

Traumatisme et trouble de la personnalité limite

Trauma and borderline personality disorder

Joel Paris

Volume 21, numéro 1, printemps 1996

Les états de stress post-traumatique

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032386ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032386ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Résumé de l'article

Le présent article passe en revue l'important corpus de preuves empiriques amassées au sujet du rapport qu'il est possible d'établir entre certaines expériences traumatiques subies durant l'enfance et l'installation des troubles de la personnalité dite limite ou « borderline » chez l'adulte. Les connaissances accumulées à ce jour nous indiquent qu'un traumatisme subi durant l'enfance est l'un des nombreux facteurs de risque à l'égard des personnalités limites, mais qu'il ne saurait en être le principal facteur étiologique.

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Paris, J. (1996). Traumatisme et trouble de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 177-187. <https://doi.org/10.7202/032386ar>



Traumatisme et trouble de la personnalité limite

Joel Paris*

Le présent article passe en revue l'important corpus de preuves empiriques amassées au sujet du rapport qu'il est possible d'établir entre certaines expériences traumatiques subies durant l'enfance et l'installation des troubles de la personnalité dite limite ou « *borderline* » chez l'adulte. Les connaissances accumulées à ce jour nous indiquent qu'un traumatisme subi durant l'enfance est l'un des nombreux facteurs de risque à l'égard des personnalités limites, mais qu'il ne saurait en être le principal facteur étiologique.

Personnalité limite: un défi pour le clinicien

La personnalité limite est un diagnostic psychiatrique qui se caractérise par un comportement impulsif, par des idées suicidaires récurrentes, par une instabilité émotionnelle et par la précarité des rapports intimes (American Psychiatric Association, 1994). La personnalité limite est l'une des maladies psychiatriques les plus courantes observées dans la pratique clinique en Amérique du Nord (Gunderson, 1984). Selon les recherches épidémiologiques menées aux États-Unis (Swartz et al., 1990), la personnalité limite affecterait de 1% à 2% de la population générale.

Aucun mode de traitement ne s'est révélé efficace pour venir à bout de tous les aspects de la maladie. En fait, les patients à personnalité limite établissent des liens plutôt fragiles avec leur thérapeute (Frank, 1992) et abandonnent souvent tout à fait leur traitement (Gunderson et al., 1989). Selon certains résultats récents, une approche thérapeutique cognitive-béavioriste peut atténuer les symptômes impulsifs notés chez ces patients (Linehan, 1993). Le patient à personnalité limite représente toutefois un défi de taille pour le clinicien. Si nous voulons mettre au point de nouveaux modes de traitements pour soigner la per-

* L'auteur, MD, est professeur de psychiatrie à l'Université McGill et travaille au Institute of Community and Family Psychiatry de l'Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis.

sonnalité limite, nous devons, dans un premier temps, essayer de mieux en comprendre l'étiologie.

Le but du présent article est de passer en revue les publications récentes qui pourraient faire le jour sur certaines causes possibles de la pathologie limite. Nous nous attarderons particulièrement aux études qui se sont penchées sur le rôle possible des expériences traumatiques subies durant l'enfance dans l'étiologie de la personnalité limite et nous résumerons les conclusions auxquelles notre groupe de recherche en est arrivé au sujet de ces facteurs. Pour terminer, nous nous pencherons sur les applications cliniques de notre recherche.

Étiologie de la personnalité limite

Dans l'ensemble, les troubles de la personnalité sont perçus comme des amplifications pathologiques de traits de la personnalité (Paris, 1996). Étant donné que les traits ont une forte composante génétique (Plomin, 1990), les facteurs biologiques influent sûrement sur la tendance d'un individu à développer l'un ou l'autre des troubles de la personnalité (Siever et Davis, 1991). Aucune preuve empirique spécifique ne nous permet toutefois d'affirmer que la personnalité limite soit héréditaire ou qu'elle soit associée à des marqueurs biologiques précis (Paris, 1994).

