance et le surplus de méfiance. Enfin, le Groupe C est davantage prédit par les stades 2, 3 et 5, soit plus tôt dans le développement. Il semble donc que lorsque le stade 1 est impliqué, les échelles de trouble de personnalité à tendance plus psychotique, ou le borderline sont davantage présentes, tandis que les stades 2 et 3 particulièrement dans le déficit du pôle positif ou le surplus du pôle négatif semblent davantage reliés aux échelles de trouble de personnalité anxieux ou névrotiques. Par ailleurs, le stade 3 (initiative-culpabilité) semble particulièrement déterminant dans la prédiction des échelles de trouble de personnalité, surtout pour le Groupe B et C, en plus du schizoïde.

Ainsi, la réponse positive aux quatrième et cinquième questions de recherche se trouve confirmée en ce qui a trait à l'existence de liens significatifs entre les pôles positifs et négatifs, et les échelles de trouble de personnalité. La quatrième question de recherche s'avère également exacte en grande partie dans le fait que ces liens

apparaissent négatifs lorsque les pôles positifs sont concernés et positifs pour les pôles négatifs. Certains résultats affichent toutefois des conclusions inverses, surtout pour les échelles à l'intérieur du Groupe B et certaines du Groupe A.

À partir des nombreux résultats établis, il y a lieu à présent de faire le point avec le modèle d'Erikson.

### **Modèle d'Erikson**

Selon le modèle d'Erikson, pour un développement optimal, chaque stade se résout dans un équilibre entre le pôle positif et le pôle négatif avec une légère dominance du premier, et ce dans un plan hiérarchique dans le temps où chaque résolution de stade contribue à la résolution positive des suivants. De plus, chaque stade est présent dans chaque autre tout au long de la vie. Ces deux prémisses forment le principe épigénétique du modèle. À partir des résultats de la présente étude, les corrélations démontrées entre les stades vérifient le fait que chaque stade s'imbrique dans chaque autre, ou lui est relié. Par ailleurs, les Figures 12 à 20 aux pages 315 à 317 de l'Appendice C illustrent bien que la courbe représentant la personnalité considérée normale par le *MMPI-2*, soit le groupe ayant un score  $T \geq 41$  et  $\leq 60$ , apparaît relativement uniforme à travers toutes les échelles de trouble de personnalité avec des résultats de moyennes de résolution légèrement positifs pour chaque stade, même si les valeurs peuvent varier d'un stade à l'autre. Ce qui tend à vérifier la prémisse d'Erikson pour l'atteinte d'un développement de personnalité optimal.

En ce qui a trait aux troubles de personnalité, les nombreuses corrélations significatives entre les stades de développement et les troubles de personnalité corroborent l'existence de liens entre ces deux groupes de variables ainsi que le fait qu'un stade mal résolu semble également affecter les suivants et que chaque stade est imbriqué dans chaque autre. Par contre, en considérant les moyennes, certaines apparaissent plus élevées à des stades qui suivent d'autres dont la résolution est plus faible et les résultats aux régressions font émerger des liens qui rendent prédictifs seulement certains stades pour chaque échelle de trouble de personnalité. Ainsi certains stades de développement moins bien résolus auraient un lien avec certains troubles de personnalité, même si des stades successeurs peuvent apparaître mieux résolus, donnant un profil d'identité variable. Ces résultats peuvent tendre à questionner la théorie d'Erikson voulant que la résolution positive de chaque stade soit nécessaire à la réussite de la tâche des stades suivants. Il se peut en effet que la résolution de certains stades puisse être atteinte malgré le déficit des précédents, de par leur tâche respective sollicitée. Il est aussi possible que le processus développemental ne soit pas aussi hiérarchique qu'Erikson le suppose. Toutefois, Erikson (1959 : cité dans Hawley, 1984; Erikson, J. M. 1988) insiste aussi sur le fait que le processus développemental est revisité et les enjeux des stades précédents constamment renégociés tout au long de la vie pour réorganiser les acquis et la personnalité. C'est donc dire que dans le cas des troubles de personnalité, le réaménagement des acquis ou non acquis précédents échouent à certains stades et réussit mieux à d'autres. Il appert donc qu'une certaine combinaison de tous les stades plus ou moins bien résolus est reliée à un trouble de

personnalité plutôt qu'à un autre. Ainsi, chaque échelle de trouble de personnalité révèle un profil d'identité unique à chacune dans ses liens avec les stades de développement. Par ailleurs, les liens prédictifs établis ne reflètent pas nécessairement les résultats de résolution les plus faibles ou les plus élevés, mais bien ceux qui arborent un lien significatif avec chaque échelle de trouble de personnalité. Il se peut qu'un stade successeur à un autre qui est évalué comme prédictif d'un trouble de personnalité, ne soit pas particulièrement bien résolu non plus, mais qu'il ne représente pas un lien déterminant pour ce trouble de personnalité. De plus, l'acquis ou non d'un stade précurseur peut ressurgir pour être utilisé selon sa résolution précédente à l'intérieur d'un stade successeur dont l'enjeu sollicite plus particulièrement la tâche d'un stade précédent. Comme chaque stade se retrouve dans chaque autre, l'atteinte de la résolution d'un stade peut avoir une influence plus ou moins grande pour les conflits développementaux subséquents dépendamment de ce que nécessitent les tâches à venir et les enjeux des stades précédents qui sont sollicités pour les atteindre.

En somme, les résultats significatifs et les réponses positives aux cinq questions de la recherche valident en grande partie le modèle d'Erikson. Il existe bien des liens importants entre les stades de développement et les troubles de personnalité et les premiers apparaissent en mesure de prédire la variabilité des seconds, de par leurs résolutions, mais également de par leurs pôles positifs et négatifs. Outre les liens étudiés entre les stades de développement et les troubles de personnalité, certaines variables sont également considérées comme exploration à l'intérieur de cette recherche.

### **Autres variables du *MMPI-2* et aspects sociodémographiques**

La présente section regroupe la discussion de certaines variables du *MMPI-2* et de variables sociodémographiques.

**Autres variables du *MMPI-2*.** Le *MMPI-2* renferme d'autres variables intéressantes à considérer en lien avec les stades de développement et les troubles de personnalité, dont les échelles de validité, la désirabilité sociale, le niveau de dépression, le manque d'estime de soi et les indicateurs négatifs au traitement.

***Échelles de validité.*** Selon les résultats, il appert que plus la résolution des stades de développement et les échelles de trouble de personnalité narcissique et histrionique sont élevées et moins les autres échelles de trouble de personnalité affichent de hauts scores, plus les participants se présentent positivement. De plus, leur perception d'eux ou l'amplification de leurs difficultés sera davantage diminuée, à l'exception du stade 6 qui n'apparaît pas significatif en lien avec la présentation négative de soi. Ces résultats confirment à nouveau la particularité des troubles de personnalité narcissique et histrionique, dans leur présentation positive d'eux-mêmes, tel que discuté précédemment. Par ailleurs, les résultats démontrent également que mieux les stades sont résolus et moins le trouble de personnalité est présent, plus il y a possibilité d'un regard positif porté sur soi.

**Désirabilité sociale.** Plus la désirabilité sociale est élevée, plus les participants démontrent une résolution positive de leurs stades de développement élevée et plus il y a possibilité de trouble de personnalité narcissique ou histrionique. Ce qui reflète également les éléments discutés auparavant concernant ces deux troubles de personnalité. De plus, il apparaît donc que l'*IPD* pour la mesure des stades de développement présente une certaine vulnérabilité à la désirabilité sociale. Par ailleurs, les troubles de personnalité dépendante, évitante, schizotypique et schizoïde arborent des liens significatifs, mais négatifs avec la désirabilité sociale. Il apparaît plausible que les troubles de personnalité schizotypique et schizoïde se soucient peu de plaire, mais il serait plus probable de s'attendre à ce que les troubles de personnalité dépendante et évitante aient davantage la préoccupation de ne pas déplaire, de répondre aux attentes, par crainte du rejet ou du jugement. Paradoxalement, il est possible que leur souci de plaire se soit traduit par la préoccupation de répondre aux questionnaires de façon consciencieuse, en respectant la consigne de répondre à leur vraie image, sans chercher à laisser transparaître leur désir de plaire en embellissant leurs réponses.

**Niveau de dépression.** Plus le niveau de dépression est élevé, plus la résolution des stades de développement et les troubles de personnalité narcissique et histrionique sont bas, et plus les autres troubles de personnalité affichent des taux élevés. Moins bien sont résolus les stades et plus il y a présence de trouble de personnalité, plus grande est possiblement la vulnérabilité à la dépression, puisque les acquis pour composer avec les aléas de la vie ne sont pas suffisamment solides et sont même perturbés par les

symptômes et limites du trouble de personnalité. D'ailleurs, la plupart des stades, sauf 3, 5 et 9, et les troubles de personnalité, sauf obsessionnelle-compulsive, évitante, schizotypique et schizoïde semblent prédire significativement le niveau de dépression. Ainsi, les niveaux d'initiative-culpabilité, identité-diffusion d'identité et de géotranscendance, ou encore les troubles de personnalité obsessionnelle-compulsive, évitante, schizotypique et schizoïde ne semblent pas influencer le niveau de dépression. Ces quatre troubles de personnalité ont plus tendance à éviter les émotions et ont développé d'autres mécanismes pour pallier à celles-ci que d'opter pour la dépression.

*Manque d'estime de soi.* Plus le manque d'estime de soi est élevé, plus les stades de développement et le trouble de personnalité narcissique sont faibles, et plus les autres troubles de personnalité, à l'exception de l'histrionique, de l'antisocial et du schizoïde, pour lesquels il n'y a pas de lien significatif, sont élevés. Ces trois derniers troubles de personnalité n'apparaissent donc pas significativement caractérisés par un manque d'estime de soi. Cette fois le trouble de personnalité histrionique n'a pas suivi le narcissique dans sa particularité. Celui-ci arbore probablement davantage un besoin narcissique de se montrer, mais aussi de se percevoir positivement. Par ailleurs, une mauvaise résolution des stades ne permet sans doute pas de développer suffisamment une bonne estime de soi. De plus, les stades 2 et 8 prédisent significativement et négativement la variabilité du manque d'estime de soi. Ainsi, possiblement que plus faibles sont l'autonomie et l'intégrité, et plus élevée est la honte et le doute, et le désespoir, plus il y a contribution à un manque d'estime de soi.

**Indicateurs négatifs au traitement.** Cette échelle évalue l'attitude négative face au traitement. Plus la résolution des stades de développement, ainsi que les troubles de personnalité narcissique et histrionique sont faibles, et plus les autres troubles de personnalité sont élevés, plus cette échelle sera haussée. Les troubles de personnalité narcissique et histrionique se distinguent à nouveau, de par leur désir de bien paraître. Pour les autres troubles de personnalité et lorsque les stades ne sont pas bien résolus, il appert possiblement que la capacité relationnelle est plus difficile et l'identité plus fragile pour être disposé à une attitude positive envers le traitement. Par ailleurs, les stades 1, 2 et 8, et les troubles de personnalité narcissique, antisociale, dépendante, obsessionnelle-compulsive, passive-agressive et paranoïaque contribuent à prédire significativement les indicateurs négatifs au traitement. Ainsi, un manque de confiance, d'autonomie et d'intégrité, ou une plus grande méfiance, honte et doute et désespoir, peut prédire des indicateurs négatifs au traitement. D'ailleurs les troubles de personnalité identifiés sont ceux pour lesquels la notion de confiance relationnelle est plus difficile à établir ou s'avère trop investie, contribuant ainsi plus négativement au traitement.

La discussion des variables du *MMPI-2* précitées répond à l'exploration des liens entre celles-ci et les stades de développement, ainsi que les échelles de trouble de personnalité et ajoute des éléments aux résultats préalables associant ces deux entités. L'étude des aspects sociodémographiques complètera les ajouts à ces liens.

**Variables sociodémographiques.** Certaines variables sociodémographiques peuvent apporter un éclairage supplémentaire aux résultats déjà établis avec les stades de développement et les échelles de trouble de personnalité, dont le genre des participants, leur statut matrimonial, leur scolarité et les variables reliées à leur thérapeute.

**Genre.** Certaines différences apparaissent dans les résultats entre les hommes et les femmes. Celles-ci présentent des moyennes plus élevées de résolution aux stades travail-infériorité, identité-diffusion d'identité, intimité-isolation, générativité-stagnation, et intégrité-désespoir, ainsi que pour le trouble de personnalité histrionique. Par contre les hommes affichent un taux plus élevé de trouble de personnalité dépendante, évitante, paranoïaque, schizotypique et schizoïde. Ces résultats diffèrent quelque peu de ceux de l'APA (1994, 2013), pour qui le niveau de troubles de personnalité évitante, dépendante et histrionique apparaît ex aequo entre les hommes et les femmes. Le nombre plus élevé de femmes que d'hommes dans la présente étude peut avoir influencé toutefois les moyennes. Par ailleurs, seuls deux résultats significatifs distinguent les hommes des femmes au niveau des corrélations entre les stades de développement et les troubles de personnalité. Ainsi, les femmes arborent une plus grande corrélation entre le stade 3 (initiative-culpabilité) et l'échelle de trouble de personnalité narcissique, alors que les hommes affichent une corrélation plus élevée au stade 5 (identité-diffusion d'identité) en lien avec l'échelle dépendante. Les femmes démontrent donc un plus grand lien entre un haut taux d'initiative et le trouble de personnalité narcissique, alors que plus faible est l'identité chez les hommes, plus élevé

est le trouble de personnalité dépendante. Ces deux seuls résultats corrélacionnels distinguant les hommes des femmes démontrent que les liens qui unissent les stades de développement et les troubles de personnalité semblent donc très semblables indépendamment du genre. Lorsque les analyses de régression sont utilisées, certains stades prédisent les mêmes troubles de personnalité pour les hommes et les femmes. Par contre, plus de liens prédictifs apparaissent significatifs chez les femmes que chez les hommes, possiblement dû au nombre de participants considérablement différent entre les deux groupes. Ainsi, certaines différences distinguent les hommes des femmes en ce qui a trait aux liens entre les stades de développement et les échelles de trouble de personnalité, dont une meilleure résolution de plusieurs stades développement chez les femmes et un plus faible taux de trouble de personnalité, à l'exception de l'échelle histrionique, et davantage d'explication de la variabilité des échelles de trouble de personnalité que les hommes. Ces différences semblent toutefois peu nombreuses entre les deux groupes et peuvent être en partie tributaires du nombre plus élevé de femmes que d'hommes pour cette étude. Il est peut-être ainsi possible de penser que les disparités entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les sujets à l'étude tendent à être moindres et sans doute différentes qu'à l'époque où Erikson a développé sa théorie et même au temps où des critiques ont été formulées sur le caractère perçu sexiste de la théorie d'Erikson, soit particulièrement dans les années '70 et '80, tel que noté dans le contexte théorique.

