

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^{ÈME} CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
AUDREY CHAMPAGNE

ÉVALUATION DES AFFECTS, DE LA DÉTRESSE ET DES CAPACITÉS RELATIONNELLES
DE FEMMES EN DIFFICULTÉ
DANS LE CADRE D'UNE INTERVENTION PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

SEPTEMBRE 2009

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

L'objectif de cette recherche est d'évaluer, en cours de traitement, le fonctionnement psychologique de femmes (n = 4) présentant ou non des traits de personnalité limite. Les variables à l'étude sont la modulation affective, la détresse et les capacités relationnelles. Les quatre participantes recrutées sont toutes bénéficiaires de services de réinsertion sociale dispensés par les intervenantes d'une maison d'hébergement pour femmes en difficulté. Les participantes 1 et 2 présentent un diagnostic de trouble de la personnalité limite, la participante 3 un diagnostic de dépression et la participante 4 un diagnostic de troubles bipolaire et psychotique. L'évaluation de ces dernières s'inscrit dans le cadre de l'implantation d'un nouveau programme de traitement du trouble de la personnalité limitée, programme basé sur la combinaison d'une psychothérapie individuelle d'approche psychodynamique (Masterson, 1975) et d'une intervention psychoéducative de groupe d'approche cognitivo-comportementale (Linehan, 1993). Développée par l'Institut Victoria de Montréal, l'approche intégrée Masterson/Linehan est naissante et novatrice et elle n'a fait l'objet d'aucune recherche jusqu'à présent. L'étude proposée est une comparaison intrasujet au moyen d'un plan à mesures répétées à l'aide d'un pré-test et d'un post-test. Le post-test a été réalisé après huit mois de participation au programme intégré Masterson/Linehan. Ce projet de recherche ne s'inscrit pas dans le cadre d'une évaluation de programme, étant donné son caractère exploratoire. Toutefois, les résultats pourraient être utiles afin d'identifier certains indices pertinents dans le cadre d'une évaluation de programme ultérieure. De plus, le Rorschach et le *Diagnosis Interview for Borderline (DIB-R)* sont les

instruments privilégiés afin de rendre compte de ces changements. Les résultats obtenus sont hétérogènes. Concernant les variables « modulation affective » et « capacités relationnelles », nous constatons une amélioration générale du tableau clinique chez les participantes 1 et 3. Toutefois, la participante 2 obtient plusieurs résultats allant à l'encontre de ceux escomptés. Les changements observés quant aux indices d'agressivité inconsciente (S), d'agressivité consciente (AG) et de dépendance (SumT et Food) dans les protocoles de Rorschach de cette participante ont été relevés et approfondis dans une perspective de mentalisation et de régression. Peu de changements sont observés par rapport à la variable « détresse », associée à l'ensemble « perception de soi » au Rorschach, et ce, en raison de la stabilité des caractéristiques de la personnalité qui ont été étudiées. Finalement, en raison des vulnérabilités psychotiques et/ou maniaques décelées chez la participante 4, les résultats de cette dernière n'ont fait l'objet d'aucune tentative d'explication plus approfondie.

Table des matières

LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX	viii
REMERCIEMENTS.....	ix
INTRODUCTION	1
CONTEXTE THÉORIQUE	4
I. Définition du trouble de la personnalité limite selon le DSM-IV-TR	5
II. Ampleur du phénomène	7
III. Compréhension du problème selon les travaux de James F. Masterson	8
a. Étiologie des troubles de la personnalité.....	8
b. Dynamique de la personnalité	11
c. La structure de personnalité borderline.....	15
d. Conclusion sur les travaux de James F. Masterson.....	17
IV. Compréhension du problème selon les travaux de Marsha Linehan	18
a. Étiologie du trouble de la personnalité limite.....	18
b. La thérapie comportementale dialectique	20
c. Entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite	22
i. La prise de conscience totale.....	23
ii. La régulation des émotions.....	23
iii. La tolérance à la détresse.....	24
iv. L'efficacité interpersonnelle.....	25
d. Conclusion sur les travaux de Marsha Linehan	26
V. Évaluation du fonctionnement psychologique	26
a. Études générales de type test- retest.....	28
b. Études de type test- retest concernant le trouble de la personnalité limite ...	32
VI. Pertinence et originalité de l'étude.....	35
FORMULATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE	36
VARIABLES.....	38
I. Modulation des affects.....	39
II. Détresse	40
III. Capacités relationnelles	42

MÉTHODE.....	45
I. Participantes	46
II. Matériel	47
III. Instruments de mesure.....	48
a. Questionnaire sociodémographique	48
b. « Diagnosis Interview for Borderline » (DIB-R)	48
c. Le test du Rorschach	50
IV. Déroulement	52
RÉSULTATS	55
I. Analyse des données	56
II. Présentation des résultats.....	56
III. Participant 1	
a. Stratégie de présentation des résultats	59
b. Présentation des résultats de la participante 1 au pré-test	62
c. Présentation des résultats de la participante 1 au post-test.....	67
d. Synthèse comparative des résultats.....	69
IV. Participant 2	
a. Stratégie de présentation des résultats	72
b. Présentation des résultats de la participante 2 au pré-test	75
c. Présentation des résultats de la participante 2 au post-test.....	80
d. Synthèse comparative des résultats.....	81
V. Participant 3	
a. Stratégie de présentation des résultats	85
b. Présentation des résultats de la participante 3 au pré-test	88
c. Présentation des résultats de la participante 3 au post-test.....	92
d. Synthèse comparative des résultats.....	93
VI. Participant 4	
a. Stratégie de présentation des résultats	96
b. Présentation des résultats de la participante 4 au pré-test	99
c. Présentation des résultats de la participante 4 au post-test.....	103
d. Synthèse comparative des résultats.....	104
VII. Retour sur les questions de recherche.....	107
VIII. Conclusion	109
DISCUSSION	110
I. Retour sur les résultats et lien avec la littérature actuelle	112
a. Variable « modulation affective ».....	113
b. Variable « détresse ».....	118
c. Variable « capacités relationnelles »	120
II. Perspective de régression et de mentalisation	122
III. Forces et faiblesses de l'étude	128
IV. Conséquences et retombées possibles de l'étude	131

CONCLUSION	134
RÉFÉRENCES	136
APPENDICES.....	144
I. Appendice 1 : Interventions privilégiées selon l'approche de Masterson	145
II. Appendice 2 : Formulaire de consentement	147
III. Appendice 3 : Questionnaire sociodémographique	151
IV. Appendice 4 : Statistiques et éléments théoriques concernant les indices mesurés au Rorschach.....	154
V. Appendice 5 : Résumés structuraux des participantes	158
a. Résumé structural de la participante 1 au pré-test	159
b. Résumé structural de la participante 1 au post-test.....	160
c. Résumé structural de la participante 2 au pré-test	161
d. Résumé structural de la participante 2 au post-test.....	162
e. Résumé structural de la participante 3 au pré-test	163
f. Résumé structural de la participante 3 au post-test.....	164
g. Résumé structural de la participante 4 au pré-test	165
h. Résumé structural de la participante 4 au pré-test	166

Liste des figures

Figure 1 : La triade de Masterson : Fonctionnement dynamique de la personnalité normale . 11

Figure 2: La triade de Masterson : Fonctionnement dynamique de la personnalité pathologique..... 12

Liste des tableaux

Variables

Tableau A : Constellations, indices et normes concernant l'ensemble « affects »	40
Tableau B : Constellations, indices et normes concernant l'ensemble « perception de soi » .	41
Tableau C : Constellations, indices et nomos concernant l'ensemble « perception des relations »	43

Participant 1

Tableau 1.1. Caractéristiques sociodémographiques de la participante 1	59
Tableau 1.2. Résultats de la participante 1 aux constellations du Rorschach au pré-test.....	60
Tableau 1.3. Résultats de la participante 1 au pré-test.....	61
Tableau 1.4. Résultats de la participante 1 aux constellations du Rorschach au post-test.....	65
Tableau 1.5. Résultats de la participante 1 au post-test.....	66

Participant 2

Tableau 2.1. Caractéristiques sociodémographiques de la participante 2	72
Tableau 2.2. Résultats de la participante 2 aux constellations du Rorschach au pré-test.....	73
Tableau 2.3. Résultats de la participante 2 au pré-test.....	74
Tableau 2.4. Résultats de la participante 3 aux constellations du Rorschach au post-test.....	78
Tableau 2.5. Résultats de la participante 2 au post-test.....	79

Participant 3

Tableau 3.1. Caractéristiques sociodémographiques de la participante 3	85
Tableau 3.2. Résultats de la participante 3 aux constellations du Rorschach au pré-test.....	86
Tableau 3.3. Résultats de la participante 3 au pré-test.....	87
Tableau 3.4. Résultats de la participante 3 aux constellations du Rorschach au post-test.....	90
Tableau 3.5. Résultats de la participante 3 au post-test.....	91

