

L'enfant borderline en devenir : pourquoi s'y intéresser?

Geneviève Dubé, Miguel M. Terradas, Sophie Arsenault, Marie-Claude Lallier Beaudoin and Stéphanie Pesant

Volume 2, March 2013

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1016246ar>
DOI: <https://doi.org/10.7202/1016246ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université Laurentienne

ISSN

1920-6275 (print)

1929-8544 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Dubé, G., Terradas, M. M., Arsenault, S., Lallier Beaudoin, M.-C. & Pesant, S. (2013). L'enfant borderline en devenir : pourquoi s'y intéresser? *Enfance en difficulté*, 2, 31–59. <https://doi.org/10.7202/1016246ar>

Article abstract

Borderline personality disorder (BPD) is a severe psychopathological condition whose antecedents occur in childhood. Based on this premise, the article aims to examine the debate surrounding the identification of childhood pathological personality traits associated with BPD. Notably, the DSM-IV-TR (APA, 2003) advises against childhood diagnosis of BPD. However, other diagnostic manuals allow for the identification of maladjusted personality traits in children and several researchers support the hypothesis that childhood development is compromised by the presence of BPD features, implying that a child exhibiting such traits could be considered *a borderline-child-to-be*. Given that maladjusted personality traits identified in childhood intensify throughout adolescence and into adulthood, this article emphasizes the imperative need to develop dimensional measures that allow for the identification of high-risk children in order to facilitate early interventions with the aim of counteracting pathological developmental processes.



L'enfant borderline en devenir : pourquoi s'y intéresser?¹

**Geneviève Dubé, Miguel M. Terradas, Sophie Arsenault,
Marie-Claude Lallier Beaudoin et Stéphanie Pesant**

Université de Sherbrooke

Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2005) estime que seuls 10 à 22 % des enfants qui consultent un professionnel de la santé reçoivent un diagnostic approprié, laissant une grande majorité d'entre eux sans traitement adéquat. Ces dernières années, certains chercheurs se sont ainsi intéressés à la présence de traits de personnalité pathologiques chez les enfants (Crick, Murray-Close, & Woods, 2005; Gratz *et al.*, 2009; Kernberg, 1990; Rogosch & Cicchetti, 2005; Wood, Parmelee, & Arents, 1992; Zerkowicz *et al.*, 2007), et plus particulièrement à la présence de traits précurseurs du trouble de personnalité limite (TPL). En effet, bien que le diagnostic de TPL chez les enfants reste marginal, les résultats d'études rétrospectives laissent croire que plusieurs facteurs de risque associés au TPL, tel qu'il se présente à l'âge adulte, remontent à l'enfance (Bandelow *et al.*, 2005; Bernstein, Stein, & Handelsman, 1998; Joyce *et al.*, 2003; Paris, Zweig-Frank, & Guzder, 1994). À ces résultats s'ajoutent des modèles théoriques qui tiennent compte des aspects développementaux (Freud, 1988; Kernberg, 1990; Pine, 1986) et supposent que certaines formes de cette psychopathologie peuvent apparaître dès l'enfance. Griffiths (2011) rapporte toutefois que malgré ces recherches, seuls 2 % des pédopsychiatres anglais estiment que le diagnostic de TPL est valide chez les enfants, considérant que les instruments de mesure permettant d'identifier des traits de personnalité pathologiques dès l'enfance sont peu nombreux. Le présent article a

pour objectif de dépeindre la controverse entourant le diagnostic de TPL chez les enfants en présentant certaines perspectives nord-américaines et européennes.

Le trouble de personnalité limite : symptomatologie

L'intérêt manifesté par les chercheurs s'explique en partie par le fait que le TPL est une psychopathologie sévère qui affecte entre 1,6 et 1,8 % de la population générale en Amérique du Nord (Bateman & Fonagy, 2006; Lenzenweger, Lane, Loranger, & Kessler, 2007). Les personnes présentant un TPL vivent d'ailleurs une grande détresse personnelle et familiale, et près de 10 % d'entre elles se suicident (Bateman & Fonagy, 2006). Le TPL se caractérise par une impulsivité marquée, ainsi qu'une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects. Il se manifeste par des efforts effrénés pour éviter les abandons, une perturbation de l'identité, des comportements suicidaires, un sentiment chronique de vide, des colères intenses et une idéation persécutrice dans les périodes de stress (American Psychiatric Association [APA], 2003).

Bradley, Conklin et Westen (2005) évoquent que le TPL se caractérise par des dysfonctions sur les plans de la capacité de régulation des émotions et de la représentation de soi, des autres et des relations. Ces capacités émergent normalement dans un contexte d'attachement nourrissant et au sein d'une famille stable. En ce sens, Fonagy, Target et Gergely (2000) rappellent que les personnes souffrant d'un TPL présentent souvent un style d'attachement préoccupé, associé à des expériences traumatisantes dans l'enfance.

Chez l'enfant, les manifestations de traits de personnalité limite peuvent prendre différentes formes. Selon Bleiberg (2004), une composante importante du trouble de personnalité limite chez les enfants réside dans le sens de l'identité fragmenté et très instable. Selon Crick *et al.* (2005), l'agressivité relationnelle, s'exprimant dans les relations amicales des enfants par de hauts niveaux d'intimité et d'exclusivité, est significativement reliée aux traits de personnalité limite. Des affects intenses, instables et souvent inappropriés au contexte seraient également des symptômes d'un TPL tel qu'il se manifeste durant l'enfance (Geiger & Crick, 2001; Gratz *et al.*, 2009). Les enfants ayant des traits de personnalité limite sont également plus susceptibles de présenter un sentiment de vide, qui se traduit par l'ennui et la solitude (Goldman, D'Angelo, DeMaso, & Mezzacappa, 1992). La peur de

l'abandon a d'ailleurs été identifiée comme le symptôme ayant la plus grande validité prédictive d'un diagnostic de TPL chez les adolescents (Becker, Grilo, Edell, & McGlashan, 2002).

Notion de l'enfant borderline en devenir : pourquoi s'y intéresser?

Quelques théoriciens d'orientation psychanalytique (Bleiberg, 2004; Freud, 1988; Kernberg, 1990; Pine, 1986) ont avancé qu'on pouvait observer chez les enfants des comportements inadaptés et des traits de personnalité en émergence, dont certains s'apparentaient au TPL de l'adulte. Inspirés par leurs expériences cliniques, ils ont proposé divers modèles de développement pathologique, caractérisés par la présence de traits de personnalité inadaptés ou de patrons de comportement inadéquats qui entravent le développement normatif de certains enfants. Des études plus récentes sont venues appuyer la possibilité d'observer chez les enfants des traits de personnalité s'apparentant aux caractéristiques du TPL de l'adulte (Crick *et al.*, 2005; Guzder, Paris, Zelkowitz, & Feldman, 1999), s'ajoutant aux recherches rétrospectives laissant croire que les premières manifestations du trouble apparaissent tôt dans le parcours développemental de l'individu.

Les connaissances sur les facteurs de risque du TPL ont principalement été recueillies auprès d'une population clinique adulte et de manière rétrospective. Les études sur cette population démontrent que l'attachement de type préoccupé (récit d'attachement des expériences vécues dans l'enfance caractérisé par l'incohérence, la confusion, la rage, la passivité et la peur en lien avec les figures d'attachement; Patrick, Hobson, Castle, Howard, & Maugham, 1994; Fonagy *et al.*, 1996), les difficultés de mentalisation (p. ex., la difficulté à identifier, percevoir et comprendre ses propres affects, pensées, croyances et intentions et ceux d'autrui, et à agir de façon empathique; la difficulté à établir des liens entre les états mentaux et le comportement chez soi et chez l'autre; Bateman & Fonagy, 2006), les abus sexuel et physique, la négligence, les séparations multiples, les traumatismes et les troubles des parents sont des précurseurs du TPL survenant dans l'enfance (Bradley *et al.*, 2005; Goldman *et al.*, 1992; Guzder, Paris, Zelkowitz, & Marchessault, 1996; Guzder *et al.*, 1999; Herman, Perry, & van der Kolk, 1989; Kernberg, 1990; Links, Steiner, & Huxley, 1988; Paris, 2000; Rogosch & Cicchetti, 2005; Shachnow *et al.*, 1997; Zanarini & Frankenburg, 1997; Zanarini, Gunderson, Marino, Schwartz, & Frankenburg, 1989). Certains auteurs

suggèrent également que l'abus de substance et la criminalité chez les parents peuvent être des facteurs étiologiques du TPL (Guzder *et al.*, 1996; Guzder *et al.*, 1999; Paris, 2000), alors que d'autres s'intéressent aux facteurs génétiques et neurologiques pour comprendre l'origine du trouble (Goodman *et al.*, 2010; Gurvits, Koenigsberg, & Siever, 2000; Paris, 2000). Il importe de mentionner qu'aucun des facteurs de risque n'explique à lui seul le développement du TPL, et qu'il est alors plus juste d'évoquer une combinaison de facteurs (Paris, 2000) pour comprendre l'émergence du TPL.