*Statut matrimonial.* Les participants diffèrent entre autres au niveau du stade d'autonomie-honte et doute selon leur statut matrimonial. De plus, les gens mariés affichent une meilleure résolution du stade identité-diffusion d'identité que les célibataires, et un plus faible score aux échelles histrionique et antisociale que les gens célibataires et en union de fait. Ces résultats tendent peut-être à appuyer Erikson (1972), qui précise qu'une intimité véritable ne peut être atteinte que si l'identité est bien développée. Il est possible qu'une plus faible résolution du stade identité-diffusion d'identité chez les célibataires contribue à leur statut matrimonial. Par ailleurs, les gens mariés démontrent possiblement une plus grande capacité d'engagement et de respect des normes, par leur plus faible taux de trouble de personnalité histrionique et antisociale et peut-être de par un meilleur développement de leur identité.

*Scolarité.* Il appert que plus les participants ont étudiés longtemps, meilleure est leur résolution des stades 1 (confiance-méfiance), 2 (autonomie-honte et doute), 4 (travail-infériorité), 7 (générativité-stagnation), et 8 (intégrité-désespoir), et plus faible est le taux de trouble de personnalité antisociale, dépendante, obsessionnelle-compulsive, passive-agressive et paranoïaque. Ainsi, plus les gens sont confiants, autonomes, ont un sentiment de compétence, développent leur générativité et intégrité, ont moins les troubles de personnalité antisociale, dépendante, obsessionnelle-compulsive, passive-agressive et paranoïaque, plus ils étudient longtemps. Ces résultats semblent très plausibles, à l'exception du trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive qui pourrait être attendu chez le niveau de scolarité élevé. Toutefois, un

niveau élevé de trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive rend les performances plus difficiles et inefficaces, limitant possiblement la réalisation de longues études.

*Thérapeute.* Aucune différence significative ne se retrouve chez les hommes que leur thérapeute soit masculin ou féminin eu égard aux diverses variables. Par contre, les femmes dont le thérapeute est masculin révèlent un plus haut taux significatif du niveau d'initiative, de générativité, d'intégrité, des échelles de trouble de personnalité histrionique et narcissique et une plus faible propension aux troubles de personnalité évitante et schizoïde, que celles dont le thérapeute est féminin. En fait, ces résultats indiquent que le choix du sexe du thérapeute chez les femmes ne semble pas être le fruit d'un hasard, mais plutôt guidé par certains stades ou capacités mieux ou moins bien résolus, et donc par la présence ou l'absence de certaines échelles de trouble de personnalité.

Par ailleurs, aucune différence significative n'apparaît concernant l'approche théorique du thérapeute, en ce qui a trait aux résultats pour la résolution des stades de développement et pour les échelles de trouble de personnalité.

La discussion des résultats à cette étude étant complétée, il y a lieu à présent d'évaluer les forces et les limitations de cette recherche.

### **Forces et limitations**

À l'issue de cette recherche dense et complexe, il est possible de constater qu'elle renferme plusieurs forces et limitations auxquelles il importe de s'attarder.

#### **Forces de la recherche**

L'originalité de cette étude en mettant en lien les neuf stades de développement d'Erikson et les échelles de trouble de personnalité constitue tout d'abord une force. Elle a pris racine suite à plusieurs années d'expérience clinique avec une clientèle variée et suite à des réflexions qui ont permis de cerner la problématique et de pouvoir l'opérationnaliser de façon réalisable. Elle s'est déployée au fil de nombreuses années tant au plan théorique, empirique et expérimental. Les résultats de cette étude apparaissent d'autant plus valables qu'ils sont basés sur un nombre de participants élevé. De plus, l'une des particularités de cette recherche c'est que les participants ont été recrutés parmi une clientèle en psychothérapie en clinique privée et avec des thérapeutes de toutes les approches théoriques reconnues, et ce à travers toutes les régions du Québec, rejoignant ainsi diverses populations. Une clientèle en processus de cheminement psychothérapeutique en clinique privée est parfois difficile à rejoindre, à solliciter et à amener à participer à une recherche. Le recrutement d'un échantillon aussi grand apparaît donc appréciable et les informations recueillies d'autant plus précieuses. De plus, les réponses aux questionnaires étaient fournies sans que l'auteure de la recherche ait de contact direct avec les participants avant ou au moment de leur participation. Par ailleurs, l'étendue considérable de l'âge des participants, qui couvre

une grande partie de la vie adulte, constitue également un intérêt pour les résultats à cette recherche. Outre, ces forces soulignées et malgré la rigueur de cette étude, de nombreuses limitations peuvent toutefois être soulevées.

### **Limitations de l'étude**

Malgré les forces de cette étude, des limitations subsistent qu'il importe de considérer. Comme dans toutes études dans le domaine de la psychologie humaine, la première limitation est l'impossibilité de conclure à la généralisation des résultats ou même à la permanence de ceux-ci avec le même échantillon, en plus de la limite de ce qu'il est possible de déduire à partir des analyses statistiques. Le fait que les mesures ont été prises en un seul temps constitue déjà une limitation à une telle étude. Comme Erikson (1959 : cité dans Hawley, 1984; Erikson, J. M. 1988) précise que la résolution d'un stade peut se modifier au fil des expériences de vie, il serait d'autant plus souhaitable qu'une recherche portant sur les stades de développement et les troubles de personnalité puisse être davantage longitudinale. Par ailleurs, les paramètres impliqués dans cette étude ne peuvent être isolés de façon absolue entre eux, ainsi que les nombreux facteurs extérieurs qu'il est impossible de contrôler. Ainsi, déjà le fait que chaque stade de développement se retrouve dans chaque autre rend plus difficile l'évaluation de l'impact réel et délimité de chacun sur la présence d'un trouble de personnalité. De plus, il peut y avoir présence de cooccurrence de plusieurs troubles de personnalité chez certains participants, créant possiblement également une interférence dans les résultats. Des auteurs ([Links, 1996; Swartz et al., 1989] : cités dans Kraus &

Reynolds, 2001) notent par exemple que 90 % des gens aux prises avec un trouble de personnalité borderline répondent également aux critères diagnostics d'au moins un autre trouble de personnalité, alors que De Reus et Emmelkamp (2012) précisent que le trouble de personnalité obsessionnel-compulsif présente une cooccurrence plus modérée avec d'autres troubles de personnalité, comparativement à certains de ceux-ci. Par ailleurs, le nombre plutôt restreint de participants avec un trouble de personnalité formel, donc avec un score *T* égal ou supérieur à 65, n'a pas permis de faire les analyses de régression spécifiquement avec cette population pour vérifier les résultats lorsque la personne a le trouble. Par contre, les figures 1 à 11 présentées aux pages 312 à 314 de l'Appendice C illustrent les quatre groupes de scores *T* en lien avec les stades de développement et permettent toutefois de constater que la gradation de la personnalité normale ou l'absence de trouble, vers le trouble de personnalité apparaît suffisamment évidente, pour rendre révélateur le lien entre les deux ensembles de variables.

L'utilisation de questionnaires d'autoévaluation comporte aussi une grande part de limitations à l'étude. D'abord par la limite de ce que les instruments peuvent réellement mesurer, mais surtout parce que comme Hoare (2013a) le souligne, seules les composantes conscientes peuvent être considérées lorsqu'il y a utilisation de questionnaires complétés par la personne. Toutefois, dans la présente étude, le participant ne peut vraiment savoir ce que chaque item mesure, entre autres dans l'*IPD* et dans le questionnaire du stade 9, et une partie inconsciente peut également transparaître, tel que pour le trouble de personnalité narcissique qui n'est pas conscient

de l'amplification de ses réponses, car il est convaincu que c'est sa réalité et non une exagération, mais que sans le savoir, a pour conséquence de gonfler pathologiquement les résultats. Ceci dit, l'utilisation de questionnaires demeure toutefois un facteur limitatif à une telle étude. De plus, une autre limitation des questionnaires consiste à ce qu'ils soient vulnérables à l'état du participant au moment de répondre, tel que précisé par Ferguson et Tyrer (1988). D'autant plus que le participant à la présente étude remplissait les questionnaires à la maison. Il est donc possible qu'il ait rempli les instruments de mesure à divers moments et que son environnement ou la présence possible de son entourage ait pu jouer une certaine influence. Cette absence de contrôle du lieu, du moment et d'uniformité de la passation constitue donc une limitation supplémentaire à cette recherche.

Pour tenter de contrer davantage l'effet de la désirabilité sociale, l'auteure n'avait pas de liens directs avec les participants, sauf après la passation des tests si besoin de soutien ou d'informations de ceux-ci, et ils devaient faire parvenir eux-mêmes leur protocole rempli, sans que leur thérapeute ait accès à leurs réponses brutes. Toutefois, le fait que les participants avaient le loisir d'obtenir, par l'entremise de leur thérapeute, leurs résultats une fois traités constitue une limite à l'étude. Ainsi, seulement 20 participants ont refusé de recevoir leurs résultats. Ce qui implique que la grande majorité ont choisi que leur thérapeute ait accès à leurs résultats, ce qui peut donc comporter un risque de biais dans les réponses que les participants ont fournies, considérant que l'image d'eux-mêmes serait dévoilée à leur thérapeute et qu'elle pouvait avoir un impact

sur leur relation avec celui-ci et sur leur processus. L'effet de désirabilité sociale peut donc ici avoir joué un rôle.

Enfin, une autre limitation à l'étude est l'implication du thérapeute dans un rôle intermédiaire de recrutement des participants. En effet, le fait que le thérapeute avait le loisir de choisir parmi sa clientèle, les gens à solliciter pour leur participation à l'étude, les critères de choix conscients ou inconscients du thérapeute peuvent générer également un certain biais dans l'échantillon et donc dans les résultats à l'étude.

Une dernière partie de ce chapitre consiste à préciser les apports et les recommandations suite à cette recherche.

### **Apports et recommandations**

Il apparaît important de clore ce chapitre de discussion en soulignant les apports et recommandations au crépuscule de cette étude.

#### **Apports**

Le caractère inédit de cette étude se situe dans le fait d'avoir associé les huit stades de la théorie du développement psychosocial d'Erikson, plus le neuvième développé par sa femme, et les échelles de trouble de personnalité. Aucune recherche n'avait pris en compte les neuf stades auparavant, en lien avec les échelles de trouble de personnalité. Peu de recherches ont mis en commun ces deux types de variables et celles qui l'ont fait

n'ont soit utilisé que quelques-unes d'entre elles, soit sur un petit échantillon ou soit auprès d'une clientèle étudiante uniquement. Ainsi, la présente étude constitue un apport théorique en contribuant à enrichir les connaissances du développement, des troubles de personnalité et des liens qui les unissent. Elle permet d'une part de confirmer l'existence d'un lien entre le développement et les troubles de personnalité et donc d'avoir des éléments supplémentaires sur les mécanismes qui sont en jeu dans le développement des troubles de personnalité. D'autre part, le défi de mettre en relation la théorie d'Erikson, de nature plus psychanalytique, et les catégories d'échelles de trouble de personnalité du DSM, d'inspiration a-théorique, mais avec une tendance davantage comportementale, contribue aussi aux connaissances de l'une et l'autre approche. Un autre apport de cette étude est d'avoir vérifié empiriquement la théorie du développement psychosocial d'Erikson et du stade 9 et ce à partir d'instruments presque inédits et par surcroît traduits et validés pour la présente recherche.

Parallèlement à l'enrichissement théorique, un apport considérable de cette étude est également à souligner au plan clinique. Tout d'abord, le simple fait d'avoir procédé à cette recherche a permis aux participants et aux thérapeutes intermédiaires d'avoir accès à une richesse d'informations sur la dynamique du client à travers leur profil transmis aux cliniciens et d'ainsi contribuer possiblement au processus psychothérapeutique d'évaluation et de traitement à envisager. De plus, les résultats de l'étude peuvent aussi être utilisés cliniquement, tout en tenant compte des limites mentionnées précédemment. En effet, les liens établis entre les stades de développement et les échelles de trouble de

personnalité peuvent permettre possiblement l'utilisation de l'*IPD* et du questionnaire du stade 9 pour déjà avoir un aperçu des stades de développement qui sont plus ou moins bien résolus et de l'existence possible d'éléments de trouble de personnalité, compte tenu des liens établis. Bien sûr un tel instrument ne pourrait constituer un outil diagnostique à lui seul, mais peut contribuer à l'évaluation et à l'établissement du traitement psychothérapeutique, en plus des autres éléments cliniques utilisés. De plus, si le diagnostic sur les échelles de trouble de personnalité est déjà établi, les liens identifiés dans cette étude peuvent donner un aperçu des stades de développement et de leurs enjeux à dénouer, à améliorer la résolution ou à investiguer.