Participant 4

Tableau 4.1. Caractéristiques sociodémographiques de la participante 4	96
Tableau 4.2. Résultats de la participante 4 aux constellations du Rorschach au pré-test.....	97
Tableau 4.3. Résultats de la participante 4 au pré-test.....	98
Tableau 4.4. Résultats de la participante 4 aux constellations du Rorschach au post-test...	101
Tableau 4.5. Résultats de la participante 4 au post-test.....	102

Retour sur les questions de recherche

Tableau 5.1. Synthèse comparative des résultats concernant l'ensemble « affects »	107
Tableau 5.2. Synthèse comparative des résultats concernant l'ensemble « perception de soi »	108
Tableau 5.3. Synthèse comparative des résultats concernant l'ensemble « perception des relations »	108

Remerciements

L'auteure souhaite remercier sa directrice d'essai, madame Suzanne Léveillé, Ph. D., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son assistance éclairée, sa disponibilité, son support et les conseils judicieux prodigués tout au long de la rédaction de cet essai doctoral. Elle remercie également les psychologues de l'Institut Victoria ainsi que tous les membres du personnel de la maison d'hébergement l'Arrêt-Source pour leur collaboration qui a rendu possible l'élaboration de ce projet de recherche. Enfin, l'auteure remercie toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de cet essai doctoral, que ce soit par leur participation, leur encouragement, leur support ou leur appui.

Introduction

La présente étude est une recherche exploratoire de type test-retest. Elle a pour objectif l'évaluation, en cours de traitement, du fonctionnement psychologique de femmes (n = 4) présentant ou non des traits de personnalité limite. Les variables à l'étude sont la modulation affective, la détresse et les capacités relationnelles. Les participantes 1 et 2 présentent un diagnostic de trouble de la personnalité limite, la participante 3 un diagnostic de dépression majeure et la participante 4 un diagnostic de troubles bipolaire et psychotique. L'évaluation de ces dernières s'inscrit dans le cadre du développement d'un nouveau programme de traitement du trouble de la personnalité limite, programme élaboré par l'Institut Victoria¹. Cette approche novatrice combine la thérapie individuelle d'approche psychanalytique de James F. Masterson (1975) à une thérapie psychoéducative de groupe d'approche cognitivo-comportementale développée par Marsha Linehan (1993, 2000).

L'approche intégrée Masterson/Linehan est nouvelle et elle n'a fait l'objet d'aucune étude jusqu'à présent. L'originalité et la pertinence de cette étude résident ainsi dans son aspect novateur. Le projet de recherche a été réalisé dans le cadre de l'implantation de ce nouveau programme de traitement à la maison d'hébergement pour femmes en difficulté l'*Arrêt-Source* de Montréal. De plus, l'instrument de mesure privilégié pour cette étude est le test du Rorschach. Ce type de mesure est lui aussi très pertinent, car les variables que le Rorschach permet d'évaluer

¹ Situé à Montréal, l'Institut Victoria a pour mission de répondre aux besoins cliniques des individus présentant un trouble de la personnalité et de leurs proches, ainsi qu'aux besoins de formation et de support des professionnels de la santé confrontés à cette problématique.

(modulation des affects, détresse et capacités relationnelles) sont directement en lien avec les compétences que le programme de traitement vise à développer chez les participantes (prise de conscience totale, régulation des émotions, efficacité interpersonnelle et tolérance à la détresse).

Afin de bien positionner la problématique à l'étude, nous aborderons la compréhension du trouble de la personnalité limite ainsi que l'utilité du Rorschach comme mesure d'évaluation du fonctionnement psychologique. D'abord, nous présenterons un relevé de la littérature sur la problématique mise en lumière et nous aborderons les études longitudinales réalisées à l'aide du Rorschach. Ensuite, nous préciserons les questions de recherche et nous définirons les variables à l'étude. Nous expliciterons également la méthodologie employée ainsi que les résultats obtenus. Enfin, nous effectuerons un retour sur les résultats en les reliant aux études actuelles de type test- retest au moyen du Rorschach, puis nous porterons un regard critique sur lesdits résultats à travers une discussion sur les concepts de régression et de mentalisation.

Contexte théorique

Afin de bien positionner la problématique de ce chapitre, la compréhension du trouble de la personnalité limite sera abordée selon le point de vue de différents auteurs. D'abord, nous exposerons les critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR) développé par l'American Psychiatric Association (APA, 2003) et nous présenterons l'ampleur du phénomène. Ensuite, nous aborderons les travaux de James F. Masterson (1975, 1976, 1981, 1983, 1988; Masterson & Klein, 1988; Masterson & Rinsley, 1975; Masterson, Tolpin, & Sifneos, 1991), puis ceux de Marsha Linehan (1993, 2000). Finalement, nous exposerons quelques études longitudinales de type test-retest réalisées à l'aide du Rorschach, celles-ci démontrant la pertinence du choix de cet instrument pour mesurer le fonctionnement psychologique des personnes participant à notre étude.

DÉFINITION DU TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE SELON LE DSM-IV-TR

Paris (2007) définit le trouble de la personnalité limite par un ensemble de symptômes affectifs, impulsifs, interpersonnels et cognitifs. Selon l'APA (2003), ce trouble se caractérise par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers. Le diagnostic est posé lorsqu'une personne répond à au moins cinq des neuf critères suivants : (1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés; (2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions

extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation; (3) perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi; (4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour la personne (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie); (5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations; (6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours); (7) sentiments chroniques de vide; (8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées); (9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Selon l'APA (2003), l'évaluation des troubles mentaux se fait à partir d'une approche catégorielle à l'intérieur de laquelle les troubles de la personnalité sont diagnostiqués en évaluant la présence ou non d'un ensemble de critères; ces critères rendant compte de certains comportements dits pathologiques. Selon Cloutier et Renaud (2007), le trouble de la personnalité se reconnaît alors par une amplification anormale de plusieurs traits de personnalité et de symptômes entraînant une altération significative du fonctionnement social, affectif, cognitif et comportemental de l'individu. Le diagnostic du trouble de la personnalité limite s'effectue à partir de données empiriques seulement et comme il exige la présence de cinq critères sur un ensemble de neuf, les combinaisons possibles sont multiples et la population d'individus

borderline² est très hétérogène (Cloutier & Renaud, 2007; Hull, Yoemans, Clarkins, Li, & Goodman, 1996; Morey, 1988; Widiger, Sanderson, & Warner, 1986; Zalewski & Archer, 1991). Le diagnostic à partir des critères du DSM-IV-TR (APA, 2003) nécessite une observation des comportements manifestes. Cette centration sur les manifestations apparentes, transitoires et superficielles pouvant s'observer dans plus d'un trouble de la personnalité rend ainsi les critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite non exclusifs. Selon Bessette (2007), ceci peut expliquer certains problèmes de fidélité et de fiabilité au niveau du diagnostic des troubles de l'axe II du DSM (APA, 2003). Finalement, selon plusieurs auteurs psychanalytiques, l'utilité ainsi que la valeur clinique et pronostic des critères diagnostiques du DSM sont diminuées par le caractère non exclusif de ceux-ci (Ganoco, Meloy, & Berg, 1992; Kernberg, 1989; Smith, 1980; Stone, 1994).

AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE

Selon l'APA (2003), le taux de prévalence du trouble de la personnalité limite varie entre 1 % et 2 % dans la population en général et entre 30 % et 60 % dans la population psychiatrique consultant pour un trouble de personnalité. Les personnes présentant ce désordre de la personnalité représentent environ 10 % des patients qui consultent en clinique externe de psychiatrie et 20 % des patients hospitalisés dans les unités psychiatriques. De plus, 75 % à 80 % des personnes recevant ce diagnostic sont des femmes.

² Le terme « borderline » est fréquemment utilisé dans la littérature pour désigner les personnes présentant un trouble de la personnalité limite. L'auteur utilisera donc ces deux termes dans cet essai.

COMPRÉHENSION DU PROBLÈME SELON LES TRAVAUX DE JAMES F. MASTERSON

Cette section présente la compréhension du trouble de la personnalité limite selon les travaux de James F. Masterson (1975, 1976, 1981, 1983, 1988; Masterson & Klein, 1988; Masterson & Rinsley, 1975; Masterson et al., 1991). D'abord, nous aborderons l'étiologie des troubles de la personnalité. Ensuite, nous approfondirons la dynamique de la personnalité normale et de la personnalité pathologique en regard des trois composantes de la « triade »³ développée par Masterson (1975). Enfin, nous définirons la structure de personnalité limite selon cet auteur. Les méthodes d'intervention privilégiées par Masterson (1975) dans le traitement du trouble de la personnalité limite sont jointes en appendice 1.