En considérant les facteurs étiologiques énumérés ci-dessus, on peut supposer que les premières manifestations de comportements inadaptés et de traits de personnalité pathologiques surgissent à la même époque que le traumatisme, et qu'il y a dès lors des signes détectables chez les enfants. Il se pourrait donc que certains patrons de comportement exprimés dans l'enfance se révèlent des précurseurs du TPL à l'âge adulte.

S'inscrivant dans cette lignée, Crick *et al.* (2005) ont développé une échelle de mesure dimensionnelle, le *Borderline Personality Features Scale for Children* (BPFS-C), permettant d'identifier des traits de personnalité limite chez les enfants de 9 ans et plus, issus d'une population non clinique. Présentant des traits de personnalité plus ou moins stables et un sens de l'identité suffisamment développé, les enfants de 9 ans sont en mesure de reconnaître et de rendre compte de leurs propres patrons de comportement. Bien que d'autres instruments aient été adaptés à une utilisation auprès d'enfants, aucun n'a été spécifiquement développé selon une échelle dimensionnelle qui tienne compte du développement de l'enfant et pour une clientèle infantile non clinique².

Issu de l'adaptation de quatre composantes du *Personality Assessment Inventory* (PAI; Morey, 1991), le BPFS-C (Crick *et al.*, 2005) contient 24 énoncés distribués en quatre sous-échelles, soit l'instabilité affective, les problèmes d'identité, les relations interpersonnelles négatives et les comportements d'autodestruction. Crick *et al.* (2005) estiment que les symptômes du TPL se manifestent différemment au cours du développement, et qu'il est dès lors nécessaire d'adapter un instrument pour les enfants. En se basant sur certaines tâches reliées à différents acquis développementaux, ces auteurs ont développé un modèle théorique composé de cinq indices du trouble chez les enfants (sensibilité cognitive, sensibilité émotionnelle, relation d'exclusivité

avec les amis, impulsivité, sens de l'identité) qui permettraient de détecter les défaillances possibles dans la réalisation de ces tâches, celles-ci pouvant conduire au développement d'un TPL à l'âge adulte. Peu d'instruments de mesure permettaient jusqu'alors d'identifier chez les enfants des *traits* de personnalité pouvant être associés à des précurseurs du TPL tel qu'il se manifeste à l'âge adulte.

Quelques études (Chang, Sharp, & Ha, 2011; Crick *et al.*, 2005; Sharp, Mosko, Chang & Ha, 2011) ont déjà corroboré les bonnes propriétés psychométriques du BPFSC auprès d'une population d'enfants et d'adolescents issus des populations normale et clinique. La stabilité temporelle de l'instrument et celle des traits de personnalité limite ont été vérifiées dans une étude réalisée auprès de 400 enfants, dont 54 % de filles, de quatrième, cinquième et sixième année du primaire d'une école publique de l'ouest des États-Unis (Crick *et al.*, 2005). La validité de construit du BPFSC a été évaluée par sa correspondance avec des indicateurs théoriques du TPL adaptés à la période développementale de l'enfance (Geiger & Crick, 2001) et dérivant d'une analyse de contenu des critères diagnostiques de la quatrième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; APA, 1994). La validité de la sous-échelle des problèmes d'identité n'a toutefois pas été vérifiée par un test critère en raison de l'absence d'instrument équivalent adapté aux enfants. La spécificité du BPFSC (Crick *et al.*, 2005) a été partiellement évaluée. Ainsi, l'administration d'un instrument mesurant la présence des symptômes dépressifs a permis de conclure que les indicateurs mesurés par le BPFSC sont significativement associés aux traits caractéristiques du TPL et non à d'autres psychopathologies (p. ex., les symptômes dépressifs), ce qui appuie la validité divergente de l'instrument (Crick *et al.*, 2005). Enfin, une étude de validation de l'échelle réalisée auprès de 51 adolescents, dont 56,86 % de filles, de 12 à 18 ans ($M_{\text{âge}} = 16$, $ÉT = 1$) issus d'un milieu clinique et présentant de sévères difficultés de comportement, des désordres psychiatriques, des problèmes d'abus de substance ou des diagnostics multiples, appuie la validité de critère du BPFSC. En fait, l'administration du *Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder* (CID-BPD; Zanarini, 2003) a permis de cibler un groupe d'adolescents ($n = 20$) répondant aux critères du TPL. Ce groupe présentait un score moyen significativement plus élevé au BPFSC que le groupe n'ayant pas obtenu la mention diagnostique au CID-BPD. Les études concernant la validité de construit et la spécificité du BPFSC demeurent toutefois limitées en raison de l'absence de

mesures de convergence et de divergence développées spécifiquement pour les enfants. Néanmoins, le BPFS-C (Crick *et al.*, 2005) répond à un besoin des cliniciens s'intéressant au parcours développemental de cette psychopathologie.

La pertinence du diagnostic chez l'enfant demeure controversée, même si plusieurs cliniciens et chercheurs estiment qu'il est possible d'observer des manifestations s'apparentant au TPL chez les enfants (Crick *et al.*, 2005; Kernberg, 1990; Pine, 1986; Shapiro, 1990). Les divergences d'opinion concernent surtout les actions à poser envers ces manifestations. En effet, certains auteurs estiment que la durabilité des traits dans l'enfance est suffisante pour justifier un diagnostic de TPL (p. ex., Kernberg, 1990), alors que d'autres considèrent que l'établissement d'un diagnostic dans l'enfance n'est pas approprié, les traits de personnalité limite et les patrons de comportement étant susceptibles de se modifier au cours du développement (p. ex., APA, 2003). L'intérêt envers *l'enfant borderline en devenir* réside alors dans le fait qu'il n'existe pas de consensus quant à la responsabilité éthique du clinicien qui observe cette manifestation clinique. Le fait de poser un diagnostic pendant l'enfance permettrait d'intervenir précocement dans le but d'éviter la cristallisation du trouble. Pourtant, ce même geste pourrait donner lieu à la stigmatisation de l'enfant dans une période de la vie où de nouvelles réorganisations de la personnalité et et l'influence de son entourage pourraient encore altérer le cours de son développement au plan psychologique.

Le trouble de personnalité limite chez l'enfant : un diagnostic controversé

Ce qu'en disent les manuels diagnostiques

Différents outils guident la pratique des cliniciens et peuvent influencer leurs perceptions du diagnostic de TPL chez l'enfant (voir Tableau 1). Parmi ceux-ci, mentionnons le DSM-IV-TR (APA, 2003), la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10; OMS, 2010), le *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM; PDM Task Force, 2006) et la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA R-2000; Misès & Quemada, 2000).