### **Recommandations**

Les résultats identifiés dans cette étude semblent suffisamment intéressants pour mériter que d'autres recherches avec ces thèmes soient reprises et approfondies pour les valider davantage. Il y aurait lieu de refaire le même protocole, mais avec d'autres participants ou avec une autre clientèle pour vérifier si les résultats diffèrent. Il serait d'ailleurs intéressant de procéder à cette étude avec une clientèle ayant exclusivement un diagnostic de trouble de personnalité à proprement dit, et ce avec un nombre suffisant de participants, afin de vérifier les résultats et d'isoler l'effet cooccurrence de plusieurs troubles de personnalité. La recherche pourrait également être reprise toujours parmi une clientèle en clinique, mais en utilisant davantage le hasard dans le recrutement des participants, plutôt que le biais de choix du thérapeute et en contrôlant le lieu de passation. Il serait également intéressant de faire une étude longitudinale pour vérifier

l'effet du temps sur les résultats. Par ailleurs, il y aurait possiblement lieu de parfaire l'instrument de mesure du stade 9 pour améliorer ses qualités psychométriques qui semblent plus modestes et en vérifier l'impact sur les résultats obtenus. L'élaboration de tests projectifs pour évaluer les stades de développement permettrait peut-être également de contrer l'effet biais d'un questionnaire d'auto-évaluation et d'avoir accès au niveau réel de résolution des stades, ou du moins à des aspects inconscients en jeu.

## **Conclusion**

Cette recherche avait pour but d'apporter des éléments de compréhension supplémentaires à l'étiologie des troubles de personnalité sous l'angle développemental. L'objectif était d'explorer les liens entre les stades de développement d'Erikson et les échelles de trouble de personnalité et de vérifier si les premiers peuvent contribuer à prédire les seconds. À notre connaissance, peu d'études ont été effectuées auparavant sur ces paramètres et celles qui ont été réalisées, comprenaient peu de participants, ou étaient centrées sur une clientèle étudiante, ou encore basées sur un nombre de stades restreint. Aucune étude précédente ne tenait compte des neuf stades de développement avec les onze échelles de trouble de personnalité. La présente recherche se démarque donc ? par son originalité dans ce domaine. De plus, elle a été effectuée auprès d'une clientèle adulte variée en processus psychothérapeutique en clinique privée.

Le nombre considérable de participants a permis de colliger des analyses de résultats appréciables. Cette recherche a d'abord permis la traduction et la validation de cette traduction des deux questionnaires qui évaluent les stades de développement d'Erikson. À partir de l'utilisation de la mesure *IPD* pour les huit premiers stades de développement d'Erikson, de celle évaluant le neuvième stade et du *MMPI-2* pour l'estimation des échelles de trouble de personnalité, une panoplie de résultats et d'analyses de ceux-ci ont pu par la suite être considérés. Ces analyses permettent de confirmer en grande partie les réponses positives aux cinq questions de recherche émises

au préalable. Ainsi, à partir de l'échantillon de cette étude, les résultats révèlent qu'il existe bien un lien très significatif entre les stades de développement et les échelles de trouble de personnalité et que celui-ci est négatif, soit inversement proportionnel, sauf pour les échelles narcissique et histrionique. Il appert également que chaque trouble de personnalité est prédit ou voit sa variance expliquée par un certain nombre de stades de développement, soit par la résolution de ceux-ci et par leur pôle positif ou négatif, ou les deux à la fois, formant ainsi un profil d'identité propre à chaque échelle de trouble de personnalité. Chaque échelle de trouble de personnalité est reliée de façon significative à la résolution ou à un surplus ou à un déficit d'au moins un stade de développement ou plus. De ce fait, le groupe A, soit les échelles de trouble de personnalité paranoïaque, schizotypique et schizoïde renferme le plus grand nombre de liens significatifs avec les stades et semble donc être étroitement relié au développement, mais de façon plus étendue. Les échelles de trouble de personnalité du groupe B, soit borderline, narcissique, histrionique et antisociale, démontrent pour leur part davantage de liens significatifs avec un surinvestissement des pôles positifs des stades, particulièrement celui du stade 3, l'initiative. Quant au groupe C, soit les échelles de personnalité dépendante, obsessionnelle-compulsive, évitante et passive-agressive, elles révèlent moins de liens significatifs avec les stades, mais plus spécifiques dans le développement, moins diffus, sauf pour l'évitant. Ce dernier groupe reflète davantage de liens avec les pôles négatifs et présente des déficits aux pôles positifs et des excès des pôles négatifs, en particulier avec le stade 2, par un déficit d'autonomie et un surinvestissement de honte et de doute et un surinvestissement de culpabilité évalué par le stade 3.

Par ailleurs, chaque stade est relié significativement à au moins un trouble de personnalité. Ainsi, les résolutions des stades 2 (autonomie - honte et doute) et 6 (intimité – isolation) sont celles qui expliquent significativement la variance du plus grand nombre d'échelles de trouble de personnalité. De ce fait, l'enjeu du stade 2 soit l'autonomie – honte et doute semble être particulièrement crucial dans le développement en lien avec les troubles de personnalité. Par ailleurs, la résolution du stade 6 (intimité – isolation) semble davantage reliée aux échelles de trouble de personnalité qui présentent des difficultés relationnelles, soit dans le retrait de celles-ci ou dans une recherche de trop grande intimité. Enfin, la résolution du stade 4 (travail – infériorité) apparaît particulièrement reliée aux échelles de trouble de personnalité dont le retrait domine, suggérant possiblement un surinvestissement de la pensée. Pour leur part, la résolution des stades 1 et 9 sont celles qui expliquent le moins les échelles de trouble de personnalité. Ainsi, contrairement à ce qui pourrait être attendu, les échelles de trouble de personnalité du groupe A ont possiblement des racines développementales plus étendues que ciblées au stade le plus archaïque.

Les résultats inattendus de liens significatifs entre les stades de développement et les échelles de trouble de personnalité narcissique et histrionique laissent supposer que plus ces troubles de personnalité sont prononcés, plus la résolution des stades est positive. En fait, ces résultats reflètent sans doute les mécanismes d'adaptation particuliers de ces troubles de personnalité, de par leurs besoins d'admiration et d'attention ou leur perception idéalisée d'eux-mêmes, les ayant possiblement conduits à

fournir une image excessivement positive d'eux-mêmes à travers leurs réponses aux questionnaires, augmentant ainsi le niveau de résolution à chaque stade. Erikson et al. (1986/1989) précisait d'ailleurs que la santé psychologique vise un équilibre entre le pôle syntone et dystone de chaque stade légèrement en faveur du pôle positif, mais que l'excès d'un des deux pôles entraîne la pathologie.

En conclusion, cette étude a permis d'identifier des liens importants entre les stades de développement d'Erikson et les échelles de trouble de personnalité. Elle comprend plusieurs forces et limitations et constitue un apport notable au plan théorique, empirique et clinique. De plus, elle redonne un regain d'importance à la théorie d'Erikson passablement délaissée de nos jours et qui mériterait d'être reprise et bonifiée en tenant compte des éléments de recommandations précitées.

## Références

- Alain, M. (2004). *Les us et abus dans l'application de la régression multiple en sciences humaines*. Trois-Rivières, QC: SMG.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>e</sup> éd. rév.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). Washington, DC: Auteur.
- Baird, A. A., Veague, H. B., & Rabitt, C. E. (2005). Developmental precipitants of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1031-1049. doi: 10.1017/S0954579405050480.
- Bartz, J., Kaplan, A., & Hollander, E. (2007). Obsessive-compulsive personality disorder. Dans W. O'Donohue, Fowler, K. A., & S. O. Lilienfeld (Éds), *Personality disorders: Toward the DSM-V* (pp. 325-351). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Beauchaine, T. P., Klein, D. N., Crowell, S. E., Derbidge, C., & Gatzke-Kopp, L. (2009). Multifinality in the development of personality disorders: A biology x sex x environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Development and Psychopathology*, 21(3), 735-770.
- Beitz, K., & Bornstein, R. F. (2006). Dependent personality disorder. Dans J. E. Fisher & W. T. O'Donohue (Éds.), *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy* (pp. 230-237). New York, NY: Springer Science.
- Belski, D. W., Caspi, A., Arseneault, L., Bleidorn, W, Fonagy, P, Goodman, M., ... Moffitt, T. E. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Development and Psychopathology* [numéro spécial: *A Developmental Psychopathology Perspective on Emotional Availability Research*], 24(1), 251-265.
- Berdahl, C. H. (2010). A neural network model of borderline personality disorder. *Neural Networks*, 23(2), 177-188.

- Bergeret, J. (Éd.). (1986). *Psychologie pathologique: théorique et clinique* (4<sup>e</sup> éd.). Paris, France: Masson.
- Bernstein, D. P., & Useda, J. D. (2007). Paranoid personality disorder. Dans W. O'Donohue, Fowler, K. A., & S. O. Lilienfeld (Éds), *Personality disorders: Toward the DSM-V* (pp. 41-62). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Berzoff, J. (2011). Psychosocial ego development: The theory of Erik Erikson. Dans J. Berzoff, L. M. Flanagan, & P. Hertz (Éds), *Inside out and outside in: Psychodynamic clinical theory and psychopathology in contemporary multicultural contexts* (3<sup>e</sup> éd., pp. 97-117). Lanham, MD: Rowman & Littlefield.
- Bonds-White, F. (1984). The special it: The passive-aggressive personality: Part I. *Transactional Analysis Journal*, 14(2), 124-130.
- Bornstein, R.F. (1996). Beyond orality: Toward an object relations/interactionist reconceptualization of the etiology and dynamics of dependency. *Psychoanalytic Psychology*, 13(2), 177-203.
- Bornstein, R. F. (2005). The dependent patient: Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(1), 82-89.
- Bornstein, R. F. (2007). Dependent personality disorder. Dans W. O'Donohue, Fowler, K. A., & S. O. Lilienfeld (Éds), *Personality disorders: Toward the DSM-V* (pp. 307-324). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bornstein, R. F., Becker-Weidman, E., Nigro, C., Frontera, R., & Reinecke, M. A. (2007). The complex pathway from attachment to personality disorder: A life span perspective on interpersonal dependency. Dans A. Freeman & M. A. Reinecke (Éds), *Personality Disorders in Childhood and Adolescence* (pp. 559-609). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Brodie, P., & Gravitz, M. A. (1995). Nurtured narcissism: The developmental origins of narcissistic personality disorder and implications for treatment. *Psychotherapy in Private Practice*, 14(1), 53-64.
- Bradley, R., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2007). Borderline personality disorder. Dans W. O'Donohue, Fowler, K. A., & S. O. Lilienfeld (Éds), *Personality disorders: Toward the DSM-V* (pp. 167-201). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bradley, R., Jenei, J., & Westen, D. (2005). Etiology of borderline personality disorder: Disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(1), 24-31.

- Brown, C., & Lewis, M. J. (2003). Psychosocial development in the elderly: An investigation into Erikson's ninth stage. *Journal of Aging Studies, 17*(4), 415-426.
- Butcher, J., Atlis, M. M., & Hahn, J. (2004). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). Dans M. J. Hilsenroth & D. L. Segal (Éds). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment* (Vol. 2, pp. 30-38). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Caillet, K. C., & Michael, W. B. (1983). The construct validity of three self-report instruments hypothesized to measure the degree of resolution for each of the first six stage crises in Erikson's developmental theory of personality. *Educational and Psychological Measurement, 43*(1), 197-209.
- Capps, D. (2004). The decades of life: Relocating Erikson's stages. *Pastoral Psychology, 53*(1), 3-32.
- Cartwright, D. (2008). Borderline personality disorder: What do we know? Diagnosis, course, co-morbidity, and aetiology. *South African Journal of Psychology, 38*(2), 429-446.
- Caton, J. B. (1993). *An application of Erik H. Erikson's psychosocial theory to the borderline personality disorder*. (Thèse de doctorat inédite). University of New York, New York, NY.
- Chapelle, G. (2004). Neurosciences: les mécanismes de l'empathie. Entretien avec Jean Decety. *Sciences Humaines, 150*(6), 114-117.
- Clark, L. A. (2009). Stability and change in personality disorder. *Current Directions in Psychological Science, 18*(1), 27-31.
- Constantinople, A. (1969). An Eriksonian measure of personality development in college students. *Developmental Psychology, 1*(4), 357-372.
- Constantinople, A. (1970). Some correlates of average level of happiness among college students. *Developmental Psychology, 2*(3), 447.
- Constantinople, A. (1980). *Suite de l'Inventory Psychosocial Development*. Document inédit.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology, 78*(1), 98-104.
- Cozolino, L. (2010). *The neuroscience of psychotherapy* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: W.W. Norton & Company.