D'autre part, une importante proportion des données recueillies suggèrent que les facteurs psychologiques jouent un important rôle dans l'installation de la personnalité limite. Les facteurs de risque sont associés à divers types d'expériences vécues durant l'enfance, que l'on peut répartir en trois catégories: traumatisme, séparation ou deuil (perte) en bas âge et anomalies des rapports parentaux (Paris, 1994). Chacun de ces facteurs est plus fréquent chez les patients à personnalité limite que chez les patients de groupes comparatifs atteints de troubles apparentés.

De nombreux chercheurs ont constaté une fréquence élevée de traumatismes subis durant l'enfance, surtout du type agression physique ou sexuelle, chez ces patients (Links et al., 1988; Herman et al., 1989; Zanarini et al., 1989a; Ogata et al., 1990a; Shearer et al., 1990; Ludolph et al., 1990; Westen et al., 1990; Byrne et al., 1990; Paris et al., 1994a, 1994b). Il n'a toutefois pas été démontré que ces expériences de l'enfance soient des conditions nécessaires ou suffisantes pour l'installation de personnalités limites.

Le rapport entre le traumatisme et la psychopathologie a le mieux été cerné par des études menées dans la communauté. Des recherches portant sur des échantillons de la population ayant subi une agression sexuelle (Browne et Finkelhor, 1986) ou un mauvais traitement phy-

sique (Malinovsky-Rummel et Hansen, 1993) durant l'enfance révèlent qu'à long terme, la grande majorité (80 %) des enfants exposés à ce type de traumatisme restent indemnes de toute forme de psychopathologie mesurable lorsqu'ils arrivent à l'âge adulte.

Lorsque vient le temps de prédire l'installation de séquelles à long terme, la gravité d'un traumatisme, mesurée à l'aide de paramètres, forme une base plus solide que la simple présence d'antécédents de traumatismes. Ces paramètres comprennent la nature spécifique de l'agression, sa fréquence, sa durée, l'identité de l'agresseur (membre ou non de la famille). Or, même lorsque l'on tient compte de ces paramètres, seule une minorité d'enfants ainsi maltraités présentent des séquelles (Browne et Finkelhor, 1986; Malinovsky-Rummell et Hansen, 1993).

Ces observations pourraient s'expliquer en partie par la corrélation établie entre l'agression et d'autres facteurs de risque. Les enfants déjà biologiquement fragiles sont les plus susceptibles de développer une pathologie à l'âge adulte lorsqu'ils sont exposés à des facteurs de stress psychosociaux (Rutter, 1987, 1989). De plus, les expériences d'agression ne surviennent généralement pas de façon isolée; elles s'intègrent en effet parfois au contexte plus global d'une famille dysfonctionnelle (Nash et al., 1992). En général, la psychopathologie tend davantage à découler d'une suite d'expériences traumatiques subies à répétition que d'expériences ponctuelles et isolées (Rutter 1987, 1989). De plus, certains facteurs de résilience confèrent une protection aux enfants contre les expériences traumatiques et contribuent à expliquer la variabilité des réactions manifestées suite à des traumatismes subis durant l'enfance.

L'un des problèmes propres à toute cette recherche concerne la précision relative avec laquelle des adultes relatent les traumatismes qu'ils ont subis pendant l'enfance. À ce jour, toutes les études ont été *rétrospectives* et aucune étude prospective n'a porté sur des enfants victimes d'agression dans le but d'identifier lesquels risquaient de développer des troubles de la personnalité une fois arrivés à l'âge adulte. De plus, les patients adultes peuvent être influencés par leur thérapeute et ainsi produire de faux souvenirs de leur enfance (Loftus, 1993). De tels souvenirs pourraient être particulièrement fréquents chez les patients atteints de personnalité limite (Paris, 1995).