Étiologie des troubles de la personnalité

La théorie de Masterson (1975) s'inscrit à l'intérieur d'une approche développementale qui a été développée dans le but de traiter les troubles sévères de la personnalité. Néanmoins, Bessette (2007) mentionne que la compréhension dynamique de la personnalité selon Masterson (1975) permet l'application d'une telle approche auprès de personnes présentant des dysfonctionnements au niveau relationnel et comportemental. Selon Roberts (1997), Masterson (1975) est reconnu aujourd'hui pour la spécificité et l'efficacité des stratégies de traitement et des techniques d'intervention qu'il a développées pour soigner les désordres de la personnalité.

³ Institut Victoria (2006). *Introduction à l'intervention auprès de la clientèle présentant un trouble de la personnalité*. Document de formation inédit.

Le terme « triade » est emprunté à ce document de formation inédit. La triade fait référence à l'interaction entre les émotions vécues par un individu, ses mécanismes de défense et ses capacités d'autorégulation (activation autonome). Ces trois composantes clés permettent de rendre compte de l'aspect dynamique de la personnalité tant normale que pathologique.

Les troubles de la personnalité se caractériseraient par un arrêt du développement du Soi⁴. Cet arrêt conduirait à une interruption dans la progression des apprentissages relatifs aux mécanismes d'adaptation et d'autorégulation nécessaires au développement de l'identité et de l'autonomie (Bessette, 2007; Masterson, 1976, 1981, 1988; Masterson & Klein, 1988; Masterson & Rinsley, 1975; Masterson et al., 1991; Orcutt, 1997; Poirier, 1997; Roberts, 1997). L'arrêt développemental nuirait donc au développement de ce que Masterson (1975) appelle « l'action autonome »⁵ ou « l'activation du Soi réel ». Selon Bessette (2007), ce serait des microtraumatismes vécus quotidiennement dans la relation d'attachement durant la petite enfance qui conduiraient à cet arrêt développemental. Les microtraumatismes résulteraient d'une incapacité parentale à soutenir l'émergence du Soi réel de l'enfant.

Selon Masterson (1976, 1981) ainsi que Masterson et Klein (1988), l'insuffisance de la réponse parentale pourrait survenir en réponse à une angoisse de séparation venant de la mère, à des maladies physiques ou à n'importe quel événement qui aurait pour conséquence de diminuer la disponibilité libidinale de la mère.

Dans le premier cas de figure, la mère refléterait ses projections sur son enfant par des comportements régressifs lui permettant de se défendre elle-même contre l'angoisse de

⁴ Masterson (1988) aborde les notions de Soi réel et de faux Soi. Le Soi réel fait référence à un Moi structuré en fonction du principe de réalité. Le Soi réel permet de rendre compte d'un équilibre au niveau de l'investissement libidinal sain donnant lieu à des capacités d'affirmation et d'adaptation à l'environnement ainsi qu'à une autonomie et à une identité franche. Pour ce qui est du Soi pathologique, il est captif du principe de plaisir. Il résulte de la construction de mécanismes de défense inadaptés rendant compte d'une déformation de la réalité, notamment au niveau de la perception des relations objectales.

⁵ L'activation ou action autonome fait référence aux capacités d'adaptation et d'auto-régulation de l'individu face aux événements de la vie quotidienne. Elle consiste en la recherche active de la satisfaction de ses « besoins psychologiques en écologie avec son milieu humain » (Bessette, 2007).

séparation. Masterson et Rinsley (1975) ainsi que Vanaerschot (2004) mettent en évidence le conflit qui se développe entre la dépendance et l'autonomie, en regard de l'attitude de la principale figure d'attachement, qui récompenserait la dépendance et punirait l'autonomie, la séparation ainsi que l'individuation. De plus, la mère exigerait la conformité de l'enfant à sa projection, faute de quoi, elle retirerait sa disponibilité libidinale. Ce retrait provoquerait chez l'enfant ce que Masterson (1975) appelle « la dépression d'abandon »⁶ ainsi qu'un arrêt dans le développement de l'enfant. L'enfant développerait progressivement un « faux soi défensif » afin de contrer la dépression d'abandon associé à l'activation autonome et aux tentatives d'individuation. Masterson (1976, 1981) précise toutefois que le problème principal réside dans l'incapacité de la mère à accepter le besoin d'individuation et de séparation de l'enfant. Dans le second cas de figure, certaines maladies physiques peuvent constituer des obstacles au processus de séparation-individuation de l'enfant (p. ex. des hospitalisations prolongées diminuant les contacts avec la mère). Finalement, certains événements survenus durant l'enfance, comme les abus physiques et sexuels, sont susceptibles de donner lieu à un arrêt du développement du Soi. Masterson (1976) tient également compte de la dimension héréditaire et du tempérament dans l'étiologie des troubles de la personnalité.

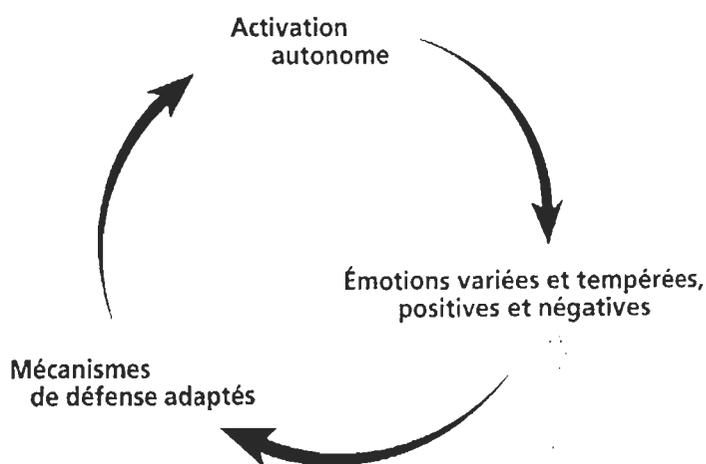
Peu importe le cas de figure, Bessette (2007) mentionne que « les mouvements d'autonomie et d'individuation se trouvent donc conditionnés à une dérégulation affective qui dépasse les capacités de contenance de l'enfant, à la manière d'une réaction post-traumatique ou d'une phobie »; l'enfant se retrouve alors envahi de façon répétée par des affects primaires.

⁶ La dépression d'abandon fait référence à un syndrome anxio-dépressif donnant lieu à l'émergence d'affects primaires.

Dynamique de la personnalité

L'aspect dynamique de la personnalité normale et pathologique est mis en lumière par l'intermédiaire de trois concepts clés qui sont au cœur de la théorie de Masterson (Bessette, 2007; Masterson, 1976, 1981, 1988; Masterson & Klein, 1988; Masterson & Rinsley, 1975; Roberts, 1997). Ces trois concepts font référence à l'activation autonome, aux émotions vécues suite à cette activation et aux mécanismes de défense mobilisés par l'individu en situation de stress au quotidien. Les figures 1 et 2 illustrent le processus dynamique entre ces trois éléments.

*Figure 1. La triade de Masterson :
Fonctionnement dynamique de la personnalité normale*



Tiré de : Institut Victoria (2006). *Introduction à l'intervention auprès de la clientèle présentant un trouble de la personnalité*. Document de formation inédit, p. 11.

Masterson (1988) explique le fonctionnement dynamique de la personnalité non pathologique en mettant en lumière l'aspect nuancé, adaptatif et tempéré des composantes de la triade suite à la mise en branle de l'activation autonome. Une période de stress donnant lieu à un

déséquilibre déclenche l'activation autonome chez un individu. Celle-ci fait appel aux capacités d'autorégulation et aux comportements adaptatifs d'une personne lorsqu'une situation exige d'y faire appel. Le déclenchement de l'activation autonome favorise l'émergence d'émotions qui sont normalement variées et tempérées, positives ou négatives. Ces dernières donneraient lieu à l'enclenchement de mécanismes de défense adaptés permettant, par des moyens adéquats, la satisfaction de ses besoins psychologiques.

*Figure 2. La triade de Masterson :
Fonctionnement dynamique de la personnalité pathologique*



Tiré de : Institut Victoria (2006). *Introduction à l'intervention auprès de la clientèle présentant un trouble de la personnalité*. Document de formation inédit, p. 13.

Masterson (1975) rend compte du fonctionnement dynamique de la personnalité pathologique en mettant en lumière l'aspect exagéré et primaire des composantes de la triade suite à la mise en branle de l'activation autonome. Le fonctionnement dynamique de la personnalité pathologique découle des conséquences de l'arrêt développemental du vrai Soi. Ainsi, l'individuation-séparation devant normalement conduire à l'activation autonome mène, dans le cas des troubles de la personnalité, à la dépression d'abandon, qui elle conduit à l'usage de défenses primaires (Bessette, 2007; Masterson, 1976, 1981; Masterson & Klein, 1988; Masterson & Rinsley, 1975; Roberts, 1997).