- Crawford, T. N., & Cohen, P. R. (2007). Histrionic personality disorder. Dans A. Freeman & M. A. Reinecke (Éds), *Personality Disorders in Childhood and Adolescence* (pp. 495-532). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Crawford, T. N., Cohen, P., Johnson, J., Sneed, J. R., & Brook, J. S. (2004). The course and psychosocial correlates of personality disorder symptoms in adolescence: Erikson's developmental theory revisited. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(5), 373-387.
- Crick, N.R., Woods, K., Murray-Close, D., & Han, G. (2007). The development of borderline personality disorder: Current progress and future directions. Dans A. Freeman & M. A. Reinecke (Éds), *Personality Disorders in Childhood and Adolescence* (pp. 341-384.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- De Brito, S. A., & Hodgins, S. (2009). Antisocial personality disorder. Dans M. McMurrin & R. C. Howard (Éds), *Personality, Personality Disorder and Violence*, (pp. 133-153). Oxford, Angleterre: Wiley-Blackwell.
- Delisle, G. (1993). *Les troubles de la personnalité* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC: Les Éditions du Reflet, CIG.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité: perspectives développementales*. Montréal, QC: Les Éditions du Reflet, CIG.
- Depue, R. A., & Lenzenweger, M. F. (2006). Toward a developmental psychopathology of personality disturbance: A neurobehavioral dimensional model. Dans D. Cicchetti & D. J. Cohen (Éds.), *Developmental Psychopathology, Vol. 2: Development Neuroscience* (2<sup>e</sup> éd., pp. 762-796). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons.
- De Reus, R. J. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2012). Obsessive-compulsive personality disorder: A review of current empirical findings. *Personality and Mental Health*, 6(1), 1-21.
- Derefinko, K. J. , & Widiger, T. A. (2008). Antisocial personality disorder. Dans S. H. Fatemi & P. J. Clayton (Éds), *The medical basis of psychiatry* (3<sup>e</sup> éd., 213-226). Totowa, NJ: Humana Press.
- Douglas, K., Chan, G., Gelernter, J., Arias, A. J., Anton, R. F., Poling, J., ... Kranzler, H. R. (2011). 5-HTTLPR as a potential moderator of the effects of adverse childhood experiences on risk of antisocial personality disorder. *Psychiatric Genetics*, 21(5), 240-248. doi: 10.1097/YPG.0b013e3283457c15.

- Douvan, E. (1997). Erik Erikson: Critical times, critical theory. *Child Psychiatry and Human Development*, 28(1), 15-21.
- Dunn, H., Morrison, A. P., & Bentall, R. P. (2006). The relationship between patient suitability, therapeutic alliance, homework compliance and outcome in cognitive therapy for psychosis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(3), 145-152.
- Eagle, M. (1997). Contributions of Erik Erikson. *The Psychoanalytic Review*, 84(3), 337-347.
- Eaton, T. T., Abeles, N., & Gutfreund, M. J. (1988). Therapeutic alliance and outcome: Impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25(4), 536-542.
- Eggum, N. D., Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Valiente, C., Edwards, A., Kupper, A. S., & Reisler, M. (2009). Predictors of withdrawal: Possible precursors of avoidant personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(3), 815-838.
- Ericson, M., Tuvblad, A. R., Young-Wolff, K., & Baker, L. A. (2011). Heritability and longitudinal stability of schizotypal traits during adolescence. *Behavior Genetics*, 41(4), 499-511. doi: 10.1007/s10519-010-9401-x.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society*. New York, NY : W.W. Norton & Company. (Ouvrage original publié en 1950).
- Erikson, E. H. (1966). *Enfance et société* (2<sup>e</sup> éd.) (New York, NY, 1950, 1963). Traduction française par A. Cardinet, Neuchâtel, Suisse: Delachaux et Niestlé.
- Erikson, E. H. (1972). *Adolescence et crise: la quête de l'identité* (Oxford, Angleterre, 1968). Traduction française par J. Nass et C. Louis-Combet, Paris, France: Flammarion.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed. Extended version with new chapters on the ninth stage of development by Joan M. Erikson*. New York, NY: W.W. Norton & Company. (Ouvrage original écrite uniquement par E. H. Erikson et publié en 1982).
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1989). *Vital Involvement in old age*. New York, NY: W.W. Norton & Company. (Ouvrage original publié en 1986).

- Erikson, J. M. (1988). *Wisdom and the senses*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Eskeidal, G. A., & Demetri, J. M. (2006). Etiology and treatment of cluster C personality disorders. *Journal of Mental Health Counseling, 28*(1), 1-17.
- Esterberg, M. L., Goulding, S. M., & Walker, E. F. (2010). Cluster A personality disorders: Schizotypal, schizoid and paranoid personality disorders in childhood and adolescence. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*(4), 515-528.
- Ferguson, B., & Tyrer, P. (1988). Classifying personality disorder. Dans P. Tyrer (Éd.), *Personality disorders: Diagnosis, management and course* (pp. 1-11). Kent, England: Wright.
- Fernando, J. (1998). The etiology of narcissistic personality disorder. *The Psychoanalytic study of the child, 53*, 141-158.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology* [numéro special: *Precursors and diverse pathways to personality disorder in children and adolescents: Partie 2*], *21*(4), 1355-1381. doi: 10.1017/S0954579409990198.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011). Mentalization and the roots of borderline personality disorder in infancy. Dans H. E. Fitzgerald, K. Puura, M. Tomlinson, & C. Paul (Éds), *International perspectives on children and mental health, Vol. 1: Development and context* (pp. 129-153). Santa Barbara, CA: Praeger/ABC-CLIO.
- Forman, M. (1981). Narcissistic personality disorder as a regression to a preoedipal phase of phallic narcissism. *Hillside Journal of Clinical Psychiatry, 3*(1), 45-59.
- Freeman, A. (2007). The narcissistic child: When a state becomes a trait. Dans A. Freeman & M. A. Reinecke (Éds), *Personality Disorders in Childhood and Adolescence* (pp. 385-427). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Friedman, L. J. (1999). *Identity's architect: A biography of Erik H. Erikson*. New York, NY: Scribner.
- Fung, A. L., & Raine, A. (2012). Peer victimization as a risk factor for schizotypal personality in childhood and adolescence. *Journal of Personality Disorders, 26*(3), 428-434.

- Fusco, G. M., & Freeman, A. (2007). Negativistic personality disorder in children and adolescents. Dans A. Freeman & M. A. Reinecke (Éds), *Personality Disorders in Childhood and Adolescence* (pp. 639-679). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Gagnon, P. (1997). *Système d'interprétation MMPI-2*. Gatineau, QC: Centre Hospitalier Pierre-Janet. (Original publié en 1992).
- Geangu, E. (2009). Empathy development - Insights from early years. Introduction to the special issue. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal* [numéro special: *Empathy development - Insights from early years*], 13(4), 363-366.
- Geiger, T. C., & Crick, N. R. (2010). Developmental pathways to personality disorders. Dans R. E. Ingram & J. M. Price (Éds), *Vulnerability to psychopathology : Risk across the lifespan* (2<sup>e</sup> éd., pp. 57-108). New York, NY : Guilford Press.
- Gliem, J. A., & Gliem, R. R. (2003). Calculating, interpreting, and reporting Cronbach's alpha reliability coefficient for Likert-type scales. Communication présentée à la 22<sup>e</sup> Midwest Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education, Columbus, OH.
- Gold, J., Rogers, J.D. (1995). Intimacy and isolation : A validation study of Erikson's theory. *Journal of Humanistic Psychology*, 35(1), 78-86.
- Graham, J. R. (2006). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (4<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Oxford University Press.
- Green, S. B., Lissitz, R. W., & Mulaik, S. A. (1977). Limitations of coefficient alpha as an index of test unidimensionality. *Educational and Psychological Measurement*, 37(4), 827-838.
- Greene, R. R. (2008). Psychosocial theory. Dans B. A. Thyer, K. M. Sowers, & C. N. Dulmus (Éds), *Comprehensive Handbook of Social Work and Social Welfare: Vol. 2. Human behavior in the social environment* (pp. 229-255). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Gudjonsson, G.H., & Main, N. (2008). How are personality disorders related to compliance?. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(2), 180-190.
- Guilford, J. P. (1973). *Fundamental statistics in psychology and education* (5<sup>e</sup> éd.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Gulliksen, H. (1962). *Theory of mental tests*. New York, NY: John Wiley & Sons.

- Hannah, M. T., Domino, G., Figuerredo, A. J., & Hendrickson, R. (1996). The prediction of ego integrity in older persons. *Educational and Psychological Measurement, 56*(6), 930-950.
- Hans, S. L., Auerbach, J. G., Nuechterlein, K. H., Asarnow, R. F., Asarnow, J., Styr, B., & Marcus, J. (2009). Neurodevelopmental factors associated with schizotypal symptoms among adolescents at risk for schizophrenia. *Development and Psychopathology, 21*(4), 1195-1210. doi: 10.1017/S0954579409990113.
- Hathaway, S.R., & McKinley, J. C. (1999). *Inventaire de personnalité multiphasique du Minnesota-2* (Minneapolis, MN, 1989). Traduction française par G. L. Ramsay, Minneapolis, MN: Les Presses de l'Université du Minnesota.
- Hawley, G. A. (1984). *Construction and validation of an Eriksonian measure of psychosocial development*. (Thèse de doctorat inédite). University of North Carolina, Chapel Hill, NC.
- Hayashi, K., & Kamata, A. (2005). A note on the estimator of the alpha coefficient for standardized variables under normality. *Psychometrika, 70*(3), 579-586.
- Hinton, P. R., Brownlow, C., McMurray, I., & Cozens, B. (2004). *SPSS explained*. New York, NY: Routledge.
- Hoare, C. H. (2002). *Erikson on development in adulthood*. New York, NY: Oxford University Press.
- Hoare, C. H. (2005). Erikson's general and adult developmental revisions of Freudian thought: "Outward, Forward, Upward". *Journal of Adult Development, 12*(1), 19-31.
- Hoare, C. (2013a). Three missing dimensions in contemporary studies of identity : The unconscious, negative attributes, and society. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology, 33*(1), 51-67.
- Horst, E. A. (1995). Reexamining gender issues in Erikson's stages of identity and intimacy. *Journal of Counseling & Development, 73*(3), 271-278.
- Imbesi, L. (2000). On the etiology of narcissistic personality disorder. *Issues in Psychoanalytic Psychology, 22*(2), 43-58.
- Ingraham, L. J. (1995). Family-genetic research and schizotypal personality. Dans A. Raine, T. Lencz, & S. A. Mednick (Éds), *Schizotypal personality* (pp. 19-42). New York, NY: Cambridge University Press.

- Institut de la statistique du Québec. *Le bilan démographique du Québec* (éd. 2013). Québec, QC. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographique/bilan2013.pdf>.
- Johnson, J. (1993). Relationships between psychosocial development and personality disorder symptomatology in late adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(1), 33-42.
- Jones, A. (2005). An examination of three sets of MMPI-2 personality disorder scales. *Journal of Personality Disorders*, 19(4), 370-385.
- Kantor, M. (2003). *Distancing: Avoidant personality disorder, revised and expanded*. Westport, CT: Praeger /Greenwood.
- Keinänen, M. T., Johnson, J. G., Richards, E. S., & Courtney, E. A. (2012). A systematic review of the evidence-based psychosocial risk factors for understanding of borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(1), 65-91.
- Keren, M., & Tyano, S. (2012). Antecedents in infancy of personality disorders: The interplay between biological and psychological processes. Dans M. E. Garralda & J. P. Raynaud (Éds), *Brain, mind, and developmental psychopathology in childhood* (pp. 31-51). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. *Psychoanalytic Quarterly*, 75(4), 969-1004.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. Dans M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Éds), *Major theories of personality disorder* (2<sup>e</sup> éd., pp.114-156). New York, NY: Guilford Press.
- Kishton, J. (1994). Contemporary Eriksonian theory : A psychobiographical illustration. *Gerontology and Geriatric Education*, 14(4), 81-91.
- Klein, M., (1991). Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés. Dans M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs, & J. Riviere, (Éds), *Développements de la psychanalyse* (6<sup>e</sup> éd., pp. 187-222) (Londres, Angleterre: Hogart Press, 1952). Traduction française par Willy Baranger, Paris, France: Presses universitaires de France.
- Knafo, A., Zahn-Waxler, C., Van Hulle, C., Robinson, J. L., & Rhee, S. H. (2008). The developmental origins of a disposition toward empathy: Genetic and environmental contributions. *Emotion*, 8(6), 737-752.

- Kohut, H. (1974). *Le Soi: la psychanalyse des transferts narcissiques* (New York, NY: International Universities Press, 1971). Traduction française par Monique André Lussier, Paris, France: Presses universitaires de France.
- Kopalle, P. K., & Lehmann, D. R. (1997). Alpha inflation? The impact of eliminating scale items on Cronbach's alpha. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 70(3), 189-197.
- Kraus, G., & Reynolds, D. J. (2001). The " A-B-C'S " of the cluster B'S: Identifying, understanding, and treating cluster B personality disorders. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 345-373.
- Krohn, A., & Krohn, J. (1982). The nature of the Oedipus complex in the Dora case. *Monographs of the Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30(3), 555-578.
- Lansky, M. R. (2003). Discussion of Peter Fonagy et al.'s "The development roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence". *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 460-472.
- Leichsenring, F., Leiblin, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Lencz, T., Raine, A., Benishay, D. S., Mills, S., & Bird, L. (1995). Neuropsychological abnormalities associated with schizotypal personality. Dans A. Raine, T. Lencz, & S. A. Mednick (Éds), *Schizotypal personality* (pp. 289-328). New York, NY: Cambridge University Press.
- Lenzenweger, M. F. (2010). A source, a cascade, a schizoid: A heuristic proposal from the longitudinal study of personality disorders. *Development and Psychopathology* [numéro spécial: *Developmental cascades: Partie 2*], 22(4), 867-881. doi: 10.1017/S0954579410000519.
- Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (Éds). (2005). *Major theories of personality disorders* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Levy, K. N., Reynoso, J. S., Wasserman, R. H., & Clarkin, J. F. (2007). Narcissistic personality disorder. Dans W. O'Donohue, Fowler, K. A., & S. O. Lilienfeld (Éds), *Personality disorders: Toward the DSM-V* (pp. 233-277). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lis, E., Greenfield, B., Henry, M., Guilé, J. M., & Dougherty, G. (2007). Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: A review. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 32(3), 162-173.