Néanmoins, compte tenu du lien somme toute assez fort qui a pu être établi entre les traumatismes et la personnalité limite, certains théoriciens (Herman et van der Kolk, 1987) ont formulé une hypothèse selon laquelle les expériences traumatiques sont la principale explication

étiologique de la personnalité limite, qui est alors interprétée comme une forme chronique d'état de stress post-traumatique. Nos propres recherches visaient à vérifier ces hypothèses.

Étude montréalaise sur les facteurs de risque psychologiques à l'égard de la personnalité limite

Notre équipe, de l'Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis, à Montréal, a procédé à une enquête sur les facteurs de risque à l'égard de la personnalité limite. La recherche visait à répondre aux trois questions suivantes: 1) le traumatisme est-il plus spécifique à la personnalité limite qu'à d'autres formes de troubles de la personnalité? 2) les caractères paramétriques de l'agression peuvent-ils expliquer le lien entre traumatisme et personnalité limite? 3) les liens entre traumatisme et personnalité limite sont-ils indépendants d'autres risques?

La méthodologie de ce projet de recherche a été décrite en détails ailleurs (Paris et al., 1994a, 1994b). En résumé, nous avons rassemblé un important échantillon de sujets des deux sexes: 150 femmes et 121 hommes, atteints de troubles de la personnalité parmi lesquels 139 (78 femmes et 61 hommes) étaient atteints de personnalité limite et 132 (72 femmes et 60 hommes) avaient d'autres diagnostics de l'Axe II, principalement du groupe C. Nous avons diagnostiqué systématiquement tous les sujets à l'aide de la version mise à jour de la *Diagnostic Interview for Borderlines* (Zanarini et al., 1989b). Nous avons également procédé à des entrevues semi-structurées qui visaient à faire un bilan détaillé de leurs expériences d'enfants et nous avons tenu compte des agressions sexuelles et physiques, des paramètres de ces agressions, de la séparation ou de la perte de l'un ou l'autre des parents en bas âge. Nous avons tenté d'écarter les faux souvenirs en accordant moins d'importance à tout rapport de traumatisme durant l'enfance n'ayant refait surface qu'à l'âge adulte, particulièrement en psychothérapie. Finalement, nous avons utilisé des questionnaires auto-administrés portant entre autre sur la qualité des liens parentaux (*Parental Bonding Index*; Parker, 1983), sur le phénomène de dissociation (*Dissociative Experiences Scale*; Bernstein et Putnam, 1986) et sur les mécanismes de défense (*Defense Styles Questionnaire*; Bond et al., 1983).

Nos conclusions au sujet des facteurs de risque psychologiques à l'égard de la personnalité limite ont déjà été publiées (Paris et al., 1994a, Paris et al., 1994b, Paris, 1994). En résumé, selon les résultats de l'étude, les individus à personnalité limite font beaucoup plus souvent état d'expériences traumatiques subies durant l'enfance que les individus des groupes comparatifs de patients atteints d'autres troubles de

la personnalité. Par exemple, un nombre important de patients à personnalité limite ont déclaré avoir subi des agressions sexuelles durant l'enfance (70 % des femmes et 45 % des hommes). De telles expériences ont toutefois semblé loin d'être rares chez les patients atteints de troubles de la personnalité autres que limites (45 % des femmes et 25 % des hommes). Nos résultats relativement aux mauvais traitements physiques infligés par les parents durant l'enfance suivaient la même tendance, en ce sens que les expériences ont été rapportées avec une fréquence nettement plus grande chez les patients à personnalité limite, mais étaient courantes chez les patients atteints de troubles de la personnalité, tous types confondus.

Au sein des groupes limites et non limites, 15 % des patients ont déclaré avoir été victime d'inceste de la part de leur père. Ce taux est d'environ quatre fois supérieur à ce qui s'observe dans la population en général (Finkelhor et al., 1990), mais la plupart des sujets des deux groupes ayant mentionné une agression sexuelle n'ont pas du tout décrit l'inceste. Les autres résultats relatifs à l'identité des agresseurs se rapprochaient de ceux qu'avaient générés les études menées dans la communauté, c'est-à-dire que, pour la plupart, les agressions sexuelles subies durant l'enfance n'étaient pas l'oeuvre de membres de la famille immédiate. Le taux plus élevé d'agressions sexuelles signalé par les sujets du groupe à personnalité limite a été attribuable à des agresseurs qui n'étaient pas des membres de la famille immédiate (par exemple, oncles, cousins ou grands-parents), ou à des agresseurs non apparentés au patients.