Bessette (2007) affirme que l'activation autonome devrait normalement déclencher des affects nuancés et la mobilisation de mécanismes d'autorégulation efficace (p. ex., tolérance à la frustration, contrôle des impulsions, régulation de l'humeur et de l'estime de soi, persévération malgré les obstacles, affirmation de soi, représentation internalisée réaliste et intégrée de soi et de l'autre, créativité, identification de ses objectifs et de ses intérêts personnels). Or, Masterson et Klein (1988) mentionnent que dans le cas des troubles de la personnalité, l'activation autonome génère des affects négatifs et primitifs qui sont directement reliés à la dépression d'abandon. Allen (2006) et Masterson (1981) précisent que les personnes présentant un trouble de la personnalité limite peuvent temporairement éprouver des affects dépressifs ou même faire face à une nouvelle émergence d'un comportement suicidaire précédemment supprimé, et ce, lorsqu'elles ont réalisé un accomplissement personnel de façon autonome.

La dépression d'abandon, aussi connue sous le terme de « dépression post-individuation » (Allen, 2006), est associée à un « syndrome anxio-dépressif » incluant les affects primitifs tels la dépression, la rage, l'anxiété, la honte, la culpabilité, l'impuissance, le désespoir et le vide. Les affects sont qualifiés de primaire en raison de l'intensité avec laquelle ils sont ressentis et par l'ampleur de la détresse vécue qui est significativement plus élevée et désorganisée que la moyenne des gens face à une situation. Les affects liés à la dépression d'abandon seraient vécus comme étant insupportables en entraînant de ce fait, la mobilisation des défenses primitives comme les mécanismes de déni⁷, de clivage⁸, de projection⁹,

⁷ Déni : Mécanisme de défense qui consiste à nier la réalité d'une perception liée à une représentation gênante (Bergeret, 2008)

d'identification projective¹⁰, d'évitement et de fuite dans la fantaisie ainsi que des systèmes de projection clivée et rigide caractéristiques d'une structure intrapsychique pathologique. La mobilisation des défenses serait efficace pour contrer les débordements affectifs, mais elle serait destructrice en altérant les capacités d'adaptation et le fonctionnement psychosocial (Bessette, 2007; Masterson, 1976; Masterson & Klein, 1988).

Selon Bessette (2007), le passage à l'acte ferait lui aussi parti des défenses primitives. Il impliquerait une expression des affects par des comportements plutôt que par des verbalisations. Ces acting-out seraient présents tant dans la vie courante de la personne (p. ex., comportements suicidaires et automutilants ou abus de substances) que dans la relation thérapeutique (p. ex., non-respect du cadre).

Masterson (1976, 1981), Bessette (2007) ainsi que Masterson et Klein (1988) distinguent la personne présentant un trouble de la personnalité de celle qui n'en présente pas en s'interrogeant sur les éléments responsables du déclenchement des affects dépressifs chez l'individu. En effet, ce n'est pas un sentiment de perte qui susciterait les affects de dépression, mais l'activation autonome. Il en va de même pour la honte, qui serait provoquée par un désir de s'individuer plutôt que par la prise de conscience d'un comportement inapproprié. La personne

⁸ Clivage : Mécanisme de défense où le Moi distingue à propos du même objet tantôt une imago positive et rassurante, tantôt une image négative et terrifiante sans possibilité de concilier à la fois les deux imagos contradictoires (Bergeret, 2008)

⁹ Projection : Mécanisme de défense qui se divise en trois temps; 1) suppression d'une représentation interne gênante, 2) Déformation du contenu de la représentation, 3) retour du contenu déformé de la représentation gênante dans le conscient sous forme de représentation liée à un objet externe (Bergeret, 2008).

¹⁰ Identification projective : fantasme de projection à l'intérieur d'un objet externe pour le maîtriser, le posséder et éventuellement le détruire en voulant contrôler les mauvais objets qui s'y trouvent déjà eux-mêmes projetés (Bergeret, 2008).

présentant un trouble de la personnalité est donc honteuse vis-à-vis du Soi réel qui tente de devenir plus autonome. Bessette (2007) précise qu'il est possible d'observer un équilibre dynamique entre les trois éléments de la triade de Masterson (1975). L'augmentation de l'activation autonome provoquerait une augmentation des affects dépressifs, alors que les défenses primaires diminueraient à la fois ces affects ainsi que l'activation autonome. Selon Masterson (1983), la personne présentant un trouble de la personnalité limite est fréquemment défensive, elle peut saboter la psychothérapie ou donner l'impression au thérapeute que le processus est inefficace, tout ceci dans le but de contrer la dépression d'abandon.

La structure de personnalité borderline

Masterson (1991) associe l'étiologie du trouble de la personnalité limite à un arrêt développemental du Soi à la phase pré-oedipienne. Ceci expliquerait les limitations des personnes présentant une structure borderline en ce qui a trait aux capacités à tolérer l'anxiété et la frustration, à accepter les contraintes de la réalité, à distinguer les fantasmes et la réalité, ainsi que le présent et le passé.

Le trouble de personnalité borderline est caractérisé par une structure clivée (Bessette 2007; Masterson, 1975; 1976; 1988; Masterson & Klein, 1988; Masterson et al., 1991; Roberts, 1997). Ellenhorn (2005) et Vanaerschot (2004) précisent que la pensée dichotomique empêcherait le patient borderline de concevoir de façon simultanée, des émotions, des pensées ou des valeurs opposées, ce qui rend difficile l'appréciation juste d'une image intégrée de soi et des autres. Selon Masterson (1976) et Bessette (2007), le pôle positif de la structure clivée serait

associé à une structuration pathologique des relations d'attachement. Il rendrait compte de la façon dont l'individu a appris à entrer en relation; soit en se centrant sur les besoins de l'objet et en devant faire face à un abandon lors des tentatives d'individuation et d'activation.

Le pôle positif, associé à l'agrippement, rend compte d'un objet maternant qui prend en charge les responsabilités et qui encourage les comportements régressifs. La personne se sent alors aimée et réconfortée lorsqu'elle est prise en charge. Elle développe un Soi infantile, obéissant et passif. Elle en vient à se percevoir et à se projeter comme démunie dans le but de plaire à l'objet maternel. Bessette (2007) et Roberts (1997) précisent qu'il y a donc une interaction entre la représentation d'objet partiel maternant et la représentation partielle d'un Soi soumis incapable de s'individuer et de s'activer, par crainte d'être abandonné.

Selon Bessette (2007) et Masterson (1976), le pôle négatif de la structure clivée serait le pôle agressif. Lorsque l'agrippement est confronté à la réalité, la représentation partielle de l'objet serait perçue comme rejetant, abandonnant et hostile; critiquant l'autonomie et ne supportant pas les efforts d'individuation du Soi. Le retrait de la représentation partielle d'objet provoque la dépression d'abandon et il déclenche tous les affects primaires qui lui sont associés. Le Soi est projeté comme indigne d'amour et sans valeur, mauvais, coupable et inadéquat.

Selon Masterson (1981, 1983), la projection du Soi démunie peut amener le thérapeute à prendre en charge son patient et à se sentir responsable de celui-ci. Le thérapeute est alors associé au rôle d'objet maternant et il adopte une attitude réconfortante et sécurisante. Ce type

de contre-transfert est typique dans le cadre du traitement du trouble de personnalité borderline. Bessette (2007) mentionne : « par le biais de l'identification projective, le thérapeute est amené à adopter l'un ou l'autre des rôles du scénario pathologique du faux Soi en s'identifiant aux projections partielles de la structure intrapsychique du client ». Le thérapeute se sentira tantôt aidant et aimant, tantôt coupable, rejetant et impuissant. Un thérapeute peut répondre à l'agrippement en étant convaincu que cela donnera lieu à un processus efficace permettant au client de progresser. Cependant, il n'en est rien, puisque la prise en charge du client bloque son activation autonome. Après s'être identifié à l'objet maternel, le thérapeute peut devenir plus froid en acceptant les « projections du retrait agressif ». Masterson (1983, 1988) précise qu'en s'identifiant au rôle de mauvais objet, le thérapeute devient plus distant. Il investit moins le patient borderline et il remet en doute son potentiel de changement. Bessette (2007) explique que le thérapeute en vient alors à « accepter les projections clivées du mauvais Soi ».

Conclusion sur les travaux de James F. Masterson

En résumé, Masterson (1975, 1976, 1981, 1983, 1988; Masterson & Klein, 1988; Masterson & Rinsley, 1975; Masterson et al., 1991) situe les troubles de la personnalité à l'intérieur d'une perspective développementale, leur étiologie se caractérisant par un arrêt du développement du Soi à la phase pré-oedipienne. La personnalité pathologique se distingue de la personnalité adaptée par l'intensité de la détresse vécue suite à des tentatives de s'activer, de s'individuer, de s'autoréguler et de développer des comportements d'autonomie adaptés. La structure de personnalité borderline se caractérise par un clivage qui se divise en deux pôles, soit ceux de l'agrippement et de l'agressivité. La perception des relations d'objet, des affects et du Soi

est alors biaisée par le mécanisme de clivage. Le contre-transfert maternant peut conduire le thérapeute vers des comportements de prises en charge, alors que le contre-transfert rejetant peut amener le thérapeute à désinvestir son client. Dans un cas comme dans l'autre, il importe donc d'éviter à tout prix le passage à l'acte contre-transférentiel.