Le DSM-IV-TR (APA, 2003) mentionne que le TPL apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et s'exprime dans divers

Tableau 1 — Synthèse des symptômes associés au diagnostic de trouble de personnalité limite chez l'enfant et l'adolescent selon les principales classifications diagnostiques actuelles

Système de classification	Date de parution	Diagnostic proposé	Diagnostic spécifique ¹	Symptômes associés
Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition, texte révisé (DSM-IV-TR)	2003	Trouble de personnalité limite	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun diagnostic spécifique aux enfants et aux adolescents n'est proposé. • Les mêmes symptômes sont utilisés pour établir le diagnostic chez les enfants, les adolescents et les adultes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Efforts éffrénés pour éviter les abandons réels et imaginés. • Relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre l'idéalisation et la dévalorisation d'autrui. • Perturbation de l'identité caractérisée par l'instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi. • Impulsivité dans au moins deux domaines pouvant causer des dommages au sujet. • Comportements, gestes et menaces suicidaires ou d'automutilation répétés. • Réactivité marquée de l'humeur pouvant causer de l'instabilité affective. • Sentiments chroniques de vide. • Difficulté à contrôler la colère ou manifestations intenses de colère. • Idéation persécutrice ou symptômes dissociatifs sévères pouvant se présenter lors de situations de stress.

<p><i>Psychodynamic Diagnostic Manual</i> (PDM)</p>	2006	<p><i>Dysregulated Personality Disorder</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic spécifique aux enfants et aux adolescents basé sur l'émergence des traits de personnalité associés au TPL pouvant devenir pathologiques. • La sévérité du problème de personnalité de l'enfant ou de l'adolescent est estimée en fonction des paramètres développementaux. • Les patrons de personnalité qui émergent chez l'enfant ou l'adolescent sont évalués selon une échelle allant de « Patron émergeant de personnalité normal » à « Patron émergeant de personnalité sévèrement dysfonctionnel ». 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté au plan de la fonction d'épreuve de réalité et du jugement. • Difficulté au plan du contrôle des impulsions et plus particulièrement de la colère. • Relations interpersonnelles instables. • Instabilité de l'image de soi et des affects. • Présence conjointe des symptômes externalisés et internalisés. • Tendance à devenir paranoïde.
<p>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10)</p>	1993	<p>Trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun diagnostic spécifique aux enfants et aux adolescents n'est proposé. • Les mêmes symptômes sont utilisés pour établir le diagnostic chez les enfants, les adolescents et les adultes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendance à agir de façon impulsive sans considération pour les conséquences possibles. • Humeur imprévisible et capricieuse. • Difficulté à contrôler les impulsions pouvant occasionner des explosions émotives. • Tendance à adopter un comportement querelleur et à être en conflit avec les autres. • Perturbation de l'image de soi, de la capacité à établir des projets et des préférences personnelles. • Sentiment chronique de vide intérieur. • Relations interpersonnelles instables et intenses. • Tendance à adopter un comportement autodestructeur incluant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires.

<p>Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, révisée (CFTMEA R-2000)</p>	<p>2000</p>	<p>Pathologie limite, trouble de personnalité</p> <p>Sous-catégorie : Pathologie limite avec dominante des troubles de la personnalité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic spécifique aux enfants et aux adolescents. • Les manifestations sont diversifiées, variables d'un cas à l'autre et peuvent se modifier dans le cours de l'évolution. • Les aspects psychopathologiques répondent aux critères généraux des organisations limites auxquels s'ajoutent certains traits. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des défauts précoces d'étayage entraînant des distorsions et des failles au niveau de l'organisation de la vie mentale et l'utilisation par l'enfant de stratégies d'adaptation selon un mode en faux-self. • Des défaillances sur le plan transactionnel et au niveau des supports de la pensée dont résulte une dominance de l'expression par le corps et par l'agir. • Une extrême vulnérabilité à la perte d'objet et une absence d'intégration des angoisses dépressives, résultant de lacunes au niveau du travail de séparation et d'élaboration de la position dépressive. • Des failles narcissiques constantes pouvant produire une représentation de soi inacceptable et altérer le sentiment d'identité, entraînant le développement de réactions de prestance par l'enfant et des affrontements avec l'environnement. • Souffrance dépressive accompagnée d'une incapacité à recevoir de l'aide. • Avidité affective sans possibilité de comblement. • Difficulté au plan de la régulation de l'estime de soi incluant le sentiment d'avoir une moindre valeur. •angoisses de séparation, de perte ou d'abandon pouvant occasionner des attaques de panique. • Retards au plan du développement affectif incluant des conduites de dépendance et tendances régressives.
--	-------------	--	--	--

<p>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5)</p>	<p>En élaboration</p>	<p>Trouble de personnalité limite</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun diagnostic spécifique aux enfants et aux adolescents n'est proposé. • Les mêmes symptômes sont utilisés pour établir le diagnostic chez les enfants, les adolescents et les adultes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés importantes au plan du fonctionnement de la personnalité pouvant se manifester à deux niveaux : fonctionnement du self et fonctionnement interpersonnel. <p>Au plan du fonctionnement du self :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problème d'identité : sens de l'identité peu développé ou nettement appauvri; image de soi instable, souvent associée à une excessive autocritique; sentiments chroniques de vide; états dissociatifs en situation de stress. • Problème d'autodétermination: instabilité des buts, aspirations, valeurs et plans de carrière. <p>Au plan du fonctionnement interpersonnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empathie : difficulté à reconnaître les sentiments et les besoins d'autrui liée à une tendance à être hypersensible; perceptions distordues des autres souvent axées sur les attributs négatifs ou les vulnérabilités. • Intimité : relations interpersonnelles intenses, instables et souvent conflictuelles, marquées par la méfiance et la préoccupation anxieuse relative aux abandons réels ou imaginés; alternance entre l'idéalisation et la dévaluation d'autrui dans les relations interpersonnelles avec des proches ainsi qu'entre l'implication excessive et le retrait. <p>Traits de personnalité pathologiques se manifestant dans les domaines suivants :</p> <p>Affectivité négative, caractérisée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Labilité émotionnelle : expériences émotionnelles instables et changements d'humeur fréquents; les émotions sont vécues de façon intense et disproportionnée par rapport aux événements déclencheurs.
---	-----------------------	---------------------------------------	---	---

<p>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5) <i>(suite)</i></p>	<p>En élaboration <i>(suite)</i></p>	<p>Trouble de personnalité limite <i>(suite)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun diagnostic spécifique aux enfants et aux adolescents n'est proposé. • Les mêmes symptômes sont utilisés pour établir le diagnostic chez les enfants, les adolescents et les adultes. <p><i>(suite)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anxiété : sentiment intense de nervosité, de tension ou de panique, souvent en réaction à des contraintes interpersonnelles; préoccupations reliées aux effets négatifs d'expériences passées; anticipation d'événements négatifs; sensation de peur, d'appréhension, ou de menace face à l'incertitude; peur de s'effondrer ou de perdre le contrôle. • Insécurité relative à la séparation : peur de rejet des personnes significatives ou de la séparation d'avec ces personnes; peur de la dépendance excessive ou de la perte totale d'autonomie. • Tendance à la dépression : sentiments fréquents d'être misérable ou de désespoir; difficulté à se remettre de tels états d'esprit; pessimisme quant à l'avenir, honte généralisée, sentiment d'infériorité, faible estime de soi, pensées et comportements suicidaires. <p>Désinhibition, caractérisée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impulsivité : agir sous l'impulsion du moment; répondre aux stimuli de façon instantanée, sans réfléchir, sans penser à un plan et sans tenir compte des résultats de ses actions; difficulté à établir des plans et à les suivre; sentiment d'urgence; automutilation lorsque confronté à la détresse émotive. • Difficulté à évaluer les risques : tendance à s'engager dans des activités dangereuses, risquées et potentiellement dommageables pour l'individu, inutilement et sans égard aux conséquences; manque de conscience de ses propres limites; déni de la réalité d'un danger personnel. <p>Antagonisme, caractérisé par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hostilité : sentiments de colère fréquents et persistants; irritabilité; réactivité face à des affronts ou des insultes mineurs.
--	--	--	---	--

¹Diagnostic spécifique aux enfants et aux adolescents.

contextes. Néanmoins, il déconseille le diagnostic de TPL chez les individus de moins de 18 ans. Bien que les cliniciens s'y risquent peu, il serait possible, toujours selon le DSM-IV-TR (APA, 2003), de diagnostiquer un trouble de personnalité chez un individu de moins de 18 ans si les caractéristiques sont présentes depuis au moins un an et qu'elles semblent inadaptées, envahissantes et durables, et dépassent le cadre d'un stade particulier du développement ou d'un désordre de l'Axe I. Le DSM-IV-TR (APA, 2003) mentionne toutefois que les traits d'un trouble de la personnalité apparaissant dans l'enfance se modifieront habituellement avec le passage à l'âge adulte.