- Livesley, W. J., & Jang, K. L. (2008). The behavioral genetics of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 247-274.
- Loas, G. (2013). La personnalité dépendante. Dans J.-D. Guelfi & P. Hardi (Éds), *Les personnalités pathologiques* (pp. 180-191). Paris, France: Lavoisier.
- Lyddon, W. J., & Alford, D. J. (2007). Personality disorders: A cognitive developmental perspective. Dans A. Freeman & M. A. Reinecke (Éds), *Personality Disorders in Childhood and Adolescence* (pp. 99-130). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Lyddon, W. J., & Sherry, A. (2001). Developmental personality styles: An attachment theory conceptualisation of personality disorders. *Journal of Counseling & Development*, 79(4), 405-414.
- Machón, R. A., Huttunen, M. O., Mednick, S. A., & LaFosse, J. (1995). Schizotypal personality disorder characteristics associated with second-trimester disturbance of neural development. Dans A. Raine, T. Lencz, & S. A. Mednick (Éds), *Schizotypal personality* (pp. 43-55). New York, NY: Cambridge University Press.
- Magnavita, J. J. (2007). A systemic family perspective on child and adolescent personality disorders. Dans A. Freeman & M. A. Reinecke (Éds), *Personality Disorders in Childhood and Adolescence* (pp. 131-181). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Malancharuvil, J. M. (2012). Empathy deficit in antisocial personality disorder: A psychodynamic formulation. *The American Journal of Psychoanalysis*, 72(3), 242-250.
- Marcia, J. E. (2002). Identity and psychosocial development in adulthood. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 2(10), 7-28.
- Marcia, J. E. (2006). Ego identity and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 577-596.
- Martens, W. H. J. (2010). Schizoid personality disorder linked to unbearable and inescapable loneliness. *The European Journal of Psychiatry*, 24(1), 38-45.
- Martineau, G. (1982). Exploration des valeurs possibles du coefficient  $\alpha$  de Cronbach. *Revue des sciences de l'éducation*, 8(1), 135-143.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Guilford Press.

- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2005). An attachment model of personality disorders. Dans M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Éds), *Major theories of personality disorder* (2<sup>e</sup> éd., pp. 231-281). New York, NY: Guilford Press.
- Milne, L., Peel, K., & Greenway, P. (2012). The role of parental discipline and family environment during childhood and in cluster B personality symptoms in adulthood. Dans A. M. Columbus (Éd.), *Advances in Psychology Research* (Vol. 88, pp. 95-115). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Mittal, V. A., Kalus, O., Bernstein, D. P., & Siever, L. J. (2007). Schizoid personality disorder. Dans W. O'Donohue, Fowler, K. A., & S. O. Lilienfeld (Éds), *Personality disorders: Toward the DSM-V* (pp. 63-79). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Morey, L. C., Hopwood, C. J., & Klein, D. N. (2007). Passive-aggressive, depressive, and sadistic personality disorders. Dans W. O'Donohue, Fowler, K. A., & S. O. Lilienfeld (Éds), *Personality disorders: Toward the DSM-V* (pp. 353-374). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Newman, B. M., & Newman, P. R. (1983). *Understanding adulthood*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.
- Newman, B. M., & Newman, P. R. (2012). *Development through life: A psychosocial approach* (11<sup>e</sup> éd.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Nunnally, J. C. (1967). *Psychometric theory*. New York, NY: McGraw-Hill.
- O'Connor, B. P. (2008). Other personality disorders. Dans M. Hersen & J. Rosqvist (Éds), *Handbook of Psychological Assessment, Case Conceptualization, and Treatment*, (Vol. 1, pp. 438-462). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Olin, S. S., Raine, A., Cannon, T. D., Parnas, J., Schulsinger, F., & Mednick, S. A. (1997). Childhood behavior precursors of schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 23(1), 93-103.
- Paris, J. (2007a). Temperament and personality disorders in childhood and adolescence. Dans A. Freeman & M. A. Reinecke (Éds), *Personality Disorders in Childhood and Adolescence* (pp. 55-73). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Paris, J. (2007b). The nature of borderline personality disorder : Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 457-473.
- Paris, J. (2008). Recent advances in research on personality disorders. *Current Psychiatry Reviews*, 4(1), 10-13.

- Parpottas, P. (2012). A critique on the use of standard psychopathological classifications in understanding human distress: The example of 'schizoid personality disorder'. *Counseling Psychology Review*, 27(1), 44-52.
- Perez, P. R. (2012). The etiology of psychopathy: A neuropsychological perspective. *Aggression and Violent Behavior*, 17(6), 519-522.
- Perry, J. C. (2011). *The wish & fear list* (4<sup>e</sup> éd. b). Document transmis par l'auteur.
- Perry, J. C., & Despland, J. N. (2011). A pilot study of wishes and fears (motives) among personality disorders. *Canadian Journal of Psychoanalysis / Revue Canadienne de Psychanalyse*, 19(1), 3-31.
- Pollak, J. M. (1979). Obsessive-compulsive personality: A review. *Psychological Bulletin*, 86(2), 225-241.
- Pretzer, J. L., & Beck, A. T. (2005). A cognitive theory of personality disorders. Dans M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Éds), *Major theories of personality disorders* (2<sup>e</sup> éd., pp. 43-113). New York, NY: Guilford Press.
- Raine, A. (2006). Schizotypal personality: Neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 291-326.
- Rangel, R. (2012). Women and borderline personality disorder. Dans P. K. Lundberg-Love, K. L. Nadal, & M. A. Paludi (Éds), *Women and Mental Disorders: Vol. 3 Women and Common Mental Disorders* (pp. 153-172). Santa Barbara, CA: Praeger/ABC-CLIO.
- Reichborn-Kjennerud, T. (2008). Genetics of personality disorders. *Psychiatric clinics of North America*, 31(3), 421-440.
- Rinsley, D. (1988). A review of the pathogenesis of borderline and narcissistic personality disorders. Dans S. C. Feinstein, A. H. Esman, J. G. Looney, G. H. Orvin, J. L. Schimel, A. Z. Schwartzberg, ... M. Sugar (Éds), *Adolescent Psychiatry: Developmental and Clinical Studies* (Vol. 15, pp. 387-406). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Ritter, K., Dziobek, I., Preißler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T., ...Roepke, S. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 241-247.
- Robin, J. A., Cohan, S. L., Hambrick, J., & Albano, A. M. (2007). Avoidant personality disorder. Dans A. Freeman & M. A. Reinecke (Éds), *Personality Disorders in Childhood and Adolescence* (pp. 611-637). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

- Rosenfarb, I. S., & Juan, M. A. (2006). Schizotypal personality disorder. Dans J. E. Fisher & W. T. O'Donohue (Éds), *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy* (pp. 593-599). New York, NY: Springer Science.
- Schore, A. N. (2008) *La régulation affective et la réparation du Soi* (New York, NY, 2003). Traduction française par le groupe NeuROgestalt, Montréal, QC: CIG.
- Schwartz, S. J. (2005). A new identity for identity research: Recommendations for expanding and refocusing the identity literature. *Journal of Adolescent Research*, 20(3), 293-308.
- Schwartz, S. J. (2001). The evolution of Eriksonian and neo-Eriksonian identity theory and research: a review and integration. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 1(1), 7-58.
- Sherry, A., & Henson, R. K. (2005). Conducting and interpreting canonical correlation analysis in personality research: A user-friendly primer. *Journal of personality assessment*, 84(1), 37-48.
- Sherry, A., Lyddon, W. J., & Henson, R. K. (2007). Adult attachment and developmental personality styles: An empirical study. *Journal of Counseling & Development*, 85(3), 337-348.
- Sherry, A., & Whilde, M. R. (2008). Borderline personality disorder. Dans M. Hersen & J. Rosqvist (Éds), *Handbook of Psychological Assessment, Case Conceptualization, and Treatment* (Vol. 1, pp. 403-437). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Siever, L. J., Koenigsberg, H. W., & Reynolds, D. (2003). Neurobiology of personality disorders. Dans D. Cicchetti & E. Walker (Éds), *Neurodevelopmental mechanisms in psychopathology* (pp.405-427). New York, NY: Cambridge University Press.
- Skodol, A. E., Grilo, C. M., Keyes, K., Geier, T., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *The American Journal of Psychiatry*, 168(3), 257-264.
- Slater, C. L. (2003). Generativity versus stagnation: an elaboration of Erikson's adult stage of human development. *Journal of Adult Development*, 10(1), 53-65.
- Sneed, J. R. (2002). *A 34-year sequential study of psychosocial development in adulthood*. (Thèse de doctorat inédite). University of Massachusetts, Amherst, MA.
- Székács-Schönberger, S. (1987). Transparency, creativity and interpretation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 14(2), 203-219.

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5<sup>e</sup> éd.). Boston, MA: Pearson.
- Thomaes, S., Bushman, B. J., De Castro, B. O., & Stegge, H. (2009). What makes narcissists bloom? A framework for research on the etiology and development of narcissism. *Development and psychopathology* [numéro spécial: *Precursors and diverse pathways to personality disorder in children and adolescents: Partie 2*], 21(4), 1233-1247. doi: 10.1017/S0954579409990137.
- Thompson-Pope, S. K., & Turkat, I. D. (1993). Schizotypal, schizoid, paranoid, and avoidant personality disorders. Dans P. B. Sutker & H. E. Adams (Éds), *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (2<sup>e</sup> éd., pp. 411-434). New York, NY: Plenum Press.
- Tredget, J. E. (2001). The aetiology, presentation and treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 347-356.
- Turner, R. M. (1994). Borderline, narcissistic, and histrionic personality disorders. Dans M. Hersen & R. T. Ammerman (Éds), *Handbook of Prescriptive Treatments for Adults* (pp. 393-420). New York, NY: Plenum Press.
- Tyrer, P., & Ferguson, B. (1988). Development of the concept of abnormal personality. Dans P. Tyrer (Éd.), *Personality disorders: Diagnosis, management and course* (pp. 1-11). Kent, England: Wright.
- Tyson, P., & Tyson, R. L. (1985). Narcissisme et développement du Surmoi. *Psychiatrie de l'enfant*, 28(2), 301-323.
- Vuailat, S. (2003). La personnalité schizoïde: l'apport original de Fairbairn. *L'évolution psychiatrique*, 68(3), 409-420.
- Wallerstein, R. S. (1998). Erikson's concept of ego identity reconsidered. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46(1), 229-247.
- Wastell, C. A. (1996). Feminist developmental theory: Implications for counselling. *Journal of Counselling & Development*, 74(6), 575-581.
- Waterman, A. S., & Whitbourne, S. K. (1981). The Inventory Psychosocial Development: A review and evaluation. *Journal Supplement Abstract Service: Catalog of Selected Documents in Psychology*, 11(5), Ms. 2179.
- Waterman, A. S., & Whitbourne, S. K. (1982). Androgyny and psychosocial development among college students and adults. *Journal of Personality*, 50(2), 121-133.

- Westermeyer, J.F. (2004). Predictors and characteristics of Erikson's life cycle model among men: A 32-year longitudinal study. *The International Journal of Aging & Human Development*, 58(1), 29-48.
- Whitbourne, S. K., & Waterman, A. S. (1979). Psychosocial development during the adult years: Age and cohort comparisons. *Developmental Psychology*, 15(4), 373-378.
- Whitbourne, S. K., Zuschlag, M. K., Elliot, L. B., & Waterman, A. S. (1992). Psychosocial development in adulthood: A 22-year sequential study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(2), 260-271.
- Wilson, J. P., & Prabucki, K. (1983). Psychosocial antecedents of narcissistic personality syndrome. *Psychological Reports*, 53(3), 1231-1239.
- Yount, W. R. (2009). Transcendence and aging: The secular insights of Erikson and Maslow. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 21(1-2), 73-87.