COMPRÉHENSION DU PROBLÈME SELON LES TRAVAUX DE MARSHA LINEHAN

Cette section présente les travaux de Marsha Linehan (1993, 2000) concernant la compréhension et le traitement du trouble de la personnalité limite. D'abord, nous aborderons l'étiologie du trouble. Ensuite, nous considérerons les traitements proposés par l'auteur, soit la thérapie comportementale dialectique et l'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité limite. Enfin, nous approfondirons chacune des compétences à développer proposées par l'auteure (prise de conscience totale, efficacité interpersonnelle, régulation des émotions et tolérance à la détresse).

Étiologie du trouble de la personnalité limite

Plusieurs auteurs abordent l'étiologie du trouble de la personnalité limite à partir de la théorie biosociale (Chapman, Kuo, Linehan, Lynch, & Rosenthal, 2006; Dimeff, McMain, & Korman, 2001; Linehan, 1993, 2000). Selon cette dernière, c'est la dysrégulation émotionnelle qui constitue l'élément problématique central dans le trouble de la personnalité limite. La dysrégulation émotionnelle apparaîtrait durant l'enfance et elle serait le résultat d'interactions entre des dimensions d'ordre social (contexte environnemental invalidant) et d'ordre biologique (vulnérabilité émotionnelle) (Chapman et al., 2006; Dieben, Huguélet, McQuillan, & Nicastro,

2007; Dimeff et al., 2001; Fugère, Gore, & Lapierre, 2007; Linehan, 1993, 2000). Des difficultés au niveau de la réactivité du système limbique et du contrôle de l'attention, superposées à des impacts environnementaux déstabilisants, feraient partie de l'étiologie du trouble. L'environnement invalidant serait caractérisé par une incapacité à être sensible aux expériences personnelles et au vécu émotionnel de l'enfant. Ce type de milieu valoriserait la maîtrise de soi et le contrôle des émotions, ce qui conduirait l'enfant à expérimenter des dissonances entre l'expression de son ressenti et les réponses de son environnement. L'enfant ne ferait alors plus confiance à ses émotions et il en viendrait à rechercher la validation à travers ses expériences interpersonnelles, ce qui créerait un état de dépendance. Dans la pathogenèse de la dysrégulation émotionnelle, Macoby (1980, cité dans Linehan, 1993) précise que l'incapacité d'autoréguler l'expression des émotions provoquerait une rupture des comportements sociaux et des actions orientées vers un but.

Selon Linehan (1993, 2000), les personnes présentant un trouble de la personnalité borderline étant très vulnérable émotionnellement, la dysrégulation émotionnelle aurait pour conséquence l'inadéquation des stratégies de modulation des affects. La défaillance de ces stratégies empêcherait la neutralisation des comportements inadéquats provoqués par des émotions vécues trop intensément. Les stratégies de modulation des émotions viseraient donc le développement de capacités à coordonner des actions en fonction d'un objectif, à contrôler ses réactions physiologiques et à conserver son attention lorsque des émotions intenses sont vécues. Selon plusieurs auteurs (Dieben et al., 2007; Fugère et al., 2007; Linehan, 1993, 2000), la vulnérabilité émotionnelle à laquelle est sujette la personne souffrant d'un trouble de la

personnalité limite se caractériserait par une hypersensibilité à tous les stimuli émotionnels de l'environnement, par l'intensité des réponses à ces stimuli et par la longueur du délai nécessaire pour revenir à un état émotionnel équilibré.

La thérapie comportementale dialectique (TCD)

Selon Fugère et al. (2007), le rationnel philosophique de base derrière la TCD serait que « la réalité est composée d'oppositions qui s'influencent réciproquement [...] toute vérité est multiple et paradoxale [...] des éléments en apparence contradictoires peuvent coexister ». Linehan (2000) aborde les comportements des patients borderline comme la « résultante d'échecs dialectiques » et elle insiste sur la nécessité d'apprendre à intégrer les polarités. Étant donné la difficulté à intégrer au sein du Moi la coexistence de deux potentialités contradictoires et que cela conduit à un usage fréquent du clivage comme mécanisme de défense, les personnes présentant un trouble de la personnalité limite seraient une clientèle privilégiée pour appliquer la TCD. Linehan (2000) souligne également l'importance accordée au processus de changement dans la TCD et la nécessité d'éviter d'aborder la personnalité en terme de structure de personnalité cristallisée.

La TCD se compose de principes d'intervention appartenant principalement à l'approche cognitivo-comportementale. Elle intègre quelques principes cliniques de l'approche humaniste et des éléments de traitement rejoignant les philosophies zen et bouddhistes. Ainsi, dans un programme de TCD, une importance est accordée à l'observation et à l'analyse des comportements, de leurs conséquences et des émotions qui leur sont associées, tout en visant le

développement de stratégies de résolution de problème et de gestion des émotions, en modifiant certains comportements (principes reliés à l'approche cognitivo-comportementale) (Bégin & Lefebvre, 1997; Courbasson, Korman, McMain, & Smith, 2001; Fugère & al., 2007; Linehan, 1993; 2000). Ensuite, comme une thérapie uniquement axée sur le changement pourrait invalider l'expérience et le ressenti d'une personne, la TCD intègre les grands principes cliniques visant le respect et l'authenticité, l'attitude de non-jugement, l'engagement et la présence bienveillante du thérapeute ainsi que la communication réciproque (principes reliés à l'approche humaniste) (Chapman et al., 2006; Fugère et al., 2007; Linehan, 1993; 2000). Finalement, Gratz, Gunderson, Lejuez, Tull et Rosenthal (2006) observent une réticence chez les personnes présentant un trouble de la personnalité limite à éprouver la détresse. Ainsi, selon Fugère et al. (2007) et Linehan (1993, 2000), la méditation et la visualisation (principes empruntés aux philosophies bouddhistes et zen) permettraient d'apprendre à tolérer la détresse et les émotions difficiles pour diminuer le malaise qui leur est associé, plutôt que de développer toutes sortes de mécanismes ou de comportements inappropriés pour gérer cette détresse.

Dieben et al. (2007) résumant les cinq fonctions principales de la TCD : 1) l'augmentation des compétences de la patiente; 2) la généralisation de ces compétences à l'environnement; 3) l'augmentation et le maintien de la motivation et des compétences de la patiente à changer; 4) l'augmentation de la motivation et des compétences du thérapeute; 5) la structuration de l'environnement afin d'optimiser la mise en place du traitement. De plus, les stratégies d'encouragement ainsi que les principes de validation (émotionnelle, comportementale et

cognitive) et d'acceptation donnant lieu à l'autovalidation ont une place prépondérante dans l'application de la TCD (Dieben, et al., 2007; Fugère et al., 2007).

Par ailleurs, des études récentes démontrent des améliorations statistiquement significatives en ce qui a trait aux symptômes dépressifs et au désespoir après quatre semaines de participation à un programme de TCD (Dieben et al., 2007). Par contre, le programme de traitement n'aurait aucun effet en ce qui a trait à l'adaptation sociale. D'autres études démontrent une diminution des problèmes cognitifs, des comportements suicidaires, parasuicidaires et boulimiques, ainsi qu'une réduction des affects dépressifs, de l'anxiété et des abus de substance chez les personnes présentant un trouble de la personnalité borderline, après avoir participé à un programme de TCD (Chapman et al., 2006; Dimeff et al., 2001; Turner, 1997, cité dans Linehan, 2000).

Entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite

Le Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite a été développé par Marsha Linehan (1993) dans le but d'offrir un traitement visant une prise en charge psychosociale des personnes présentant un trouble de la personnalité limite. Inspiré d'une thérapie comportementale dialectique, le traitement de groupe propose un entraînement aux compétences psychosociales suivantes : prise de conscience totale; efficacité interpersonnelle; régulation des émotions et tolérance à la détresse. Plusieurs des stratégies enseignées pour développer ces compétences ont fait l'objet d'étude pour en déterminer la pertinence (Chapman et al., 2006; Dimeff et al., 2001). Nous approfondirons brièvement chacune

de ces quatre compétences. Par ailleurs, Linehan (1993) souligne que le traitement serait plus efficace lorsque combiné à une psychothérapie individuelle.