La parution de la cinquième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (voir Tableau 1) modifiera le diagnostic de trouble de la personnalité. Le groupe de travail du DSM-5 sur la personnalité et les troubles de personnalité a produit un document détaillant le rationnel à l'origine des modifications apportées au diagnostic de troubles de la personnalité dans l'édition à paraître (APA, en cours). Ses membres rappellent, par exemple, que le seuil diagnostique établi à cinq critères sur neuf a été choisi en raison de la présence de la majorité des symptômes caractéristiques du trouble. Ainsi, afin de favoriser une évaluation moins arbitraire, six troubles de la personnalité pourraient être diagnostiqués, dont le TPL, à l'aide d'un modèle hybride — de nature à la fois dimensionnelle et catégorielle — de la personnalité. Il s'agirait dès lors, pour les cliniciens, de décrire la personnalité de tous les patients, qu'ils aient un trouble de la personnalité ou non, en se basant sur l'altération du fonctionnement de la personnalité (critère A) et sur les traits de personnalité pathologiques (critère B). Selon Clark et Krueger (2011), cette nouvelle conceptualisation des troubles de la personnalité devrait accroître la stabilité du diagnostic, car celui-ci reposerait sur la présence de traits et non de manifestations. Il serait par ailleurs possible d'identifier des caractéristiques chez des personnes de moins de 18 ans, sans pour autant porter de diagnostic de TPL, si le niveau de fonctionnement et les traits de personnalité ne s'inscrivaient pas dans un processus de développement normal.

La section des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte de la CIM-10 (OMS, 2010) indique que certains états ou comportements peuvent se manifester précocement au cours du développement sous l'influence conjointe de facteurs constitutionnels et sociaux, tandis que d'autres sont acquis plus tard dans le développement individuel. Dans sa présentation des troubles spécifiques de la personnalité, qui inclut le « trouble de personnalité émotionnelle-

ment labile de type borderline », il est dit aussi que les manifestations associées à un trouble de personnalité apparaissent habituellement dans l'enfance ou l'adolescence et se poursuivent à l'âge adulte.

Selon le PDM (PDM Task Force, 2006), l'individu forme et développe différents patrons de personnalité dès l'enfance. En cours de développement, certains de ces patrons peuvent être modifiés par une multitude de facteurs environnementaux, alors que d'autres resteront stables. Par conséquent, il est possible pour le clinicien évaluant les critères diagnostiques sous une perspective développementale de poser un diagnostic de trouble de personnalité chez l'enfant. Le PDM nomme « *Dysregulated Personality Disorder* » le diagnostic pouvant être apposé aux enfants présentant un trouble s'approchant de la personnalité limite.

La CFTMEA R-2000 (Misès & Quemada, 2000) considère également la possibilité d'établir un diagnostic de pathologie limite chez les enfants. Susceptible de se modifier au cours du développement, la psychopathologie s'exprime par des manifestations très diversifiées et variables selon les enfants. Sur le plan clinique, différents indices sont associés au diagnostic de pathologie limite³ :

- 1) des défauts précoces d'étayage entraînant des distorsions et des failles du point de vue de l'organisation de la vie mentale et l'utilisation par l'enfant de stratégies d'adaptation selon un mode en faux-self. Cela suppose que les parents d'un enfant susceptible de développer des traits de personnalité compatibles avec le TPL n'ont pas pu s'adapter suffisamment bien aux besoins de celui-ci. L'enfant élaborerait alors un ensemble de relations plutôt artificielles lui permettant de se soumettre aux exigences de son entourage (Houzel, Emmanuelli, & Moggio, 2000). L'enfant agirait, par exemple, en fonction de ce que les autres attendent de lui, et non selon ses propres désirs et intentions;
- 2) des défaillances sur les plans transactionnels et des supports de la pensée, dont résulte une dominance de l'expression par le corps et l'agir. Il faut noter ici la tendance des enfants ayant des traits de personnalité limite à manifester des comportements impulsifs au détriment de la réflexion (p. ex., l'automutilation, l'entreprise d'activités potentiellement dangereuses et pouvant être considérées comme étant des équivalents suicidaires);
- 3) une extrême vulnérabilité à la perte d'objet et une absence d'intégration des angoisses dépressives, résultant de lacunes du point de vue du travail de séparation et de l'élaboration

de la position dépressive (p. ex., la peur d'abandons réels et imaginaires, le désir d'avoir des relations d'exclusivité avec les amis afin d'éviter les enjeux reliés à la séparation);

- 4) des failles narcissiques constantes pouvant produire une représentation de soi inacceptable et altérer le sentiment d'identité, entraînant le développement de réactions de prestance et des affrontements avec l'environnement (p. ex., le passage rapide de l'idéalisation de soi ou d'autrui au dénigrement de soi ou de l'autre) (Misès *et al.*, 2002). Enfin, selon la CFTMEA R-2000, les manifestations de troubles de personnalité se traduisent, chez l'enfant, par l'insécurité de fond, l'immaturité et la présence d'angoisses dépressives et de séparation liées aux difficultés d'individuation (Misès & Quemada, 2000).

En résumé, seul le DSM-IV-TR (2003) avance que le TPL apparaît vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Par ailleurs, contrairement aux autres manuels diagnostiques qui reconnaissent l'existence de traits de personnalité pouvant être pathologiques chez les enfants, le DSM-IV-TR ne prête que peu d'attention à ces traits, estimant qu'ils se modifieront avec le passage à l'âge adulte. À l'inverse, la CIM-10 (OMS, 2010) juge que les manifestations, en plus d'apparaître dans l'enfance, peuvent se poursuivre à l'âge adulte. Le DSM-5 (APA, en cours) adoptera une position intermédiaire, ne permettant ni de poser un diagnostic de TPL à l'enfant, contrairement au PDM (PDM Task Force, 2006) ou à la CFTMEA R-2000 (Misès & Quemada, 2000), ni de négliger la présence de traits de personnalité inadaptés chez lui.

Ce qu'en disent les détracteurs

Selon Bleiberg (1994), le processus de développement fluide qui s'opère durant l'enfance et l'adolescence et qui engage le changement constant de plusieurs aspects du corps et de la personnalité apparaît incompatible avec le mode de fonctionnement durable et rigide attribué aux troubles de personnalité. Ainsi, la présence de traits borderline dans l'enfance ne permettrait pas de présumer le développement d'un TPL à l'âge adulte. Shapiro (1990) rappelle quant à lui que le diagnostic de TPL, conçu pour les adultes, ne peut s'appliquer aux enfants sans considérer les questions liées à leur développement. Il mentionne par ailleurs que les conceptions psychodynamiques de la personnalité limite n'ont pas été suffisamment testées de manière empirique pour être opérationnalisées dans une nomenclature psychiatrique. Griffiths (2011) rapporte d'ailleurs que la grande majorité des psychiatres estime

que ce diagnostic est inapproprié et invalide, à la fois chez les enfants et les adolescents, et qu'il pose des problèmes conceptuels et empiriques. Son utilité clinique n'est d'ailleurs pas perçue, ce qui peut expliquer le scepticisme des cliniciens envers le diagnostic de TPL (Griffiths, 2011). La réticence à poser un diagnostic de TPL aux enfants, observée dans le DSM-IV-TR (APA, 2003) et chez plusieurs cliniciens, s'explique également en partie par le fait que ce diagnostic suppose la durabilité de traits inadaptés et risque donc de provoquer des effets iatrogènes et la stigmatisation à long terme (Hinshaw & Cicchetti, 2000). Par ailleurs, Aviram, Brodsky et Stanley (2006) rapportent qu'il y a un risque de stigmatisation du patient présentant un trouble de personnalité par le clinicien, qui entretient lui-même certains préjugés à l'égard de ce trouble. Il est donc possible de croire que certains cliniciens et chercheurs refusent de coller une telle étiquette à des enfants. De plus, comme le mentionnent Crick *et al.* (2005), le DSM-IV-TR considère que la personnalité de l'enfant manque de cohésion avant l'âge de 18 ans, ce qui encourage les cliniciens à reporter le diagnostic de TPL à l'âge adulte. Considérant la position prédominante que le DSM-IV-TR occupe en Amérique du Nord, étant l'outil diagnostique le plus utilisé, on peut penser qu'il dicte, en quelque sorte, la façon de faire des cliniciens. Les études cherchant à démontrer la validité du diagnostic de TPL dans l'enfance ou l'identification de traits de personnalité pathologiques à cette période développementale sont donc rares (Tackett, Balsis, Oltmanns, & Krueger, 2009).