À l'examen des autres mesures paramétriques des agressions, nous avons découvert qu'un important sous-groupe (environ 25 %) des patients limites faisaient état d'agressions sexuelles graves, caractérisées par la pénétration, l'usage de la force et la répétition des agressions et que chez les deux sexes, les groupes diagnostiques différaient quant à la gravité de l'agression. Un plus grand nombre de patientes limites ont déclaré avoir été victimes d'agression sexuelle avec pénétration comparative-ment aux patientes non limites (25 %, contre 5 %) et un nombre significativement plus grand de patientes limites ont fait état d'agressions de la part d'agresseurs multiples en comparaison avec les patientes non limites (35 %, contre 14 %). Chez les patients de sexe masculin, un nombre significativement plus grand de patients limites ont fait état de pénétration, en comparaison avec les patients non limites (18 %, contre 2 %) et d'usage de la force (44 %, contre 25 %). Pour la plupart des autres paramètres, les expériences signalées étaient identiques dans les groupes atteints ou non de personnalité limite, notamment en ce qui concerne la

fréquence, la durée et l'âge au moment du déclenchement. La grande majorité des rapports décrivaient des incidents isolés.

Il faut néanmoins noter que ces différences entre les groupes provenaient d'une minorité de patients. La grande majorité des sujets limites ne faisaient état d'aucune agression grave, quelle qu'elle soit. L'éventail des plaintes relatives à la nature et à la fréquence de l'agression sexuelle ou physique subie durant l'enfance chez nos patients présentant des troubles de la personnalité ressemble donc à l'éventail des expériences signalées lors d'études portant sur la population en général, la majorité des cas ne concernant que des incidents isolés, sans pénétration.

Les résultats relatifs aux agressions physiques se sont révélés parallèles aux résultats concernant les agressions sexuelles. Les femmes du groupe de patients limites ont déclaré avoir subi des agressions physiques plus souvent, alors que les hommes n'ont signalé que des agressions d'une durée plus longue. Un fort recoupement a pu être observé entre les groupes pour les deux sexes.

Si nous avons noté que la plupart des sujets atteints de troubles de la personnalité ont été exposés à d'autres facteurs de risque d'ordre psychologique, tels foyer brisé, psychopathologie parentale, négligence affective, peu de différences ont été notées entre les patients limites et non limites quant à l'un ou l'autre de ces facteurs. Les analyses de régression ont révélé que c'est l'agression sexuelle qui distingue les patients limites des patients non limites, indépendamment des autres facteurs. Cette observation, confirmée par Links et van Reekum (1993), suggère que l'agression sexuelle déclenche des mécanismes psychologiques particuliers.

Risques psychologiques et caractéristiques spécifiques des troubles de personnalité limite: dissociation, automutilation et mécanismes de défense

Selon certains théoriciens (Spiegel et Cardena, 1991), le traumatisme grave risque particulièrement d'entraîner un phénomène dissociatif. Herman et van der Kolk (1987) et Terr (1991) ont suggéré que les symptômes dissociatifs soient utilisés comme «marqueurs» d'un traumatisme subi durant l'enfance. Notre recherche a tenté de répondre à cette question relative à la dissociation propre aux personnalités limites, comme conséquence d'un traumatisme.

Dans notre échantillon, les sujets limites présentaient des taux anormalement élevés de dissociation, beaucoup plus élevés que chez les sujets non limites (Zweig-Frank et al., 1994a, 1994b) selon la *Dissocia-*

tive Experiences Scale. Toutefois, ces différences n'ont pu être reliées au fait que le patient ait ou non été victime d'agression ni à l'un ou l'autre des facteurs de risque psychologique que nous avons mesurés et elles n'ont pu être associées qu'au diagnostic.