Prise de conscience totale

La compétence de prise de conscience totale vise à nuancer les pensées dichotomiques. L'enseignement de cette compétence s'effectue principalement par l'apprentissage de trois grandes habiletés, soit l'observation de diverses situations à l'origine d'un vécu intérieur et/ou de sensations particulières, la description de celles-ci et la participation en se centrant sur le moment présent. L'acquisition des compétences de prise de conscience nécessite le développement d'une attitude de non-jugement, l'amélioration des capacités d'attention et l'accroissement de l'efficacité des comportements adoptés dans certaines situations. De façon plus générale, ce module permet de travailler au niveau de la confusion par rapport à soi et à l'identité, de la dépendance face aux prises de décisions ou lors de l'émission d'une opinion, du profond sentiment de vide et des désorganisations cognitives telles que la dissociation et la dépersonnalisation.

Régulation des émotions

La labilité de l'humeur et des émotions est fréquemment observée chez les personnes présentant un trouble de la personnalité limite. Les émotions sont souvent intenses et vécues douloureusement. Ceci peut expliquer en partie, la fréquence élevée des comportements suicidaires et des troubles de dépendance à une substance. L'autovalidation émotionnelle est un concept clé dans la régulation des émotions. Le rationnel théorique derrière ce module suggère

que la détresse émotionnelle serait secondaire à des émotions primaires adéquates permettant de s'adapter. L'exposition aux émotions primaires dans un environnement non jugeant permettrait de réduire la détresse secondaire. Les compétences spécifiques qui sont développées dans ce module sont les suivantes : identifier et étiqueter les émotions; identifier les obstacles aux changements des émotions; réduire la vulnérabilité à la conscience émotionnelle; augmenter les événements émotionnels positifs; augmenter la conscience des événements émotionnels actuels; agir de manière opposée à l'émotion et appliquer les techniques de tolérance à la détresse que nous aborderons dans le prochain paragraphe.

Tolérance à la détresse

Les moments de détresse sont utiles pour contrer les actions impulsives en période de changement et ils font partie intégrante de la vie. La souffrance ne pouvant être constamment niée, ignorée ou évitée, il importe de développer des moyens efficaces pour la supporter, plutôt que de tenter de modifier les circonstances l'y conduisant. Les compétences de tolérance à la détresse sont directement reliées à la progression des apprentissages visant la prise de conscience totale. En effet, elles ont pour objectif d'amener l'individu à percevoir une situation telle qu'elle se présente, en l'acceptant sans la modifier; tout en expérimentant l'état émotionnel qui lui est associé sans tentative de l'éviter. Les compétences de tolérance à la détresse ont donc pour objectif d'amener l'individu à tolérer efficacement la souffrance dans les situations de crise, à y faire face et à accepter les événements de vie difficiles ainsi que les émotions qui leur sont associées. Les stratégies développées pour y arriver sont les suivantes : se distraire, se calmer,

améliorer le moment présent et évaluer les avantages et les inconvénients d'une situation donnée.

Efficacité interpersonnelle

Les compétences d'efficacité interpersonnelle visent l'apprentissage d'habiletés relatives à la gestion de conflits interpersonnels, le développement efficace de stratégies de résolution de problèmes et l'élaboration de conduites adéquates dans l'affirmation et le respect de soi. Le module d'efficacité interpersonnelle accorde une importance particulière au développement d'habiletés relatives à l'analyse des situations et à l'établissement d'objectifs appropriés en fonction de celles-ci. Ce module se termine en abordant les compétences spécifiques qui doivent être développées afin de développer des compétences interpersonnelles efficaces (c.-à-d., affirmation de soi, conservation de l'estime de soi, maintien de la qualité de la relation, mobilisation afin d'obtenir ce qui est souhaité, fixation d'objectifs). L'utilité du module d'efficacité interpersonnelle prend tout son sens si nous considérons que l'une des caractéristiques du trouble de la personnalité borderline est l'instabilité des relations interpersonnelles. La difficulté à composer avec la détresse émotionnelle et le peu de tolérances aux émotions telles l'anxiété, la peur, la colère ou la frustration rend difficile la gestion de conflits relationnels, ce qui conduit fréquemment à des ruptures prématurées. Le manque de tolérance à la détresse combiné à une difficulté à réguler les émotions rend difficile une juste appréciation des conflits interpersonnels. De ce fait, le module traitant de l'efficacité interpersonnelle dépend en grande partie des progrès observés dans les autres modules de traitement proposés.

Conclusion sur les travaux de Marsha Linehan

En résumé, Linehan (1993, 2000) aborde la théorie biosociale et le développement d'une dysrégulation émotionnelle durant l'enfance pour rendre compte de l'étiologie du trouble de la personnalité limite. L'auteure adopte une approche éclectique à saveur hautement cognitivo-comportementale et elle développe un programme de traitement basé sur la thérapie comportementale dialectique. Ce type de thérapie repose en outre sur l'acquisition par le patient de toute une série de compétences visant à améliorer son fonctionnement psychosocial.

ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Il existe plusieurs façons d'évaluer le fonctionnement psychologique d'un individu. Le test du Rorschach est l'instrument de mesure privilégié pour cette étude. Dans cette section, nous aborderons donc l'évaluation du fonctionnement psychologique avec le Rorschach. La méthode utilisée est celle développée par Exner (2002). Cet auteur effectue l'analyse des protocoles de Rorschach à partir d'indices contenus à l'intérieur de six ensembles précis qui sont les suivants : affects, perception de soi, perception des relations interpersonnelles, contrôle et tolérance au stress, stress situationnel et triade cognitive (idéation, médiation et traitement de l'information). Pour la présente étude, nous considérerons trois de ces ensembles (affect, perception de soi et perception des relations interpersonnelles), que nous relierons directement à trois des compétences à développer (régulation des émotions, tolérance à la détresse et efficacité interpersonnelle). Ces trois compétences sont celles qui sont proposées par le programme d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité limite (Linehan, 1993). Ainsi, l'ensemble « affect » du Rorschach permettra d'évaluer la variable « modulation affective »,

l'ensemble « perception de soi » permettra d'évaluer la variable « tolérance à la détresse » et l'ensemble « perception des relations interpersonnelles » permettra d'évaluer la variable « capacité relationnelle ».

Peu d'auteurs ont privilégié le test du Rorschach dans des études de type test- re-test pour évaluer le fonctionnement psychologique de personnes présentant un trouble de la personnalité limite, ce qui rend la présente étude novatrice et d'autant plus pertinente. Selon Exner et Andronikof-Sanglade (1992) et Fouques (2004), la recherche de critères objectifs permettant d'évaluer les progrès d'un individu suite à l'entreprise d'une démarche psychothérapeutique implique une activité inférentielle de type test-retest. Selon ce modèle, les mêmes tests sont effectués au début du traitement, parfois pendant et à la toute fin de ce dernier. Par ailleurs, au terme de ses recherches, Fouques (2004) et Gronnerod (2004) concluent que le Rorschach est un instrument de mesure valable pour rendre compte de changements au niveau de la personnalité suite à l'entreprise d'une démarche en psychothérapie.

Toutefois, Fouques (2004) soulève la difficulté à établir les critères pour juger d'une amélioration du fonctionnement psychologique ou de l'efficacité d'une psychothérapie suite à des études de type test-retest. Gaudriault (2008) souligne l'apport du Rorschach à ce sujet, en considérant l'évolution des représentations psychiques au cours de la psychothérapie verbale. Ainsi, les progressions, régressions ou stagnations observées sont davantage considérées en termes de mouvement psychique et de changement plutôt qu'en termes d'amélioration, d'augmentation ou de diminution de symptômes.

Études générales de type test-retest

Quelques auteurs ont observé, à partir du Rorschach, des changements au niveau de l'organisation intrapsychique d'individus, suite à une démarche de psychothérapie. Exner et Weiner (1991) ont effectué une étude d'une durée de quatre années où ils ont observé des changements significatifs au niveau du fonctionnement psychologique de deux groupes de 88 patients sans diagnostic spécifique. Ces derniers avaient bénéficié de services de psychothérapie à court et à long terme. Le nombre de séances de psychothérapie a varié de moins d'une fois par semaine à quatre fois par semaine et la durée du traitement est allée de douze mois à quatre années. Les patients ont été évalués à quatre reprises, soit au début du traitement, puis une année, deux années et demie et quatre années après le début du traitement. Les auteurs ont souligné des changements significatifs au niveau de la gestion du stress et des émotions, de la perception de soi et des relations interpersonnelles, de l'organisation de la pensée et du conformisme. Néanmoins, les auteurs ont précisé que ces changements au niveau de la personnalité étaient davantage significatifs chez les patients ayant bénéficié d'une psychothérapie à long terme.

Exner et Andronikof-Sanglade (1992) ont démontré, à partir du Rorschach, des changements au niveau du fonctionnement psychologique de 35 patients adultes sans diagnostic spécifique, après un suivi en psychothérapie à court terme. Les patients ont été évalués au début et à la fin du traitement, puis dix à douze mois après la fin de la psychothérapie. Ainsi, ces auteurs ont observé une diminution de l'anxiété, de la dépression et de la détresse, une diminution de la méfiance et de la superficialité dans les relations interpersonnelles, une

augmentation de l'intérêt pour les relations interpersonnelles, une amélioration de la modulation affective ainsi qu'une diminution de l'impulsivité chez des personnes ayant participé à une psychothérapie d'une durée allant de trois à douze mois, à raison d'une séance par semaine. Les auteurs ont néanmoins précisé que les changements observés étaient davantage significatifs chez les personnes ayant bénéficié d'un traitement d'une durée allant de huit à douze mois.