Ce qu'en disent les partisans

Les points de vue soutenant la présence de traits de personnalité limite chez l'enfant sont multiples et variés. Les auteurs qui se sont penchés sur la question évoquent diverses conceptions de la psychopathologie dans l'enfance, mais la plupart préconisent une approche développementale dans laquelle s'inscrivent l'apparition et la continuité de traits pathologiques de l'enfance à l'âge adulte. Certaines controverses existent d'ailleurs au sein même de la communauté scientifique qui estime possible de diagnostiquer des traits dans l'enfance eu égard à la façon dont ces derniers peuvent évoluer.

Conceptions théoriques de la notion d'enfant borderline

Selon une perspective basée essentiellement sur des expériences cliniques, Pine (1986) présente le modèle de l'*enfant borderline en devenir* (*borderline-child-to-be*). L'auteur propose que cet enfant est submergé,

au sein de sa famille, par toutes sortes d'expériences traumatisantes qui encombrant son appareil psychique, ce qui entraîne chez lui des déficits développementaux significatifs. La notion d'*enfant borderline en devenir* fait appel aux concepts plus récents de traumatisme relationnel ou de traumatisme au sein de la relation d'attachement (Allen, 2005). Pine suggère que l'*enfant borderline en devenir* ne développerait pas de confiance en la personne qui lui procure des soins. Son environnement plutôt chaotique et imprévisible ne lui permettrait pas de développer la fonction d'anticipation de l'anxiété, ce qui ferait en sorte que toute difficulté deviendrait une source importante de détresse. L'*enfant borderline en devenir* ne serait pas en mesure d'associer la satisfaction de ses besoins physiques et émotifs à des personnes spécifiques de son entourage pour ainsi se créer un patron inconscient de fonctionnement au plan relationnel. Lorsqu'il y a satisfaction inconstante ou insatisfaction des besoins, à cause de la négligence ou de l'absence des personnes procurant les soins, l'enfant doit composer avec un excès de stimulations internes pouvant devenir traumatiques.

Ces éléments auraient des conséquences significatives du point de vue de la gestion de l'agressivité, de la maturation des mécanismes de défense et de l'estime de soi. Le manque d'intégration des expériences positives (reliées aux manifestations d'amour provenant des figures d'attachement) et négatives (associées à la colère manifestée par les mêmes figures d'attachement) de soi-même et de l'autre ne facilite pas la modulation de la colère. L'absence d'un patron de satisfaction des besoins se traduit par l'utilisation répétitive et rigide de défenses partiellement efficaces. Enfin, l'expérience de relations interpersonnelles insatisfaisantes laisse l'enfant avec l'impression d'être mauvais et donc responsable des comportements imprévisibles de ses principales figures d'attachement (Pine, 1986). Dans une perspective de survie, l'*enfant borderline en devenir* développerait alors des mécanismes de défense plutôt primitifs et inadaptés. Bref, sans proposer l'établissement d'un diagnostic en bas âge, le modèle de Pine suggère une continuité des traits inadaptés vers un TPL à l'âge adulte. L'enfant, de par ses déficits développementaux significatifs et la répétition de patrons de comportements inefficaces, serait un adulte borderline en devenir (Pine, 1986).

Dans le même ordre d'idées, Bleiberg (2004) suppose que la psychopathologie infantile ne résulte pas d'un arrêt du développement ou d'une fixation à un certain stade, mais d'un mécanisme pathologique ayant une fonction adaptative. Il estime en effet que l'enfant qui subit

très tôt des traumatismes risque de concevoir le monde d'une manière différente des autres enfants et, par conséquent, de se développer différemment. L'enfant s'embarque dès lors dans une trajectoire développementale qui, bien que pathologique, perpétue de manière complexe les mécanismes d'adaptation qui ont assuré sa survie.

Le concept de *lignes de développement* d'Anna Freud (1988) permet de comprendre le développement de l'enfant dans une perspective globale où interviennent la continuité et la discontinuité (Tyson & Tyson, 1996). Un déséquilibre entre les différentes lignes de développement n'est pas pathologique en soi, puisque « la progression se fait grâce à tout un ensemble de voies, chacune s'organisant selon une série de stades se chevauchant et donnant au développement sa continuité » (Tyson & Tyson, 1996, p. 25).

En effet, la progression de l'enfant le long des lignes de développement dépend de l'interaction entre le développement des pulsions⁴ (désignant la poussée énergétique qui fait tendre l'individu vers un but), du système du moi (instance médiatrice de l'appareil psychique chargée des intérêts de la totalité de la personne et des mécanismes de défense) et du surmoi (instance de l'appareil psychique constituée principalement par l'intériorisation des exigences et des interdits des parents), et des réactions de l'entourage. Freud note qu'il est normal, compte tenu des mouvements de progression et de régression observables chez les enfants, que le clinicien décèle certains mouvements régressifs sans pour autant s'alerter. Elle considère toutefois qu'il arrive aussi souvent, après la détresse provoquée par une situation traumatique ou une maladie, que les régressions, une fois engagées, deviennent permanentes chez l'enfant. Quand il en est ainsi, la régression cesse d'être un facteur bénéfique du développement normal de l'enfant et devient un agent pathogène (Tyson & Tyson, 1996).

Considérant les facteurs étiologiques du TPL, il est possible de croire que des altérations du développement se produisent dès l'enfance en raison de l'expérience de vie. On peut se référer ici aux divers facteurs de risque associés au développement du TPL. La présence chez les enfants des traits de personnalité s'apparentant à ceux du TPL à l'âge adulte s'expliquerait, selon la perspective de Freud, par la dysharmonie des lignes de développement. Le développement des pulsions se produirait normalement, alors que ceux du moi et du surmoi, entravés, régresseraient. Le moi et le surmoi afficheraient une maturité insuffisante par rapport au niveau d'activité pulsionnelle,

provoquant ainsi un fonctionnement précaire des instances régulatrices que sont le moi et le surmoi. Les mécanismes de défense deviendraient ainsi insuffisants, ce qui entraînerait, entre autres, un comportement impulsif, un essor des affects et tendances agressives et une production fantasmatique foisonnante.

Pour sa part, Kernberg (1990) affirme que les troubles de personnalité peuvent se développer avant l'âge de 12 ans, rendant dès lors possible un diagnostic de TPL. Il y a présence d'un trouble de personnalité dès que des traits de personnalité inflexibles, mal adaptés et chroniques interfèrent avec le fonctionnement psychologique de l'enfant et occasionnent des changements de comportement rapides et imprévisibles, peu importe l'âge auquel ces manifestations sont constatées. Ainsi, dès 12 ans, des patrons de personnalité stables peuvent s'observer chez les enfants, rendant possible le diagnostic de TPL. Kernberg, Weiner et Bardenstein (2000) ajoutent qu'il n'y a pas de différences substantielles entre l'adolescent borderline et l'adulte borderline, l'adulte n'étant que l'incarnation plus avancée en âge de l'adolescent borderline. L'adulte borderline a cumulé davantage de complications dans les différentes sphères de sa vie en raison de son âge.