## **Appendice A**

Informations générales détaillées des participants

### Informations générales détaillées des participants

<b>Nombre</b>	306		
<b>Genre</b>	hommes :	76	femmes : 230
<b>Âge</b>	moyen :	39,15 ans	écart-type : 11,53 ans
	minimum :	18 ans	maximum : 69 ans
		<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
	moyen :	41,75 ans	38,29 ans
	écart-type :	11,34 ans	11,48 ans
	minimum :	18 ans	18 ans
	maximum :	69 ans	69 ans
<b>Statut matrimonial</b>	marié(e) : 87	séparé(e) – divorcé(e) : 46	
	union de fait : 88	célibataire : 83	veuf(ve) : 2
<b>Nombre d'enfants</b>	aucun : 124	1 enfant : 58	3 enfants : 33
	2 enfants : 85	4 enfants : 6	
<b>Niveau de scolarité</b>	primaire : 2	secondaire : 63	collégial : 81
	certificat : 20	baccalauréat : 77	maîtrise : 20
	diplôme d'études professionnelles : 33		doctorat : 9
			autres : 1
		<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
	primaire :	1	1
	secondaire :	23	40
	diplôme prof.:	6	27
	collégial :	21	60
	certificat :	2	18
	baccalauréat :	16	61
	maîtrise :	4	16
	doctorat :	2	7
	autres :	1	0
<b>Nombre d'années de scolarité</b>	moyenne : 15 ans      écart-type : 3,01		
	minimum : 6 ans      maximum : 27 ans		
		<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
	moyenne :	14,70 ans	15,09 ans
	écart-type :	3,70 ans	2,76ans
	minimum :	6 ans	8 ans
	maximum :	27 ans	25 ans

## Occupation

travailleur(se) :	224
travailleur(se) et étudiant :	5
travailleur(se) mais en congé maladie ou maternité :	14
sans emploi rémunéré :	23
retraité(e) :	11
étudiant(e) :	24
bénéficiaire d'aide gouvernementale :	5

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
travailleur :	58	166
travailleur et étudiant :	0	5
congé maladie :	2	ou maternité : 12
sans emploi rémunéré :	5	18
retraité :	3	8
étudiant :	5	19
bénéficiaire d'aide gouv. :	3	2

## Régions

Abitibi-Témiscamingue :	18	Centre-du-Québec :	26
Outaouais :	18	Québec :	8
Montréal-Laval :	30	Saguenay-Lac-St-Jean :	18
Montérégie :	19	Charlevoix :	3
Laurentides :	39	Côte-Nord :	11
Estrie :	35	Chaudière-Appalaches :	7
Lanaudière :	33	Bas-St-Laurent :	1
Mauricie :	27	Gaspésie :	1

## Psychothérapie précédente

jamais eu de suivi psychothérapeutique auparavant :	138
déjà eu un suivi psychothérapeutique auparavant :	168
Durée du suivi psychothérapeutique précédent parmi ceux qui ont déjà consulté auparavant :	
Moyenne : 11,88 mois	écart-type : 21,52 mois
minimum : 1 rencontre	maximum : 180 mois (15 ans)

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
jamais eu de suivi :	36	102
déjà eu un suivi :	40	128
moyenne du suivi :	7,82 mois	13,12 mois
écart-type :	9,64 mois	23,91 mois
minimum :	2 rencontres	1 rencontre
maximum :	36 mois	180 mois

**Nombre de rencontres du suivi psychothérapeutique au moment de la passation**

non spécifié :	1
2 rencontres :	14
3 rencontres :	194
4 rencontres :	87
5 rencontres :	7
6 rencontres :	2
8 rencontres :	1

**Genre du thérapeute du participant**

thérapeutes masculins :	67
thérapeutes féminins :	239

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
thérapeutes masculins :	22	45
thérapeutes féminins :	54	185

**Approche thérapeutique du thérapeute selon celui-ci**

humaniste-existentielle :	90
psychodynamique-psychanalyse :	20
cognitive-behavioral :	23
systemique-interactionnelle :	18
existentielle et analytique :	45
existentielle et cognitive :	50
existentielle et systemique :	18
analytique et cognitive :	21
analytique et systemique :	10
systemique et cognitive :	11

**Prise de médicaments psychotropes**

aucun :	205	au moins un type :	101
		<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
aucun :		53	152
au moins un type :		23	78

**Résultats demandés**

désirent leurs résultats :	286	ne désirent pas leurs résultats :	20
		<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
désirent leurs résultats :		71	215
ne désirent pas leurs résultats :		5	15

## **Appendice B**

Les instruments de mesure

## QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES

Sexe :  Homme  Femme

Âge : \_\_\_\_\_

Quel est votre statut social?

- Marié(e)  Séparé(e)- Divorcé(e)  
 Union de fait  Célibataire  
 Veuf(ve)  Religieux(se)

Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

Nombre d'années de scolarité : \_\_\_\_\_

Quel est votre niveau de scolarité?

- Primaire  Baccalauréat  Autre \_\_\_\_\_  
 Secondaire  Maîtrise  Aucun  
 Collégial  Doctorat

Quelle est votre occupation actuelle?

- Travailleur(se)  Bénéficiaire d'aide sociale ou autre aide gouvernementale  
 Sans emploi rémunéré  Étudiant(e)  
 Retraité(e)  Autre \_\_\_\_\_

Dans quelle région habitez-vous? \_\_\_\_\_

Quelle est votre nationalité d'origine? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà suivi une autre psychothérapie auparavant?  Oui  Non

Si oui, combien de temps a duré cette précédente psychothérapie? \_\_\_\_\_

Combien de rencontres avez-vous eu jusqu'ici avec votre thérapeute dans votre présente thérapie? \_\_\_\_\_

Si vous la connaissez, indiquez l'approche théorique de votre thérapeute actuel :  
\_\_\_\_\_

Prenez-vous actuellement des médicaments liés à votre état psychologique?

- Oui  Non

Si oui, indiquez, si possible, le nom ou le type de médicaments :  
\_\_\_\_\_

## INVENTAIRE DE PERCEPTION DE SOI

À la suite des consignes que voici, vous trouverez une liste de 80 items et expressions utilisés par des gens pour se décrire eux-mêmes. Veuillez utiliser la liste pour vous décrire vous-mêmes, le plus honnêtement possible, selon ce que vous ressentez et croyez être. Chaque énoncé est suivi de nombres allant de 1 à 7. Encerclez le chiffre un (1) lorsque les énoncés ne vous caractérisent absolument pas du tout, le chiffre deux (2) lorsque les énoncés ne vous caractérisent vraiment pas, et ainsi de suite. Encerclez le chiffre sept (7) si l'énoncé vous caractérise tout à fait. En d'autres termes :

- 1 = ne vous caractérise absolument pas du tout (le moins caractéristique de vous)
- 2 = ne vous caractérise vraiment pas
- 3 = ne vous caractérise pas vraiment
- 4 = ni caractéristique, ni non-caractéristique de vous
- 5 = vous caractérise quelque peu
- 6 = vous caractérise très bien
- 7 = vous caractérise tout à fait (le plus caractéristique de vous)

Assurez-vous, en faisant vos choix, de vous laisser guider par votre meilleur jugement de qui vous êtes vraiment. Il n'est pas nécessaire de réfléchir trop longuement à vos choix; vos premières impressions sont généralement les meilleures. Répondez aux énoncés dans l'ordre. Assurez-vous de répondre à tous les items.

- |  |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. calme et serein(e)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. une réaction machinale à toutes situations                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. aventureux(se)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. incapable de réaliser mes ambitions                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. débordant(e) de confiance                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. peu de considération pour le reste du monde                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. je me préoccupe de la génération suivante                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. j'aurais souhaité faire les choses autrement                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. incapable de tolérer la frustration et tout me frustre      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. j'accorde plus de valeur à l'indépendance qu'à la sécurité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

11. j'ai peu d'appétit sexuel	1	2	3	4	5	6	7
12. consciencieux(se) et vaillant(e)	1	2	3	4	5	6	7
13. prétentieux(euse), tout chez moi est apparence, faux-semblant	1	2	3	4	5	6	7
14. franc(he), ne crains pas de me dévoiler	1	2	3	4	5	6	7
15. blasé(e)	1	2	3	4	5	6	7
16. je respecte la dignité des êtres humains	1	2	3	4	5	6	7
17. ouvert(e) aux nouvelles idées	1	2	3	4	5	6	7
18. méticuleux(se) et extrêmement, trop organisé(e)	1	2	3	4	5	6	7
19. dynamique	1	2	3	4	5	6	7
20. je ne m'applique pas pleinement	1	2	3	4	5	6	7
21. naturel(le) et authentique	1	2	3	4	5	6	7
22. je me soucie surtout de ma personne	1	2	3	4	5	6	7
23. les autres peuvent compter sur moi	1	2	3	4	5	6	7
24. j'ai l'impression que je ne vauds rien	1	2	3	4	5	6	7
25. incapable de partager quoi que ce soit	1	2	3	4	5	6	7
26. libre et spontané(e)	1	2	3	4	5	6	7
27. crains l'impuissance	1	2	3	4	5	6	7
28. intéressé(e) à apprendre et j'aime étudier	1	2	3	4	5	6	7
29. je m'éparpille, sans approfondir	1	2	3	4	5	6	7
30. chaleureux(se) et amical(e)	1	2	3	4	5	6	7
31. la vie est vide de sens, futile, insignifiante	1	2	3	4	5	6	7
32. humain(e), compatissant(e) et en harmonie	1	2	3	4	5	6	7

33. je suis d'un optimisme inébranlable	1	2	3	4	5	6	7
34. prudent(e), hésitant(e), habité(e) par le doute	1	2	3	4	5	6	7
35. ambitieux(se)	1	2	3	4	5	6	7
36. je gaspille mon temps	1	2	3	4	5	6	7
37. posé(e)	1	2	3	4	5	6	7
38. très solitaire	1	2	3	4	5	6	7
39. utile, prolifique	1	2	3	4	5	6	7
40. j'ai une attitude négative envers l'humanité	1	2	3	4	5	6	7
41. pessimiste, peu d'espoir	1	2	3	4	5	6	7
42. je me tiens debout	1	2	3	4	5	6	7
43. je pense trop à d'autres choses qu'à celles auxquelles je devrais penser	1	2	3	4	5	6	7
44. sérieux(se), ai des critères élevés	1	2	3	4	5	6	7
45. tente de paraître à mon aise	1	2	3	4	5	6	7
46. je me soucie des autres	1	2	3	4	5	6	7
47. je suis comme une mare stagnante	1	2	3	4	5	6	7
48. prêt(e) à tout miser sur qui je suis	1	2	3	4	5	6	7
49. capable de prendre les choses comme elles viennent	1	2	3	4	5	6	7
50. je me sens comme si j'étais suivi(e)	1	2	3	4	5	6	7
51. inventif(ve), prends plaisir à découvrir de nouvelles solutions à de nouveaux problèmes	1	2	3	4	5	6	7
52. inefficace, je ne fais pas grand-chose de ma vie	1	2	3	4	5	6	7
53. je sais qui je suis et ce que je veux de la vie	1	2	3	4	5	6	7

54. froid(e) et distant(e)	1	2	3	4	5	6	7
55. enthousiaste à propos de ce que je suis et de ce que je fais	1	2	3	4	5	6	7
56. la vie est trop longue	1	2	3	4	5	6	7
57. j'éprouve une vague nostalgie d'un paradis perdu	1	2	3	4	5	6	7
58. tranquillement, je fais mon propre chemin	1	2	3	4	5	6	7
59. grand(e) parleur(se), petit(e) faiseur(se)	1	2	3	4	5	6	7
60. j'accomplis beaucoup de choses, je suis vraiment productif(ve)	1	2	3	4	5	6	7
61. je ne sais jamais comment je me sens	1	2	3	4	5	6	7
62. j'agis avec tact dans les relations personnelles	1	2	3	4	5	6	7
63. je suis enlisé(e) dans une routine	1	2	3	4	5	6	7
64. la vie est un tout	1	2	3	4	5	6	7
65. confiance profonde et inébranlable en moi-même	1	2	3	4	5	6	7
66. toujours dans le tort, j'ai constamment une attitude repentante, désolée	1	2	3	4	5	6	7
67. sexuellement éveillé(e)	1	2	3	4	5	6	7
68. séducteur(trice), toujours en chasse	1	2	3	4	5	6	7
69. fier(ère) de ma personnalité et de mes valeurs	1	2	3	4	5	6	7
70. secrètement indifférent(e) aux opinions des autres	1	2	3	4	5	6	7
71. je suis un(e) mentor, prêt(e) à guider les autres	1	2	3	4	5	6	7
72. le temps se fait de plus en plus court, la fin se rapproche	1	2	3	4	5	6	7
73. je n'obtiens jamais ce que je veux vraiment	1	2	3	4	5	6	7

74. bon juge pour savoir quand me conformer et quand m'affirmer	1	2	3	4	5	6	7
75. inhibé(e) et je me limite beaucoup	1	2	3	4	5	6	7
76. j'excelle dans mon travail	1	2	3	4	5	6	7
77. peur de l'engagement	1	2	3	4	5	6	7
78. à l'aise dans les relations intimes	1	2	3	4	5	6	7
79. sentiment envahissant de ne pas faire partie du reste du monde, d'être à part des autres	1	2	3	4	5	6	7
80. ma vie a du sens	1	2	3	4	5	6	7

---

Veillez vérifier vos réponses et vous assurer que vous :

1. avez répondu à tous les 80 items
2. avez encerclé une seule réponse pour chaque énoncé

Merci

### PERCEPTION DE SOI (suite)

Utilisez la même échelle de mesure que précédemment pour vous guider dans vos réponses au présent questionnaire, soit :

- 1 = ne vous caractérise absolument pas du tout (le moins caractéristique de vous)
- 2 = ne vous caractérise vraiment pas
- 3 = ne vous caractérise pas vraiment
- 4 = ni caractéristique, ni non-caractéristique de vous
- 5 = vous caractérise quelque peu
- 6 = vous caractérise très bien
- 7 = vous caractérise tout à fait (le plus caractéristique de vous)

- |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Je ressens un défi à aller au-delà des problèmes et des fardeaux auxquels nous faisons face en ce monde          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. J'ai dépassé la peur de la mort  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Je m'intéresse davantage aux choses matérielles aujourd'hui  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. J'ai redécouvert un peu de la joie et de l'espièglerie de mes jeunes années                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Les choses simples de la vie ne me procurent pas de plaisir aujourd'hui  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Je me sens de plus en plus proche de ceux qui sont partis avant moi  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Surmonter les défis liés au vieillissement, me remonte le moral  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Je me sens plus préoccupé(e) maintenant par mes propres besoins que par les besoins des autres                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Je n'aime pas le rythme plus lent que prend la vie à mesure que je vieillis                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Je me sens libre d'outrepasser les limites que les autres essaient d'imposer et je vis ma vie à ma propre façon | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

- |  |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 11. Il y a de nouveaux bienfaits spirituels à explorer plus tard dans la vie                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Le sens de la vie me semble moins clair maintenant   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Je pense que le temps se limite à maintenant ou peut-être à la semaine prochaine                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. La mort est naturelle, le sort de toutes les espèces vivantes                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Je passe plus de temps à réfléchir tranquillement maintenant                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Comparé à lorsque j'étais plus jeune, j'ai moins l'esprit en paix maintenant                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. En vieillissant, le temps m'a libéré(e) des stress de la vie                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Je n'arrive pas à accepter les changements provoqués par le vieillissement                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Je veux m'investir autant dans une multitude d'activités sociales que lorsque j'étais plus jeune | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Je me suis réconcilié(e) avec toutes limites physiques imposées par l'âge                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Merci

## **Appendice C**

Figures reliant les quatre groupes de scores *T* des échelles de  
trouble de personnalité et les stades de développement

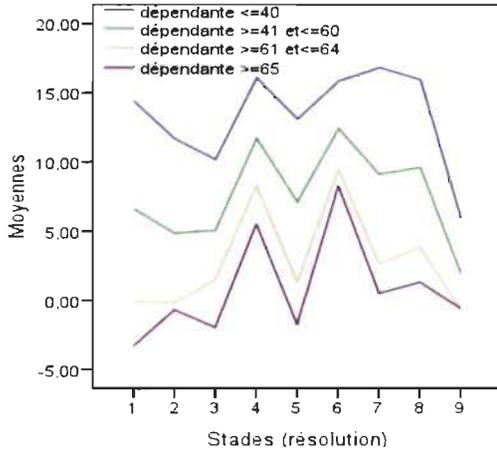


Figure 1. Profil échelle dépendante.