Abraham, Finkelberg, Lepisto, Lewis et Schultz (1994) ont effectué une étude de type test-retest en utilisant le Rorschach et ils ont observé des changements au niveau de la personnalité chez 50 adolescents présentant des désordres psychiatriques de nature affective ou psychotique. Ces adolescents ont été placés dans des foyers d'accueil suite à de multiples prises en charge en milieu ambulatoire. Les observations ont été réalisées après deux années de placement. Les auteurs ont souligné des changements significatifs au niveau de la gestion et de l'adaptation au stress, de la perception de soi et de la réalité, de l'impulsivité dans la prise de décision, de la rigidité, de la détresse émotionnelle, de la modulation des affects, des capacités relationnelles et de l'identification sociale.

Terlidou, Kakitsis, Manthouli, Moschonas, Moschonas et Tsegos (2004) ont réalisé une étude du même genre afin de mesurer les changements au niveau de la personnalité chez 39 patients ayant suivi une thérapie analytique en milieu ambulatoire pendant deux années. Les auteurs ont observé des améliorations au niveau de la perception de la réalité selon le sens commun, de l'établissement et du maintien de relations interpersonnelles, de l'expression

générale des affects et de la gestion des affects dépressifs et anxieux ainsi que de la gestion du stress dans la vie quotidienne.

Ensuite, Gaudriault et Guilbaud (2005) ont mené une étude auprès de 18 femmes boulimiques en étudiant l'évolution du fonctionnement psychologique de ces patientes au cours d'un processus de psychothérapie. L'intervalle test-retest variait entre 12 et 59 mois. Les auteurs ont constaté une évolution significative en ce qui a trait aux déterminants expressifs, au rapport à la symétrie, à la récurrence, et au contenu des réponses. Au terme de cette recherche, les auteurs suggèrent, en outre, de nuancer l'hypothèse selon laquelle l'agir boulimique se ferait au détriment de la capacité de mentalisation.

Aussi, Bouvet, Nascimento et Prime (2006) ont observé l'évolution du fonctionnement psychologique d'une patiente schizophrène psychiatriquée recevant un suivi en milieu ambulatoire d'une durée de deux années. Ces auteurs ont constaté des modifications au niveau du contact avec la réalité, de la vitalité psychique et de l'expression d'éléments surmoïques archaïques.

De plus, Silverstein (2007) a mené une étude longitudinale auprès d'un patient dépressif. Le post-test a eu lieu deux années après une psychothérapie d'une durée de quatre ans. L'auteur constate des changements significatifs en ce qui a trait au contrôle des affects. Il explique la passation du style introvertisif au pôle conflictuel ambitendant par les modes de gestion du patient en ce qui a trait à l'instabilité et à la sensibilité aux stimulations de l'environnement.

Finalement, Singh (2008) a évalué 50 patients psychiatisés présentant un diagnostic de trouble bipolaire ou de schizophrénie. Il a observé des changements significatifs en ce qui a trait à la capacité de traitement de l'information et au fonctionnement idéationnel, et ce, après quatre mois de suivi en milieu ambulatoire. L'auteur conclut que les variables concernant la perception de soi et la représentation des relations interpersonnelles sont moins susceptibles de changer lorsque comparées aux variables associées au fonctionnement cognitif et affectif.

Bref, à notre connaissance, il y a huit études pertinentes de type test-retest qui ont été réalisées en privilégiant l'évaluation du fonctionnement intrapsychique à l'aide du Rorschach. Ces recherches avaient toutes pour objectif l'évaluation des changements au niveau du fonctionnement psychologique d'individus au terme d'une participation à un programme de psychothérapie. Parmi ces sept études, cinq ont été menées auprès de groupes composés de 35 à 88 patients et deux ont été menées sous forme d'étude de cas. Ces recherches ont été effectuées auprès de diverses populations (personnes sans diagnostic spécifique, patients psychiatisés, schizophrènes, dépressifs ou bipolaires, adultes et adolescents). La durée des traitements proposés était variable, allant de trois mois à quatre années. Le type de traitement était variable également (psychothérapie d'approche psychodynamique, prise en charge en milieu ambulatoire ou en foyer d'accueil). Les changements observés au terme des traitements proposés ont été divers et ils sont principalement centrés sur la modulation affective, la gestion du stress, le fonctionnement cognitif et idéationnel, le contact avec la réalité ainsi que la perception de soi et des relations interpersonnelles.

Études de type test-retest concernant le trouble de la personnalité limite

À notre connaissance, peu d'études visant à évaluer le fonctionnement psychologique des individus présentant un trouble de la personnalité limite ont été réalisées. Nous présenterons donc deux études pertinentes et récentes sur le sujet.

Biermann-Ratjen, Eckert et Wuchner (2000)¹¹ ont étudié un ensemble d'indices associés au trouble de la personnalité limite. Plus précisément, les auteurs se sont penchés sur les symptômes relatifs aux affects, aux cognitions, aux actions impulsives et aux relations interpersonnelles. Ainsi, trois groupes de patients (14 personnes présentant un trouble de la personnalité limite, 16 personnes présentant un diagnostic de dépression et 13 personnes présentant un diagnostic de schizophrénie) ont été comparés à partir du Rorschach, en regard de la constellation de symptômes précédemment mentionnée. Le DIB-R¹² a été utilisé comme instrument de mesure afin de rendre compte de la nature des symptômes manifestés par les patients. Tous les patients ont bénéficié d'une thérapie de groupe d'une durée d'une année, à raison de deux rencontres par semaine, pour un total de 100 séances en moyenne. Le post-test a été effectué trois années après la fin du traitement, soit quatre années après le pré-test. Les auteurs ont constaté une diminution de la symptomatologie limite à l'intérieur de chacun des groupes. Néanmoins, Biermann-Ratjen, Eckert et Wuchner (2000) ont précisé que les changements les plus significatifs ont été observés chez le groupe de patients borderline et qu'ils

¹¹ Comme cette étude est très pertinente, mais qu'elle a été rédigée en allemand, nous ne faisons qu'une mention très brève des résultats. Nous invitons le lecteur à prendre connaissance de l'étude de façon plus approfondie pour plus de détails.

¹² Le DIB consiste en une entrevue semi-structurée et il est utilisé pour discriminer la personnalité borderline des autres troubles de la personnalité de l'axe II du DSM (APA, 2003).

concernaient principalement le contrôle des impulsions, les épisodes psychotiques et les relations interpersonnelles.

Ensuite, Besser, Blatt et Ford (2007) ont étudié les troubles de la pensée chez 90 patients hospitalisés et bénéficiant d'une thérapie d'approche psychodynamique. Ils ont divisé les patients en deux groupes, soit les patients « anaclitiques » (n = 42) et les patients « introjectifs » (n=48). Les auteurs ont distingué les patients anaclitiques par des préoccupations en ce qui a trait aux relations interpersonnelles et par la mobilisation de mécanismes de défense primaire. Ils ont inclus dans la catégorie des patients « anaclitiques », les personnes présentant un diagnostic de schizophrénie non spécifiée ainsi que celles présentant des troubles de la personnalité dépendante, histrionique et borderline. Les auteurs ont ensuite distingué les patients « introjectifs » par des préoccupations au niveau de l'autonomie, de l'indépendance et de l'autocritique. Ils ont inclus dans cette catégorie les personnes présentant un diagnostic de schizophrénie de type paranoïde ainsi que celles présentant un trouble de la personnalité paranoïaque, obsessionnelle-compulsive, narcissique et dépressive. Ainsi, les auteurs ont observé des changements significatifs au niveau de l'organisation de la pensée chez ces personnes en regard de trois indices précis (combinaison incongrue¹³, combinaison fabulée¹⁴ et contamination¹⁵) mesurant les troubles de la pensée au Rorschach, et ce, après quinze mois de traitement. Ils ont également constaté, en début de traitement, que les patients anaclitiques ont présenté davantage de réponses de type contamination ou combinaisons incongrues, alors que

¹³ Les combinaisons incongrues réfèrent à une logique bizarre et à un manque de souci pour la réalité (Exner, 2003a)

¹⁴ Les combinaisons fabulées renvoient à des formes d'idéations immatures ou à une rupture significative dans la conceptualisation (Exner, 2003a).

¹⁵ Les contaminations font référence à la forme la plus grave de désorganisation idéationnelle (Exner, 2003a).

les patients introjectifs ont présenté davantage de réponses de type combinaisons fabulées. Au terme des quinze mois de traitement, les auteurs ont observé une diminution statistiquement significative du nombre de réponses associées à un trouble de la pensée chez les deux groupes de patients, ce qui permet de conclure en une amélioration du fonctionnement psychologique des patients.