À notre connaissance, ces modèles qui découlent d'une expérience clinique significative n'ont pas été soumis à des études empiriques. Ils fournissent toutefois des cadres conceptuels non négligeables pour comprendre le développement pathologique de l'enfant. Golse (2012) considère d'ailleurs que la notion de « pathologies limites de l'enfance » s'ancre dans une vision psychodynamique du développement. Ces modèles devraient être opérationnalisés avant de faire l'objet d'études empiriques.

Résultats des études longitudinales

À l'instar du modèle théorique proposé par Pine (1986), plusieurs recherches viennent appuyer une certaine stabilité des traits de personnalité inadaptés dès l'enfance. La plupart de ces recherches s'inscrivent dans une perspective développementale de la psychopathologie borderline, c'est-à-dire qu'elles évaluent l'origine et la progression des patrons de comportement inadaptés aux différents stades de développement. Selon Cohen (2008), il est juste de souligner que les comportements et les patrons de personnalité sont moins stables dans l'enfance et l'adolescence. Cette auteure précise toutefois que les traits de personnalité, sans être irréversiblement ancrés durant cette

période, présentent un certain niveau de stabilité. Moindre que celle de l'adulte, cette stabilité n'est pas négligeable pour autant. Des données empiriques révèlent par ailleurs que les enfants présentant des traits particulièrement inadaptés demeurent vulnérables au développement d'un trouble de personnalité à l'âge adulte (De Clercq, Van Leeuwen, Van Den Noortgate, De Bolle, & De Fruyt, 2009; Winograd, Cohen, & Chen, 2008).

Selon Winograd *et al.* (2008), les symptômes borderline chez les adolescents sont associés aux symptômes borderline de l'adulte, au diagnostic de TPL, à l'altération générale du fonctionnement et au besoin de services psychiatriques. L'étude de Winograd *et al.* a été menée sur 20 ans, avec quatre temps de mesure (T_1 : $M = 13,76$ ans; T_2 : $M = 16,1$ ans; T_3 : $M = 22$ ans; T_4 : $M = 33,2$ ans), auprès de plus de 600 adolescents participant à une recherche sur l'évolution à long terme et les corrélats des troubles psychiatriques dans la population générale (*Children in the Community Study*). Un instrument permettant de mesurer les symptômes de trouble de personnalité a été adapté du *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ), ayant une cohérence interne variant entre 0,66 et 0,76 au moment des passations. Les auteurs estiment qu'en raison du lien entre les symptômes borderline de l'adolescent et un fonctionnement altéré à l'âge adulte, ces symptômes ne peuvent pas être considérés comme étant inhérents à leur phase développementale. Ils indiquent aussi que les effets indésirables associés aux symptômes du TPL apparaissent tôt et s'étendent, tout au long de l'âge adulte, à de nombreux domaines. La stabilité des symptômes borderline au cours des vingt années est toutefois modérée ($r = 0,388$) et plus marquée entre le premier temps de mesure et le deuxième ($r = 0,516$). La taille modeste des effets observés ne permet pas de prétendre à des liens de causalité.

Zelkowitz *et al.* (2007) se sont intéressés à des enfants identifiés comme ayant une « pathologie borderline de l'enfance (PBE) » (*borderline pathology of childhood*), associée à une combinaison de symptômes affectifs et cognitifs et à de l'impulsivité. Le suivi s'est fait sur cinq ans auprès de 59 adolescents (18,64 % de filles; $M_{\text{âge}} = 15,5$ ans) ayant préalablement été admis en psychiatrie durant leur enfance et de leurs parents, en ayant pour but de déterminer le niveau de fonctionnement et la symptomatologie à l'adolescence. Vingt-huit des participants avaient un historique de PBE, mais seulement cinq d'entre eux, dont trois filles, ont satisfait les critères diagnostiques du TPL à l'adolescence.

Étant donné que seuls cinq adolescents ont répondu aux critères du TPL, la puissance statistique est insuffisante pour déterminer la prévalence du TPL entre les groupes qui ont eu une PBE dans l'enfance et ceux qui n'en ont pas eue. Les auteurs estiment toutefois que les participants ayant un historique de PBE continuent d'éprouver de sérieux problèmes à l'adolescence, ayant un niveau de fonctionnement moins adapté que ceux du groupe contrôle (p. ex., changements d'école, placements, problèmes avec les pairs).

Le groupe de travail sur les troubles de personnalité du DSM-5 a choisi de proposer un modèle diagnostique s'appuyant sur les traits de personnalité en raison de leur bonne stabilité temporelle. L'importante méta-analyse (152 études longitudinales) de Roberts et DelVecchio (2000) concernant la continuité des traits de personnalité démontre en effet que les traits de personnalité sont modérément stables au cours de la vie (de 3 à 59 ans). Entre 3 et 5,9 ans, la cohérence des traits de personnalité est de 0,52. Entre cette période et celle de 18 à 21 ans, la stabilité des traits augmente généralement après avoir connu un léger déclin entre les périodes de 3 à 5,9 ans et de 6 à 11,9 ans. La stabilité des traits continue d'évoluer de manière générale jusqu'au début de la soixantaine. Shiner (2009) ajoute quant à elle que les enfants d'âge scolaire ont une structure de traits de personnalité semblable à celle des adultes, puisqu'ils présentent les cinq grands traits de personnalité associés au Big Five, soit l'extraversion, le névrosisme, l'agréabilité, l'ouverture à l'expérience et le caractère consciencieux de l'individu. La méta-analyse de Roberts et DelVecchio et le constat de Shiner constituent des appuis à l'utilisation du BPFS-C (Crick *et al.*, 2005) et à l'identification des traits de personnalité associés au TPL à partir de l'âge de 9 ans.

Conclusion et pistes de recherches futures

Les données empiriques relatives au développement des troubles de personnalité sont limitées, notamment en raison du DSM-IV-TR (APA, 2003) qui situe l'émergence des traits de personnalité pathologiques tard dans l'adolescence. Outre les facteurs de risque rétrospectivement associés au TPL, peu de recherches se sont consacrées à l'identification de ces facteurs de risque dans l'enfance ou au développement de traits de personnalité pouvant être liés aux caractéristiques du TPL. De façon similaire, le faible nombre d'instruments adaptés aux enfants a compliqué la compréhension du développement du TPL à l'âge adulte.

Il apparaît que plusieurs manuels diagnostiques — de même que plusieurs chercheurs et cliniciens — reconnaissent la présence de traits de personnalité limites chez les enfants. Il importe toutefois de prendre en compte le niveau développemental de l'enfant dans la compréhension du TPL chez lui, les traits de personnalité se manifestant d'une façon différente selon la période développementale. De même, il apparaît plus juste d'adopter une conception dimensionnelle pour mesurer ces traits. À cet effet, De Clercq et De Fruyt (2007) rappellent que l'identification des traits pathologiques sur un continuum reflète mieux la vulnérabilité d'un enfant à développer une psychopathologie. Cette conception dimensionnelle des traits de personnalité limites chez les enfants s'apparente d'ailleurs au modèle hybride proposé par le DSM-5 (APA, en cours). Une telle conception permettrait de réconcilier l'avis des cliniciens qui rapportent effectivement la présence de certains traits de personnalité limites chez les enfants et celui de leurs collègues qui refusent de poser un diagnostic malgré la reconnaissance de ces traits. Ce consensus permettrait de remédier au risque de stigmatisation perçu par les cliniciens qui rejettent tout diagnostic, ce qui s'avère être un obstacle majeur à l'identification de désordres mentaux (Aviram *et al.*, 2006; Hinshaw & Cicchetti, 2000). Ainsi, sans encourager le diagnostic du TPL chez l'enfant, nous estimons qu'il est possible d'identifier chez l'enfant des *traits* de personnalité *s'apparentant* aux symptômes du TPL, s'inspirant en cela particulièrement de la position intermédiaire de Pine (1986).