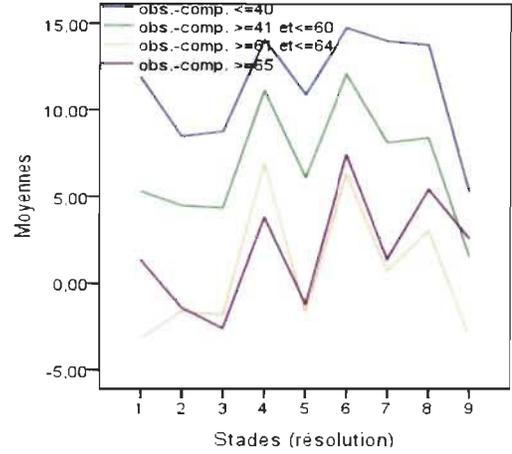


Figure 2. Profil échelle obsessionnelle-compulsive.

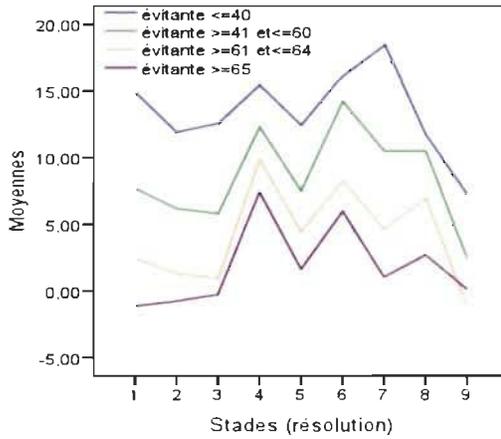


Figure 3. Profil échelle évitante.

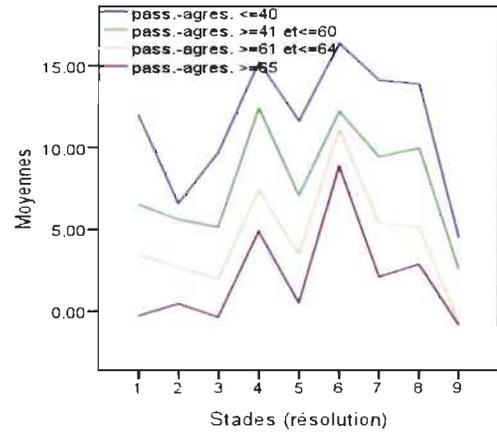


Figure 4. Profil échelle passive-agressive.

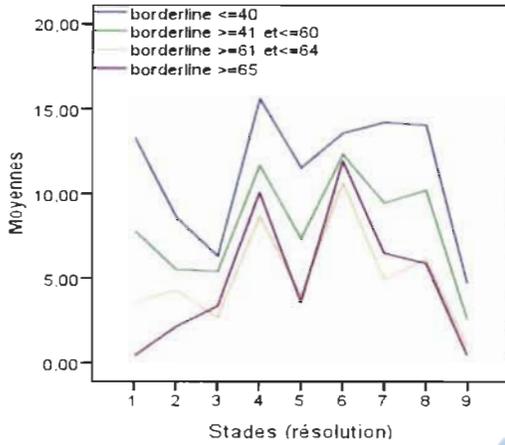


Figure 5. Profil échelle borderline.

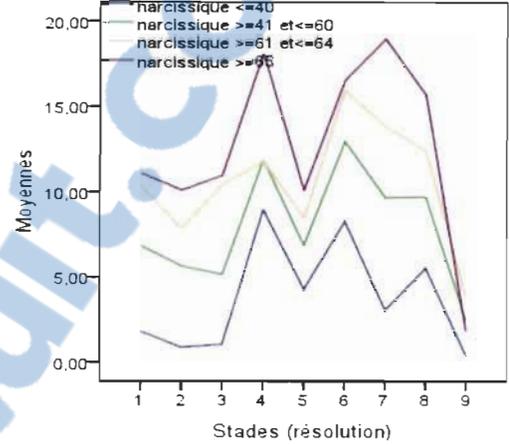


Figure 6. Profil échelle narcissique.

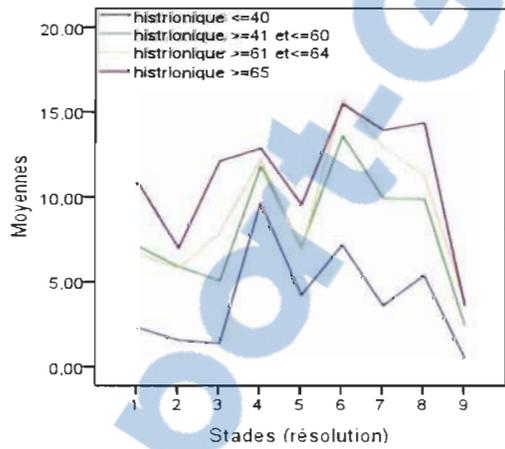


Figure 7. Profil échelle histrionique.

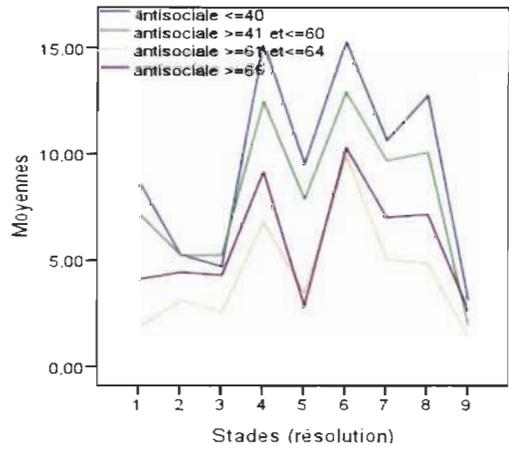


Figure 8. Profil échelle antisociale.

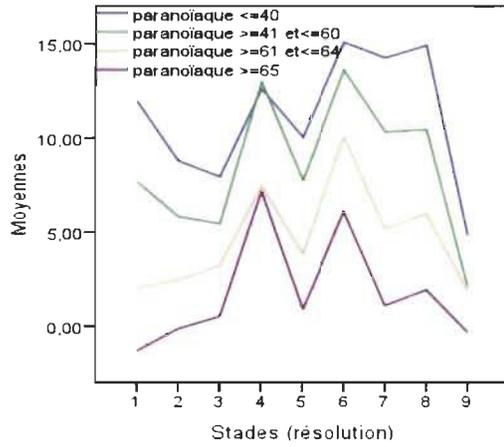


Figure 9. Profil échelle paranoïaque.

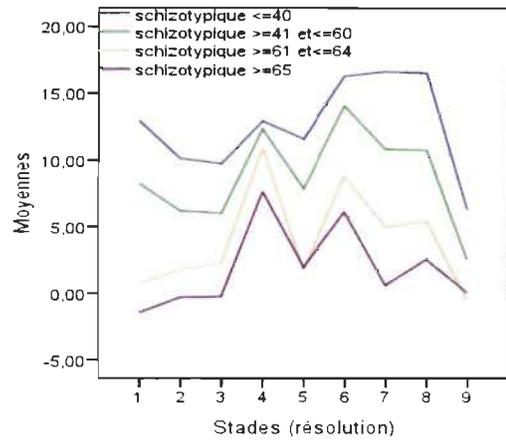


Figure 10. Profil échelle schizotypique.

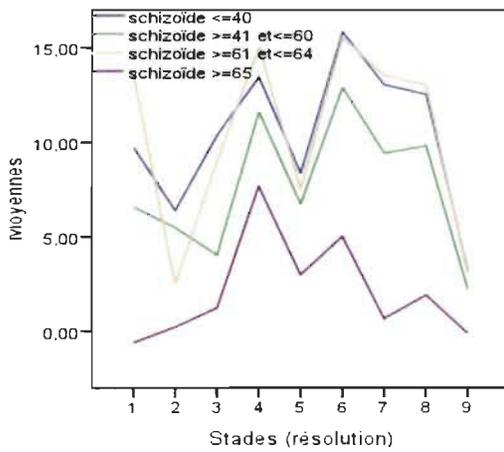


Figure 11. Profil échelle schizoïde.

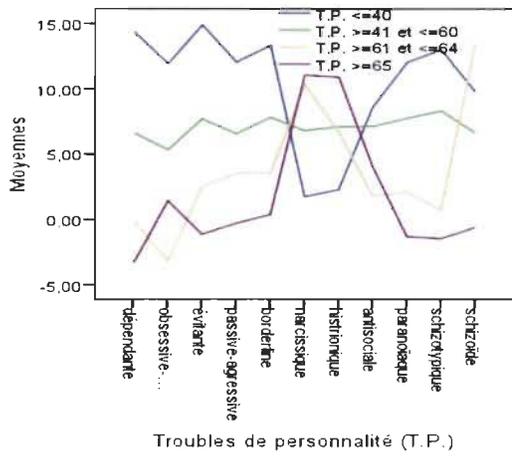


Figure 12. Profil stade 1 (résolution).

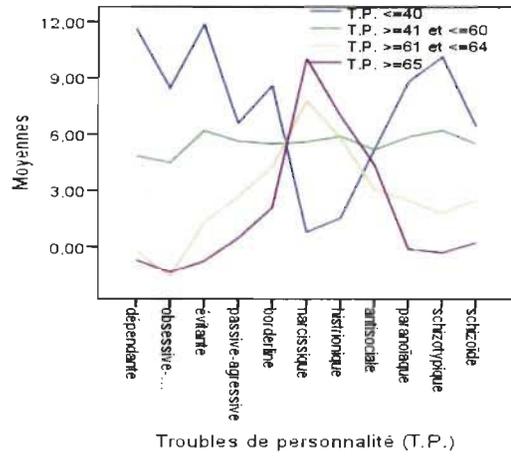


Figure 13. Profil stade 2 (résolution).

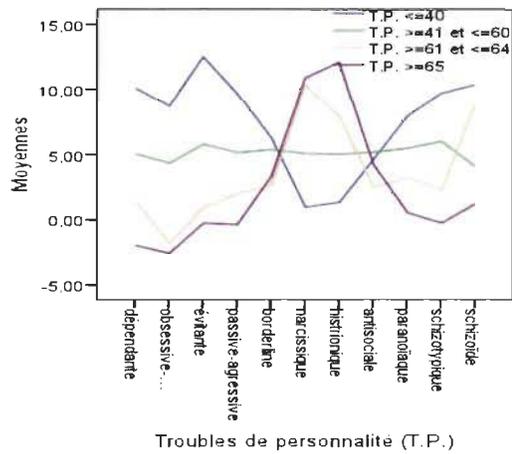


Figure 14. Profil stade 3 (résolution).

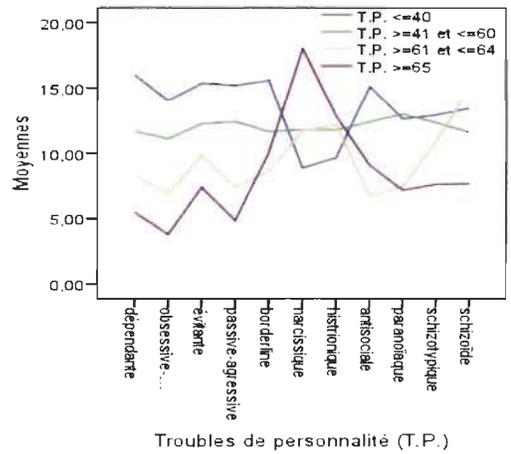


Figure 15. Profil stade 4 (résolution).

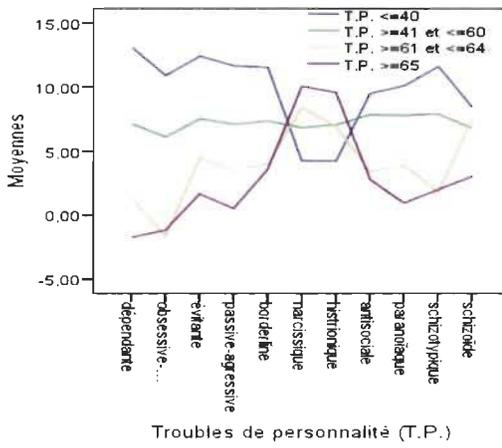


Figure 16. Profil stade 5 (résolution).