Herman et van der Kolk (1987) ont également avancé une hypothèse selon laquelle les patients limites qui s'automutilent, c'est-à-dire qui s'ouvrent les veines ou se blessent de quelque autre façon, cherchent à masquer la douleur que provoque la dissociation. Toutefois, dans notre étude, si la plupart des patients qui se sont automutilés présentaient une personnalité limite, aucun lien n'a pu être établi entre l'automutilation et le traumatisme, à part le diagnostic (Zweig-Frank et al., 1994c, 1994d).

Nous en sommes venus à la conclusion globale que la dissociation et l'automutilation sont peut-être le reflet de traits de la personnalité sous-jacents dans la personnalité limite. Ces symptômes peuvent donc être plus intimement reliés à des facteurs biologiques qu'à une expérience vécue durant l'enfance.

Nos résultats au sujet des mécanismes de défense ont été parallèles aux résultats concernant la dissociation et l'automutilation. Les sujets limites des deux sexes avaient plus facilement recours à des modes de défense «immatures» (Bond et al., 1994; Paris et al., sous presse), mais aucun lien n'a pu être établi entre les modes de défense et les antécédents de traumatisme.

Conclusion et implications cliniques

Nos résultats concordent avec l'hypothèse selon laquelle le traumatisme est l'un des nombreux facteurs d'importance dans l'étiologie des troubles de la personnalité limite. On note un taux élevé d'agressions subies durant l'enfance chez ces patients et la gravité de ces agressions les distingue plus précisément des patients qui souffrent d'autres troubles de la personnalité. Or d'autres résultats ont contredit cette simple théorie de la personnalité limite consécutive à un traumatisme. Malgré des différences statistiquement significatives, nos groupes diagnostiques se recoupaient fortement les uns les autres. La plupart des paramètres de gravité de l'agression ont échoué à différencier les patients limites des patients non limites.

Une conclusion plus précise, qui semble émaner de tous ces résultats, consisterait à dire que le traumatisme subi durant l'enfance est un facteur de risque qui affecte surtout un sous-groupe spécifique, le groupe des patients qui ont subi les agressions les plus graves. Même

chez ce groupe toutefois, l'impact global du traumatisme ne peut être compris que si l'on tient compte également de certaines prédispositions biologiques qui rendent le sujet plus sensible aux effets du traumatisme, et des effets cumulatifs posés par une exposition à de multiples risques.

En résumé, le traumatisme est un important facteur de risque à l'égard de la personnalité limite, mais cela n'est une condition ni nécessaire ni suffisante pour son installation. La personnalité limite est un trouble complexe dont l'étiologie est pluridimensionnelle (Paris, 1994). Par conséquent, la principale conclusion de notre recherche sur le plan clinique est que les patients limites requièrent une approche thérapeutique complexe.

Il s'ensuit que les approches unidimensionnelles de psychothérapie, particulièrement le type de psychothérapie qui insiste surtout sur la composante post-traumatique (Herman, 1992) sont probablement utiles, mais dans une minorité de cas. La plupart des patients limites ont besoin d'une approche intégrée, qui tienne compte des facteurs biologiques et sociaux de l'étiologie de leur maladie. Ainsi, en plus des approches psychothérapeutiques qui convergent vers les expériences passées, les patients limites pourraient bénéficier d'interventions psychopharmacologiques (Soloff, 1993), d'une approche thérapeutique éclectique échelonnée dans le temps (McGlashan, 1993) et de méthodes fondées sur les principes de la réadaptation psychosociale (Paris, 1994).

RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e édition, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- BERNSTEIN, E.M., PUTNAM, F.W., 1986, Development, reliability, and validity of dissociation scale, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-734.
- BOND, M.P., GARDNER, S., CHRISTIAN, J., SIGAL, J.J., 1983, Empirical study of self-rated defence styles, *Archives of General Psychiatry*, 40, 33-338.
- BOND, M., PARIS, J., ZWEIG-FRANK, H., 1994, Defense styles and borderline personality disorder, *Journal of Personality Disorders*, 8, 28-31.
- BROWNE, A., FINKELHOR, D., 1986, Impact of child sexual abuse: A review of the literature, *Psychopharmacological Bulletin*, 99, 66-77.
- BYRNE, C.P., CERNEVSKY, A., VELAMMOOR, V.R., 1990, A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships, *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 590-595.

- FINKELHOR, D., HOTALING, G., LEWIS, I.A., SMITH, C., 1990, Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence characteristics and risk factors, *Child Abuse Negl*, 14, 19-28.
- FRANK, A.F., 1992, The therapeutic alliances of borderline patients, in Clarkin, J.F., Marziali, E., Munroe-Blum, H., eds, *Borderline Personality disorder: Clinical and Empirical Perspectives*, Guilford, New York, 220-247.
- GUNDERSON, J.G., 1984, *Borderline Personality Disorder*, Washington, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- GUNDERSON, J.G., FRANK, A.F., RONNINGSTAM, E.F., WAHTER, S., LYNCH, V.J., WOLF, P.J., 1989, Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 38-42.
- HERMAN, J.L., 1992, *Trauma and Recovery*, Basic, New York.
- HERMAN, J.L., PERRY, J.C., VAN DER KOLK, B.A., 1989, Childhood trauma in borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- HERMAN, J.L., VAN DER KOLK, B., 1987, Traumatic antecedents of borderline personality disorder, in van der Kolk B., ed, *Psychological Trauma*, American Psychiatric Press, Washington, DC, II-126.
- LINEHAN, M.M., 1993, *Cognitive-Behavioral Therapy of Borderline Personality Disorder*, Guilford, New York.
- LINKS, P.S., STEINER, M., OFFORD, D.R., 1988, Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study, *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 336-340.
- LINKS, P.S., VAN REEKUM, R., 1993, Childhood sexual abuse, parental impairment and the development of borderline personality disorder, *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 472-474.
- LOFTUS, E.F., 1993, The reality of repressed memories, *American Psychologist*, 48, 518-537.
- LUDOLPH, P.S., WESTEN, D., MISLE, B., 1990, The borderline diagnosis in adolescents: Symptoms and developmental history, *American Journal of Psychiatry*, 147, 470-476.
- MCGLASHAN, T.H., 1993, Implications of outcome research for the treatment of borderline personality disorder, in Paris, J., ed, *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*, American Psychiatric Press, Washington, DC, 235-260.
- MALINOVSKY-RUMMELL, R., HANSEN, D.J., 1993, Long-term consequences of physical abuse, *Psychopharmacology Bulletin*, 114, 68-79.