Afin de mesurer les manifestations de ces traits, il est utile de se doter d'instruments dimensionnels adaptés aux enfants permettant d'identifier des traits de personnalité associés au TPL. L'objectif, avec le développement de tels instruments de mesure, est d'identifier les premières manifestations du TPL de sorte que les cliniciens, par des interventions précoces, puissent renverser le processus développemental pathologique en cours. L'OMS (2005) encourage d'ailleurs ce type d'interventions, considérant que ces mesures doivent être mises en place dans les périodes de vie où les troubles risquent d'apparaître. En ce sens, la traduction du BPFS-C (Crick *et al.*, 2005) en français (Échelle de traits de personnalité limite pour les enfants [ÉTPLE]; Terradas & Achim, 2010) et sa validation permettra d'identifier les enfants francophones provenant de divers milieux cliniques et non cliniques qui sont à risque de développer un TPL à l'adolescence ou à l'âge adulte. Une première étape de validation de l'ÉTPLE a été complétée

(Arsenault, Dubé, Terradas, Lallier Beaudoin, & Pesant, 2012). L'étude de validation se poursuit.

Le dépistage précoce des troubles de la personnalité ne permet pas *de facto* d'améliorer le pronostic (Berger, 2003), chaque enfant évoluant dans une famille particulière. Le questionnement entourant le fait de poser ou non un diagnostic de TPL chez l'enfant s'accompagne de considérations éthiques importantes. Il y a, d'une part, le risque de stigmatiser un enfant dont l'évolution ferait mentir le diagnostic posé. Il y a, d'autre part, le risque de cristallisation d'un mode de fonctionnement pathologique, la transmission intergénérationnelle du TPL (Baron, Gruen, Anis, & Lord, 1985; Stepp, Whalen, Pilkonis, Hipwell, & Levine, 2011; Weiss *et al.*, 1996) rendant délicats toute intervention auprès de l'enfant et de sa famille, et tout diagnostic ou identification de traits autres que ceux ayant motivé la consultation. Ces considérations éthiques, de même que le type d'intervention à privilégier auprès des enfants présentant des traits de personnalité associés au TPL et de leur famille, méritent davantage d'attention.

Références

- Allen, J. G. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding* (2^e éd.). Washington, DC : American Psychiatry Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC : Auteur.
- American Psychiatric Association (en cours). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Récupéré le 22 mai 2012 de <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- American Psychiatric Association (en cours). *Rationale for the proposed changes to the personality disorders classification in DSM-5*. Récupéré le 2 octobre 2012 de <http://www.dsm5.org/Documents/Personality%20Disorders/Rationale%20for%20the%20Proposed%20changes%20to%20the%20Personality%20Disorders%20in%20DSM-5%205-1-12.pdf>
- American Psychiatric Association (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd., texte révisé). Paris, France : Masson.
- Arsenault, S., Dubé, G., Terradas, M. M., Lallier Baudoin, M.-C., & Pesant, S. (2012, Mars). *L'enfant borderline en devenir : validation de l'Échelle des traits de personnalité limite pour les enfants*. Communication par affiche présentée au 34^e congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie (SQRP), Sherbrooke, Canada.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249-256. doi:10.1080/10673220600975121

- Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research, 134*(2), 169-179. doi:10.1016/j.psychres.2003.07.008
- Baron, M., Gruen, R., Asnis, L., & Lord, S. (1985). Familial transmission of schizotypal and borderline personality disorders. *The American Journal of Psychiatry, 142*(8), 927-934.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2006). *Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. New York : Oxford University Press.
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry, 159*, 2042-2047. doi:10.1176/appi.ajp.159.12.2042
- Berger, M. (2003). Les différentes formes de demande. Dans M. Berger, *Le travail thérapeutique avec la famille* (pp. 90-127). Paris : Dunod.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., & Handelsman, L. (1998). Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: Effects of childhood maltreatment. *Addictive Behaviors, 23*(6), 855-868. doi:10.1016/S0306-4603(98)00072-0
- Bleiberg, E. (1994). Borderline disorders in children and adolescents: The concept, the diagnosis, and the controversies. *Bulletin of the Menninger Clinic, 58*(2), 169-196.
- Bleiberg, E. (2004). *Treating personality disorders in children and adolescents: A relational approach*. New York, NY : Guilford Press.
- Bradley, R., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*(9), 1006-1019. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00401.x
- Chang, B., Sharp, C., & Ha, C. (2011). The criterion validity of the Borderline Personality Features Scale for Children in an adolescent inpatient setting. *Journal of Personality Disorders, 25*(4), 492-502. doi:10.1521/pedi.2011.25.4.492
- Clark, L. A., & Krueger, R. F. (2011). *Rationale for a six-domain trait dimensional diagnostic system for personality disorder*. Récupéré le 22 mai 2012 de <http://www.dsm5.org/proposedrevisions/pages/rationaleforasix-domaintraitdimensionaldiagnosicsystemforpersonalitydisorder.aspx>
- Cohen, P. (2008). Child development and personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 31*(3), 477-493. doi:10.1016/j.psc.2008.03.005
- Crick, N. R., Murray-Close, D., & Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology, 17*(4), 1051-1070. doi:10.1017/S0954579405050492

- De Clercq, B., & De Fruyt, F. (2007). Childhood antecedents of personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 57-61. doi:10.1097/YCO.0b013e328010c827
- De Clercq, B., Van Leeuwen, K., Van Den Noortgate, W., De Bolle, M., & De Fruyt, F. (2009). Childhood personality pathology: Dimensional stability and change. *Development and Psychopathology*, 21(3), 853-869. doi:10.1017/S0954579409000467
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., ... Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31. doi:10.1037/0022-006X.64.1.22
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 103-122. doi:10.1016/S0193-953X(05)70146-5
- Freud, A. (1988). *Le normal et le pathologique chez l'enfant : estimations du développement*. Paris, France : Gallimard.
- Geiger, T., & Crick, N. (2001). A developmental psychopathology perspective on vulnerability to personality disorders. Dans R. E. Ingram et J. M. Price (dir.), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan* (pp. 57-102). New York, NY : Guilford Press.
- Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Diamond, E., Hiller, A., Hoffman, P., New, A. (2010). Parental viewpoints of trajectories to borderline personality disorder in female offspring. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 204-216. doi:10.1521/pedi.2010.24.2.204
- Goldman, S. J., D'Angelo, E., DeMaso, D. R., & Mezzacappa, E. (1992). Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149(12), 1723-1726.
- Golse, B. (2012). Les états limites chez l'enfant : un concept limite? *Le Carnet PSY*, 160, 37-39. doi:10.3917/lcp.160.0037
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Reynolds, E. K., Bagge, C. L., Latzman, R. D., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2009). Extending extant models of the pathogenesis of borderline personality disorder to childhood borderline personality symptoms: The roles of affective dysfunction, disinhibition, and self- and emotion-regulation deficits. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1263-1291. doi:10.1017/S0954579409990150
- Griffiths, M. (2011). Validity, utility and acceptability of borderline personality disorder diagnosis in childhood and adolescence: Survey of psychiatrists. *The Psychiatrist*, 35, 19-22. doi:10.1192/pb.bp.109.028779
- Gurvits, I. G., Koenigsberg, H. W., & Siever, L. J. (2000). Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 27-40. doi:10.1016/S0193-953X(05)70141-6

- Guzder, J., Paris, J., Zerkowitz, P., & Marchessault, K. (1996). Risk factors for borderline psychology in children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(1), 26-33. doi:10.1097/00004583-199601000-00009
- Guzder, J., Paris, J., Zerkowitz, P., & Feldman, R. (1999). Psychological risk factors for borderline pathology in school-age children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(2), 206-212. doi:10.1097/00004583-199902000-00021
- Herman, J. L., Perry, C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 146*, 490-495.
- Hinshaw, S. P., & Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology, 12*, 555-598. doi:10.1017/S0954579400004028
- Houzel, D., Emmanuelli, M., & Moggio, F. (2000). *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Luty, S. E., Mulder, R. T., Carter, J. D., Sullivan, P. F., & Cloninger, C. R. (2003). *Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(6), 756-764. doi:10.1111/j.1440-1614.2003.01263.x
- Kernberg, P. F. (1990). Resolved: Borderline personality exists in children under twelve. Affirmative. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry, 23*(3), 478-479.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., & Bardenstein, K. K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. New York, NY : Basic Books.
- Laplache, J., & Pontalis, J.-B. (1997). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, France : Quadrige et Presses universitaires de France.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Society of Biological Psychiatry, 62*, 553-564. doi:10.1016/j.biopsych.2006.09.019
- Links, P. S., Steiner, M., & Huxley, G. (1988). The occurrence of borderline personality disorder in the families of borderline patients. *Journal of Personality Disorders, 2*, 14-20. doi:10.1521/pedi.1988.2.1.14
- Misès, R., & Quemada, N. (2000). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* (4^e éd.). Vanves, France : CTNERHI.
- Misès, R., Quemada, N., Botbul, M., Bursztejn, C., Durand, B., Garrabé, J., ... Thevenot, J. P. (2002). Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : CFTMEA R-2000. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 50*(4), 233-261.