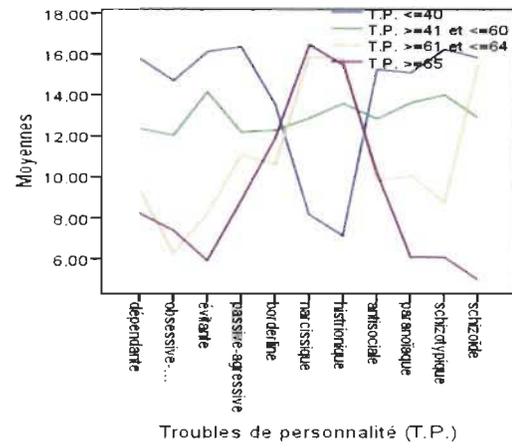


Figure 17. Profil stade 6 (résolution).

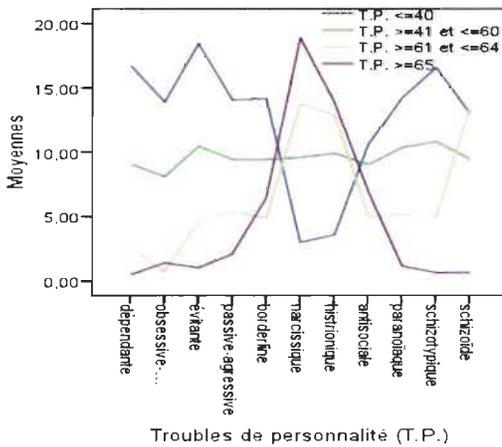


Figure 18. Profil stade 7 (résolution).

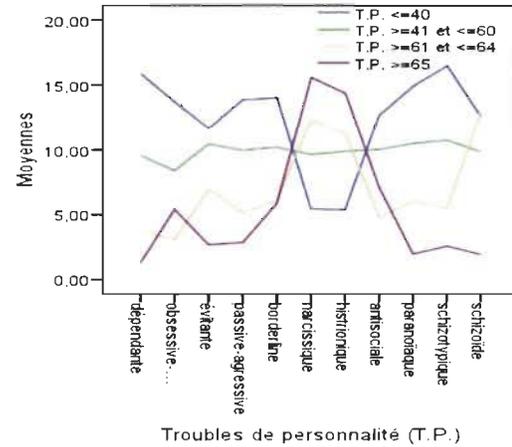


Figure 19. Profil stade 8 (résolution).

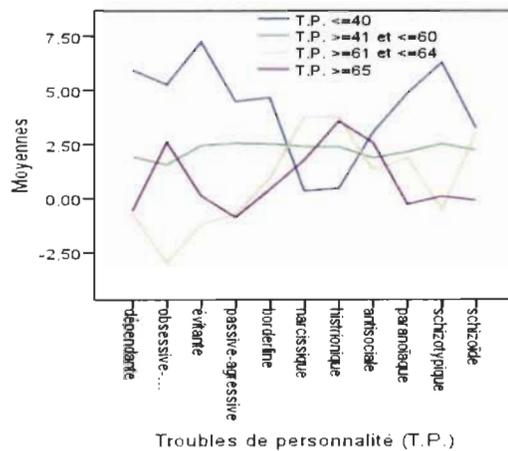


Figure 20. Profil stade 9 (résolution).

## **Appendice D**

Analyses statistiques détaillées

Tableau 16

*Régression multiple des résolutions des stades de développement  
sur les échelles de trouble de personnalité*

Stades de développement	Échelles de trouble de personnalité					
	Dépendante		Obsessionnelle-compulsive		Évitante	
	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$
1- Conf.-Méf.	-0,11	-1,39	-0,16	-1,71	-0,03	-0,36
2 - Aut.-Honte	-0,25	-4,43***	-0,16	-2,47**	-0,24	-4,19***
3 – Init.-Culp.	-0,07	-1,09	-0,11	-1,49	-0,14	-2,37*
4 - Trav.-Inf.	-0,09	-1,54	0,04	0,57	0,13	2,06*
5 - Ident.-Diff.	-0,25	-3,70***	-0,14	-1,75	0,06	0,81
6 - Intim.-Isol.	0,10	1,83	-0,01	-0,14	-0,24	-4,25***
7 - Génér.-Stag.	-0,07	-0,81	-0,07	-0,69	-0,30	-3,41***
8 - Intégr.-Dés.	-0,11	-1,47	0,01	0,08	-0,09	-1,19
9 - Gérotrans.	0,08	0,15	-0,04	-0,61	0,05	0,91
$R^2$	0,49		0,29		0,49	
$F$	(9,286) = 30,94 $p < 0,001$		(9,286) = 12,64 $p < 0,001$		(9,286) = 30,17 $p < 0,001$	

\* $p \leq 0,05$  \*\* $p \leq 0,01$ . \*\*\* $p \leq 0,001$

Tableau 16  
*Régression multiple des résolutions des stades de développement  
sur les échelles de trouble de personnalité (suite)*

Stades de développement	Échelles de trouble de personnalité					
	Passive-agressive		Borderline		Narcissique	
	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$
1- Conf.-Méf.	-0,01	-0,08	-0,59	-6,26***	-0,13	-1,42
2 - Aut.-Honte	-0,08	-1,21	-0,11	-1,56	0,19	2,86**
3 – Init.-Culp.	-0,09	-1,27	0,18	2,49**	0,23	3,29***
4 - Trav.-Inf.	-0,23	-3,12**	-0,09	-1,26	-0,07	-0,90
5 - Ident.-Diff.	-0,16	-1,95*	-0,03	-0,37	-0,08	-0,99
6 - Intim.-Isol.	0,03	0,51	0,15	2,23*	0,07	1,05
7 - Génér.-Stag.	0,03	0,29	0,08	0,76	0,40	3,83***
8 - Intégr.-Dés.	-0,14	-1,47	-0,05	-0,51	0,02	0,22
9 - Gérotrans.	-0,004	-0,06	0,07	1,05	-0,08	-1,18
$R^2$	0,27		0,27		0,29	
$F$	(9,286) = 11,64 $p < 0,001$		(9,286) = 11,79 $p < 0,001$		(9,286) = 12,94 $p < 0,001$	

\* $p \leq 0,05$  \*\* $p \leq 0,01$ . \*\*\* $p \leq 0,001$

Tableau 16  
*Régression multiple des résolutions des stades de développement  
sur les échelles de trouble de personnalité (suite)*

Stades de développement	Échelles de trouble de personnalité					
	Histrionique		Antisociale		Paranoïaque	
	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$
1 - Conf.-Méf.	-0,13	-1,39	-0,16	-1,61	-0,15	-1,65
2 - Aut.-Honte	0,01	0,13	0,08	1,10	-0,20	-3,02**
3 - Init.-Culp.	0,38	5,34***	0,12	1,54	0,09	1,30
4 - Trav.-Inf.	-0,30	-4,16***	-0,13	-1,65	0,05	0,73
5 - Ident.-Diff.	-0,14	-1,74	-0,38	-4,48***	-0,04	-0,47
6 - Intim.-Isol.	0,25	3,86***	0,02	0,28	-0,13	-1,99*
7 - Génér.-Stag.	0,27	2,62**	0,11	0,98	-0,08	-0,82
8 - Intégr.-Dés.	0,14	1,55	-0,12	-1,23	-0,24	-2,62**
9 - Gérotrans.	-0,04	-0,68	0,20	2,87**	0,10	1,57
$R^2$	0,29		0,19		0,30	
$F$	(9,286) = 13,15 $p < 0,001$		(9,286) = 7,67 $p < 0,001$		(9,286) = 13,76 $p < 0,001$	

\* $p \leq 0,05$  \*\* $p \leq 0,01$ . \*\*\* $p \leq 0,001$

Tableau 16  
*Régression multiple des résolutions des stades de développement  
sur les échelles de trouble de personnalité (suite)*

Stades de développement	Échelles de trouble de personnalité			
	Schizotypique		Schizoïde	
	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$
1- Conf.-Méf.	-0,11	-1,36	0,002	0,02
2 - Aut.-Honte	-0,15	-2,52**	-0,03	-0,46
3 – Init.-Culp.	-0,08	-1,35	-0,19	-2,76**
4 - Trav.-Inf.	0,16	2,63**	0,18	2,58**
5 - Ident.-Diff.	0,07	0,95	0,15	1,83
6 - Intim.-Isol.	-0,27	-4,70***	-0,39	-5,99***
7 - Génér.-Stag.	-0,28	-3,11**	-0,23	-2,24*
8 - Intégr.-Dés.	-0,16	-2,01*	-0,08	-0,89
9 - Gérotrans.	0,08	1,38	0,09	1,42
$R^2$	0,46		0,29	
$F$	(9,286) = 26,86 $p < 0,001$		(9,286) = 13,19 $p < 0,001$	

\* $p \leq 0,05$  \*\* $p \leq 0,01$ . \*\*\* $p \leq 0,001$

Tableau 17

*Corrélations entre le pôle positif de chaque stade de développement et les échelles de trouble de personnalité*

T.P.	Pôle positif de chaque stade <i>IPD</i> et du Stade 9									
	Stade 1 P	Stade 2 P	Stade 3 P	Stade 4 P	Stade 5 P	Stade 6 P	Stade 7 P	Stade 8 P	<i>IPD</i> total Positif	Stade 9 P
DEP	-0,53***	-0,52***	-0,35***	-0,30***	-0,58***	-0,36***	-0,47***	-0,44***	-0,58***	-0,35***
OC	-0,36***	-0,27***	-0,23***	-0,10	-0,34***	-0,19***	-0,28***	-0,21***	-0,33***	-0,16**
ÉVI	-0,47***	-0,50***	-0,41***	-0,22***	-0,45***	-0,44***	-0,46***	-0,42***	-0,55***	-0,30***
PAG	-0,27***	-0,28***	-0,21***	-0,26***	-0,36***	-0,17**	-0,27***	-0,29***	-0,35***	-0,15**
BDL	-0,37***	-0,19***	-0,03	-0,05	-0,29***	-0,07	-0,08	-0,19***	-0,21***	-0,11
NAR	0,39***	0,44***	0,41***	0,33***	0,37***	0,37***	0,48***	0,38***	0,52***	0,31***
HST	0,30***	0,30***	0,45***	0,13*	0,23***	0,29***	0,35***	0,30***	0,39***	0,19***
ANT	-0,19***	-0,11*	-0,02	-0,15**	-0,31***	-0,13*	-0,12*	-0,20**	-0,20***	-0,03
PAR	-0,29***	-0,23***	-0,13*	-0,09	-0,32***	-0,24***	-0,25***	-0,24***	-0,29***	-0,08
SZT	-0,44***	-0,38***	-0,36***	-0,19***	-0,40***	-0,39***	-0,42***	-0,40***	-0,49***	-0,22***
SZD	-0,30***	-0,31***	-0,36***	-0,17**	-0,24***	-0,34***	-0,33***	-0,32***	-0,39***	-0,14**

\* $p \leq 0,05$  \*\* $p \leq 0,01$ . \*\*\* $p \leq 0,001$

T.P. : échelles de trouble de personnalité : DEP(dépendante)-OC(obsessive-compulsive)-ÉVI(évitante)-PAG(passive-agressive)-BDL(borderline)-NAR(narcissique)-HST(histrionique)-ANT(antisociale)-PAR(paranoïaque)-SZT(schizotypique)-SZD(schizoïde)

Tableau 18

*Corrélations entre le pôle négatif de chaque stade de développement et les échelles de trouble de personnalité*

T.P.	Pôle négatif de chaque stade <i>IPD</i> et du Stade 9									
	Stade 1 N	Stade 2 N	Stade 3 N	Stade 4 N	Stade 5 N	Stade 6 N	Stade 7 N	Stade 8 N	<i>IPD</i> total Négatif	Stade 9 N
DEP	0,52***	0,37***	0,50***	0,46***	0,46***	0,26***	0,52***	0,52***	0,61***	0,27***
OC	0,46***	0,41***	0,45***	0,33***	0,40***	0,32***	0,44***	0,43***	0,55***	0,33***
ÉVI	0,47***	0,38***	0,45***	0,34***	0,32***	0,45***	0,56***	0,49***	0,59***	0,25***
PAG	0,43***	0,22***	0,45***	0,47***	0,39***	0,31***	0,42***	0,42***	0,53***	0,28***
BDL	0,45***	0,28***	0,27***	0,30***	0,26***	0,14**	0,36***	0,36***	0,42***	0,19***
NAR	-0,21***	-0,20***	-0,31***	-0,15**	-0,12*	-0,20***	-0,35***	-0,27***	-0,30***	-0,07
HST	-0,18***	-0,14**	-0,24***	-0,07	-0,09	-0,32***	-0,30***	-0,25***	-0,27***	-0,11
ANT	0,29***	0,05	0,20***	0,32***	0,34***	0,17**	0,21***	0,25***	0,31***	0,05
PAR	0,53***	0,44***	0,39***	0,36***	0,36***	0,39***	0,47***	0,53***	0,59***	0,27***
SZT	0,52***	0,40***	0,41***	0,33***	0,34***	0,49***	0,56***	0,52***	0,61***	0,27***
SZD	0,27***	0,15**	0,23***	0,16**	0,18**	0,45***	0,35***	0,28***	0,35***	0,13*

\* $p \leq 0,05$  \*\* $p \leq 0,01$ . \*\*\* $p \leq 0,001$

T.P. : échelles de trouble de personnalité : DEP(dépendante)-OC(obsessive-compulsive)-ÉVI(évitante)-PAG(passive-agressive)-BDL(borderline)-NAR(narcissique)-HST(histronique)-ANT(antisociale)-PAR(paranoïaque)-SZT(schizotypique)-SZD(schizoïde).