- NASH, M.R., HULSELY, T.L., SEXTON, M.C., HARRALSON, T.L., LAMBERT, W., 1993, Long-term effects of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology, and dissociation, *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 61, 276-283.
- OGATA, S.N., SILK, K.R., GOODRICH, S., LOHR, N.E., WESTEN, D., HILL, E.M., 1990, Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, 147, 1008-1013.
- PARIS, J., 1994, *Borderline Personality Disorder: A Multidimensional Approach*, American Psychiatric Press, Washington, DC..
- PARIS, J., 1996, *Social Factors in the Personality Disorders: A biopsychosocial approach to etiology and treatment*, Cambridge University Press, New York.
- PARIS, J., ZWEIG-FRANK, H., GUZDER, J., 1994a, Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients, *Comprehensive Psychiatry*, 35, 301-305.
- PARIS, J., ZWEIG-FRANK, H., GUZDER, J., 1994b, Risk factors for borderline personality in male outpatients, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 375-380;199.
- PARIS, J., 1995, Memories of abuse in BDP: True or false?, *Harvard review of Psychiatry*, 3, 10-17.
- PARIS, J., ZWEIG-FRANK, H., BOND, M., GUZDER, J., sous presse, Defense styles, hostility, and psychological risk factors in male patients with personality disorders, *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- PARKER, G., 1983, *Parental Overprotection: A Risk Factor in Psychosocial Development*, Grune and Stratton, New York.
- PLOMIN, R., DEFRIES, J.C., MCCLEARN, G.E., 1990, *Behavioral Genetics: A Primer*, WH Freeman, New York.
- RUTTER, M., 1987, Psychosocial resilience and protective mechanisms, *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- RUTTER, M., 1989, Pathways from childhood to adult life, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 23-51.
- SHEARER, S.L., PETERS, C.P., QUAYTMAN, M.S., 1990, Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients, *American Journal of Psychiatry*, 147, 214-216.
- SIEVER, L.J., DAVIS, L., 1991, A psychobiological perspective on the personality disorders, *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658.
- SOLOFF, P.H., 1993, Psychopharmacological intervention in borderline personality disorder, in Paris, J., ed, *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*, American Psychiatric Press, 319-348.

- SWARTZ, M., BLAZER, D., GEORGE, L., WINFIELD, I., 1990, Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community, *Journal of Personality Disorders*, 4, 257-272.
- TERR, L.C., 1991, Childhood traumas: An outline and an overview, *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- WESTEN, D., LUDOLPH, P., MISLE, B., 1990, Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder, *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 55-56.
- ZANARINI, M.E., GUNDERSON, J.G., MARINO, M.F., 1989a, Childhood experiences of borderline patients, *Comprehensive Psychiatry*, 30, 18-25.
- ZANARINI, M.E., GUNDERSON, J.G., FRANKENBURG, F.R., 1989b, The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders, *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18.
- ZWEIG-FRANK, H., PARIS, J., GUZDER, J., 1994a, Psychological risk factors for dissociation in female patients with borderline and non-borderline personality disorders, *Journal of Personality Disorders*, 8, 203-209.
- ZWEIG-FRANK, H., PARIS, J., GUZDER, J., 1994b, Dissociation in male patients with borderline and non-borderline personality disorders, *Journal of Personality Disorders*, 8, 210-218.
- ZWEIG-FRANK, H., PARIS, J., GUZDER, J., 1994c, Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with personality disorders, *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 259-265.
- ZWEIG-FRANK, H., PARIS, J., GUZDER, J., 1994d, Psychological risk factors for self-mutilation in male patients with personality disorders, *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 266-268.

ABSTRACT

Trauma and borderline personality disorder

This article reviews a large body of empirical evidence concerning the relationship between traumatic experiences in childhood and the development of borderline personality disorder (BPD) in adulthood. Our present state of knowledge indicates that childhood trauma is one of several risks for BPD, but is by no means the main etiological factor accounting for the development of this disorder.

**Santé mentale
au Québec**



Créé en septembre 1976, *Santé Mentale au Québec* est une revue qui paraît deux fois par année, au printemps et à l'automne. D'orientation psychosociale, elle publie des articles de recherche expérimentale et d'innovation sociale et a choisi pour principal objectif de répondre aux besoins de développement des connaissances de la communauté scientifique, universitaire et clinique.

Ce numéro vous présente un dossier sur le virage ambulatoire et santé mentale, et un dossier spécial sur les états de stress post-traumatique.

L'éditorial sur les états de stress post-traumatique est signé Louis Côté et nous retrouvons divers articles d'intérêt: *Les modèles cognitifs et comportementaux du trouble de stress post-traumatique* de Pascale Brillon, *André Marchand et Randolph Stephenson, Expositions récurrentes aux événements traumatiques: inoculation ou vulnérabilité croissante?* d'Alain Brunet, *Traumatisme, mémoire en fantasme: la réalité psychique* de Dominique Scarfome, *Traumatisme et trouble de la personnalité limite* de Joel Paris, *Prévalence du trouble de stress post-traumatique chez les chauffeurs d'autobus* de Richard Boyer et Alain Brunet, *Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques* de Louis Côté, et *Conséquences psychologiques des massacres de 1994 au Rwanda* de Guy Sydor et Pierre Philpott.