- Morey, L. (1991). *Personality Assessment Inventory*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources, Inc.
- Organisation mondiale de la santé (2005). *Guide des politiques et des services de santé mentale : politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent* [Brochure]. Genève, Suisse : OMS.
- Organisation mondiale de la santé (2010). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Chapitre V(F) : troubles mentaux et troubles du comportement*. Paris, France : Masson.
- Paris, J. (2000). Childhood precursors of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 77-88. doi:10.1016/S0193-953X(05)70144-1
- Paris, J., Zweig-Frank, H., & Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive Psychiatry*, 35(4), 301-305. doi:10.1016/0010-440X(94)90023-X
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R., & Maugham, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Developmental Psychopathology*, 6, 375-388. doi:10.1017/S0954579400004648
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD : Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Pine, F. (1986). On the development of the « borderline-child-to-be ». *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(3), 450-457. doi:10.1111/j.1939-0025.1986.tb03476.x
- Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126(1), 3-25. doi:10.1037//0033-2909.126.1.3
- Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2005). Child maltreatment, attention networks, and potential precursors to borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1071-1089. doi:10.1017/S0954579405050509
- Shachnow, J., Clarkin, J., DiPalma, C. S., Thurston, F., Hull, J., & Shearin, E. (1997). Biparental psychopathology and borderline personality disorder. *Psychiatry*, 60, 171-181.
- Shapiro, T. (1990). Resolved: Borderline personality exists in children under twelve. Negative. *Journal of the American of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(3), 478-479.
- Sharp, C., Mosko, O., Chang, B., & Ha, C. (2011). The cross-informant concordance and concurrent validity of the Borderline Personality Features Scale for Children in a community sample of boys. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(3), 335-349. doi:10.1177/1359104510366279

- Sharp, C., & Romero, C. (2007). Borderline personality disorder: A comparison between children and adults. *Bulletin of the Menninger Clinic, 71*(2), 85-114. doi:10.1521/bumc.2007.71.2.85
- Shiner, R. (2009). The development of personality disorders: Perspectives from normal personality development in childhood and adolescence. *Developmental Psychopathology, 21*, 715-734. doi:10.1017/S0954579409000406
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2011). Children of mothers with borderline personality disorder: Identifying parenting behaviours as potential targets for intervention. *Personality disorders: Theory, Research, and Treatment*. doi:10.1037/a0023081.
- Tackett, J. L., Balsis, S., Oltmanns, T. F., & Krueger, R. F. (2009). A unifying perspective on personality pathology across the life span: Developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Development and Psychopathology, 21*, 687-713. doi:10.1017/S095457940900039X
- Terradas, M. M., & Achim, J. (2010). *L'Échelle de traits de personnalité limite pour les enfants. Traduction en français du Borderline Personality Features Scale for Children (BPFS-C), d'après la version originale de Crick, N. R., Murray-Close, D., & Woods, K. (2005)*. Document inédit, Université de Sherbrooke. Sherbrooke, Canada.
- Tyson, P., & Tyson, R. L. (1996). *Les théories psychanalytiques du développement de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Weiss, M., Zerkowitz, P., Feldman, R. B., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1996). Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*, 285-290.
- Winograd, G., Cohen, P., & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: Prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(9), 933-941. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01930.x
- Wood, I. S., Parmelee, D. X., & Arents, M. P. (1992). Factors associated with borderline pathology in school-age children. *Journal of Child and Family Studies, 1*(2), 167-181. doi:10.1007/BF01321284
- Zanarini, M. C. (2003). *Childhood Interview for DSM-IV borderline personality disorder (CI-BPD)*. Belmont, MA : McLean Hospital.
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 11*, 93-104. doi : 10.1521/pedi.1997.11.1.93
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). *Childhood experiences of borderline patients. Comprehensive Psychiatry, 30*, 18-25. doi:10.1016/0010-440X(89)90114-4

Zelkowitz, P., Paris, J., Guzder, J., Feldman, R., Roy, C., & Rosval, L. (2007). A five-year follow-up of patients with borderline pathology of childhood. *Journal of Personality Disorders*, 21(6), 664-674. doi:10.1521/pedi.2007.21.6.664

Notes

- ¹ Le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et le fonds institutionnel de l'Université de Sherbrooke ont partiellement financé cette recherche.
- ² Pour une description détaillée des instruments évaluant la présence des traits de personnalité limite chez les enfants et les adolescents, voir Sharp et Romero (2007).
- ³ Compte tenu du langage psychanalytique employé par la CFTMEA, nous nous sommes permis d'apposer certaines clarifications et de donner quelques exemples à la suite de chaque critère de la CFTMEA.
- ⁴ Les clarifications entre parenthèses viennent de Laplace et Pontalis (1997). Elles demeurent incomplètes, le but étant de rendre les termes psychanalytiques accessibles aux lecteurs qui ne sont pas familiers avec eux.

Correspondance

Miguel M. Terradas
Département de psychologie
Université de Sherbrooke, campus de Longueuil
150, place Charles-LeMoine, bureau 200
Longueuil, Québec, Canada J4K 0A8
Téléphone : (450) 463-1835, poste 61611
Courriel : miguel.terradas@usherbrooke.ca

Résumé

Le trouble de personnalité limite (TPL) est une psychopathologie sévère dont les précurseurs remontent à l'enfance. À partir de cette prémisse, l'objectif de cet article est de présenter la controverse qui entoure la présence, dès l'enfance, de traits de personnalité pathologiques reliés au TPL. En effet, bien que le DSM-IV-TR (APA, 2003) déconseille le diagnostic de TPL chez les enfants, d'autres outils diagnostiques soulignent que des traits inadaptés peuvent effectivement être identifiés

précocement. Par ailleurs, plusieurs auteurs appuient l'hypothèse selon laquelle le développement des enfants serait compromis par la présence de traits de TPL, faisant d'eux des *enfants borderline en devenir*. Devant la perspective que les traits inadaptes de l'enfance se maintiennent à l'adolescence et à l'âge adulte, l'article souligne le besoin indispensable de développer des instruments de mesure dimensionnels permettant d'identifier les enfants à risque afin de favoriser les interventions précoces et de renverser le processus développemental pathologique en cours.

Mots-clés : traits de personnalité, trouble de personnalité limite, développement, enfants

Abstract

Borderline personality disorder (BPD) is a severe psychopathological condition whose antecedents occur in childhood. Based on this premise, the article aims to examine the debate surrounding the identification of childhood pathological personality traits associated with BPD. Notably, the DSM-IV-TR (APA, 2003) advises against childhood diagnosis of BPD. However, other diagnostic manuals allow for the identification of maladjusted personality traits in children and several researchers support the hypothesis that childhood development is compromised by the presence of BPD features, implying that a child exhibiting such traits could be considered *a borderline-child-to-be*. Given that maladjusted personality traits identified in childhood intensify throughout adolescence and into adulthood, this article emphasizes the imperative need to develop dimensional measures that allow for the identification of high-risk children in order to facilitate early interventions with the aim of counteracting pathological developmental processes.

Keywords: personality traits, borderline personality disorder, development, children