L'éditorial sur le virage ambulatoire et Santé mentale est signé Alain Lesage et nous retrouvons des articles d'intérêt: *Le virage ambulatoire, un détour qui évite l'alternative?* de Jean Gagné, *Pour qui le virage ambulatoire?* de Gaston Harnois, *Perspectives familiales sur les changements anticipés dans les soins en santé mentale* de Kay Simpson, *Virage ambulatoire en santé mentale et patients souffrant de troubles sévères et persistants* de Dominique Bédard, *Le devenir de l'enfant gravement malade* de Lise Brochu, *Virage ambulatoire en psychiatrie au Québec: plus de trente ans d'histoire* de Claude

Vanier, *Santé mentale et virage ambulatoire de Claude Larivière, Les défis du virage ambulatoire dans les services de santé mentale à Montréal* de Paul Beaudry, *Perspectives épidémiologiques sur le virage ambulatoire des services psychiatriques* d'Alain Lesage, *Le virage ambulatoire en psychiatrie à Québec: l'équilibre en tête* de Margot Tremblay, *Le virage ambulatoire en psychiatrie: une perspective globale* de Yvon-Jacques Lavallée.

En mosaïques, *Abus sexuels et négligence: mêmes causes, mêmes effets, même traitement?* de Johanne Charbonneau et Jacqueline Oxman-Martinez, *Adaptation à la communauté des jeunes adultes ayant vécu une ou plusieurs hospitalisations en psychiatrie* de Claude Leclerc, *Acculturation, identité et bien-être: l'ajustement de réfugiées Somaliennes* de Marta Young, *Existe-t-il enfin un consensus social pour définir et comprendre la problématique de la violence conjugale?* de Kathleen Laughrea, Claude Bélanger et John Wright.

En communication brève, *L'entraide maternelle, une réponse à l'isolement pathogène* de Véronique Lussier, Hélène David et Louise Ouimet.

La revue vous annonce en primeur les grands thèmes et dossiers des prochaines parutions:

- Automne 1996
Les psychotropes et les troubles limites
- Printemps 1997
Les hôpitaux psychiatriques et les troubles de personnalité

COUPON D'ABONNEMENT

Je désire _____ un abonnement(s) pour 1 an 2 ans 3 ans: au tarif de _____ \$ à partir de 1996 (parution 2 fois l'an).

Je désire _____ exemplaire(s) au montant de 20,51 \$ l'unité

Prière de faire parvenir un chèque ou mandat-poste à l'ordre de
Revue Santé mentale au Québec, C.P. 548 Succursale Place d'Armes, Montréal,
H2Y 3H3 Téléphone (514) 523-0607 — Télécopieur (514) 523-0797 —
e-mail: rsmq@web.apc.org

Nom: _____ Profession: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Code postal: _____ Pays: _____

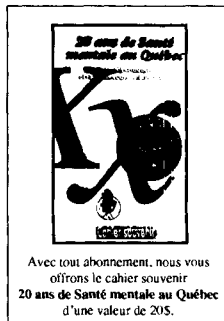
Téléphone: _____ Fax: _____

Tarifs	1 an	2 ans	3 ans
• Particuliers	25,07 \$	44,44 \$	62,68 \$
• Institutions	36,47 \$	69,51 \$	99,14 \$
• Étudiants	21,65 \$	39,88 \$	55,84 \$

Paiement par: Chèque Mandat Visa MasterCard

N° de carte: _____ Date d'exp.: _____

Signature: _____



Avec tout abonnement, nous vous offrons le cahier souvenir **20 ans de Santé mentale au Québec** d'une valeur de 20\$.