Somme toute, peu d'études pertinentes de type test-retest ont été réalisées en privilégiant l'évaluation du fonctionnement intrapsychique de personne souffrant d'un trouble de la personnalité limite au moyen du Rorschach. À notre connaissance, seulement deux études font référence à des changements au niveau du fonctionnement psychologique de personnes présentant un trouble de la personnalité limite après une participation à un programme de psychothérapie. Ces deux recherches de type test-retest sont de nature comparative et elles ont été menées auprès de groupes composés de 13 à 48 patients. La population étudiée est celle des personnes présentant un trouble de la personnalité limite ou un mode de relation anaclitique. Ces patients ont été comparés à des personnes présentant un diagnostic de dépression, de schizophrénie ou un mode de relation introjectif. La durée des traitements proposés a été de douze et de quinze mois. Les patients ont bénéficié de traitement en thérapie de groupe ou en psychothérapie individuelle. Les changements observés au terme des traitements proposés sont divers et ils touchent principalement les troubles de la pensée, les épisodes psychotiques, les relations interpersonnelles et l'impulsivité.

PERTINENCE ET ORIGINALITÉ DE L'ÉTUDE

La pertinence et l'originalité de notre étude résident dans le choix de la population étudiée, dans la durée et le type de traitement proposé ainsi que dans les variables à l'étude. En effet, notre recherche s'effectue auprès de femmes présentant un trouble de la personnalité limite qui sont hébergées dans une ressource pour femmes en difficulté. Le traitement proposé suggère une intervention psychothérapeutique d'approche psychodynamique combinée à une intervention psychoéducative d'approche cognitivo-comportementale d'une durée de deux années. Dans le cadre de notre recherche, l'évaluation sera réalisée après huit mois de traitement. Les variables mesurées sont les affects, la détresse et les compétences relationnelles.

Formulation de la question de recherche

Question principale : Est-ce qu'il y aura des changements dans le fonctionnement psychologique des participantes après huit mois de participation au programme d'intervention intégré Masterson/Linehan?

1.1. Quels changements seront observés au niveau de la modulation affective des participantes après huit mois de suivi au programme d'intervention intégré Masterson/Linehan?

1.2. Quels changements seront observés au niveau de la détresse psychologique des participantes après huit mois de suivi au programme d'intervention intégré Masterson/Linehan?

1.3. Quels changements seront observés au niveau des capacités relationnelles des participantes après huit mois de suivi au programme d'intervention intégré Masterson/Linehan?

Variables

Modulation affective

Selon l'APA (2003), les critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite incluent les difficultés suivantes : impulsivité, instabilité affective, dysphorie épisodique et manque de contrôle de la colère. Plusieurs auteurs reconnaissent également les difficultés émotionnelles éprouvées chez les individus présentant un trouble de la personnalité limite, en abordant les affects primaires telles la rage, la dépression, la haine, l'anxiété, la honte et la culpabilité, ainsi que les sentiments d'impuissance, de désespoir et de vide qui peuvent émerger lorsque la personne tente de développer son autonomie et de s'individualiser (Allen, 2006; Bessette, 2007; Masterson, 1976, 1981; Masterson & Klein, 1988). Linehan (1993) souligne aussi les difficultés émotionnelles des personnes présentant un trouble de la personnalité limite. Selon cette auteure, la dysrégulation émotionnelle, donnant lieu au développement de stratégies inadéquates de modulation des affects, constitue le problème central de ces patients. Dans notre recherche, la variable « modulation affective » est évaluée par une étude approfondie de l'ensemble « affects » au Rorschach. Les constellations, les indices et les normes¹⁶ concernant cet ensemble sont résumés dans le tableau suivant.

¹⁶ Les normes pour la constellation dépressive font référence à la présence d'éléments pathologiques, alors que les normes dans la section « indices » renvoient à une norme établie en fonction de la moyenne évaluée à partir d'un groupe. Veuillez vous référer à Exner (1995; 2003b; 2003c) pour plus de détails.

TABLEAU A : CONSTELLATIONS, INDICES ET NORMES CONCERNANT L'ENSEMBLE « AFFECTS »	
Constellation dépressive	
$FV + VF + V > 0$	Autocritique négative, honte et culpabilité
$FD > 2$	Introspection douloureuse
Color Shading Blends > 0	Complexité psychologique
$S > 2$	Agressivité inconsciente non mentalisée
$3r + (2) / R > 0,44$	Égocentrisme
$Fr + rF > 0$	Surestimation de sa valeur personnelle, narcissisme
$(3r + (2) / R) < 0,33$	Faible estime de soi
$Afr < 0,46$	Manque d'intérêt à composer avec les stimulations affectives
Blend < 4	Manque de complexité psychologique, insensibilité, froideur
Sum shading $> FM + m$	Confusion émotionnelle
SumC' > 2	Internalisation des affects
MOR > 2	Pessimisme et blessure d'identité
$2 \times AB + Art + Ay > 3$	Index d'intellectualisation
COP < 2	Perception négative des relations interpersonnelles
$[Bt + 2Cl + Ge + Ls + 2Na / R] > 0,24$	Isolement social perçu
Indices	
EB = SumM : SumC $0,33 > \text{Lambda} > 0,99$	Force du Moi et émotivité (pas de normes précises) Capacité de contrôle du participant se situant dans les normes
EBPer	Dominance du style dans les activités de résolution de problème (établi en fonction de l'indice EB)
Sum C' = 0-1	Absence d'affects retenus, étouffés et/ou dépressifs
Sum T = 1	Besoin affectif primaire et capacité d'intimité se situant dans les normes
Sum V = 0	Absence d'autocritique négative, de honte, de culpabilité et/ou d'introspection ruminative
Sum Y = 0-1	Absence d'anxiété situationnelle, de sentiment d'impuissance ou d'inhibition
SumC' $< W\text{sumC}$	Norme en ce qui a trait à l'internalisation des affects
$0,50 < Afr < 0,95$	Niveau adéquat d'intérêt à composer avec les stimulations affectives
$2 \times AB + Art + Ay = 0-3$	Niveau d'intellectualisation se situant dans les normes
CP = 0	Absence d'une forme particulière de déni de la réalité
FC : CF + C = 2:1	Contrôle de l'affect adéquat
C = 0	Absence d'impulsivité
S = 0-2	Absence d'agressivité inconsciente non mentalisée
$0,13 < \text{Blends} < 0,26$	Absence de complexité psychologique

Détresse

Selon l'APA (2003), les critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite incluent la présence de comportements et/ou de menaces suicidaires et/ou parasuicidaires; la détresse de ces personnes est donc manifeste. Plusieurs auteurs soulignent également la détresse de ces personnes en abordant les nombreux passages à l'acte et les affects primaires éprouvés lorsqu'une tentative pour déclencher l'activation autonome est réalisée (Allen, 2006; Masterson, 1976, 1981; Masterson & Klein, 1988). De plus, la thérapie comportementale dialectique et le programme d'entraînement aux compétences psychosociales élaborés par Linehan (1993, 2000) sont d'abord destinés à cette clientèle qui utilise à outrance des services hospitaliers et qui a souvent tendance à se désorganiser à la suite d'une prise en charge psychiatrique. Dans notre recherche, la variable « détresse » est mesurée par une étude approfondie de l'ensemble « perception de soi » au Rorschach. Les constellations, les indices et les normes¹⁷ concernant cet ensemble sont résumés dans le tableau suivant.

TABLEAU B : CONSTELLATIONS, INDICES ET NORMES CONCERNANT L'ENSEMBLE « PERCEPTION DE SOI »	
Index d'obsessionnalité	
Dd > 3	Vision atypique et obsessionnelle de la réalité
Zf > 12	Tendance à trop analyser les informations de l'environnement
Zd > +3,0	Surincorporation, éléments paranoïdes
P > 7	Conformisme
FQ+ > 1	Contrôle de soi
X+% > 0,89	Préoccupation au sujet de la conformité sociale

¹⁷ Les normes pour l'index d'obsessionnalité font référence à la présence d'éléments pathologiques, alors que les normes dans la section « indices » renvoient à une norme établie en fonction de la moyenne évaluée à partir d'un groupe. Veuillez vous référer à Exner (1995; 2003b; 2003c) pour plus de détails.

Indices	
$Fr + rF = 0$	Absence de narcissisme pathologique
$0,33 < [3r + (2)/ R] < 0,45$	Niveau adéquat d'égoïsme
$FD = 0-1$	Niveau adéquat d'autocritique positive et/ou de capacités d'introspection
$V = 0$	Absence d'autocritique négative, de honte et/ou de culpabilité
$An + Xy = 0-2$	Absence de préoccupations excessives concernant l'image de soi
$MOR = 0-2$	Absence de pessimisme et/ou de blessure de l'identité

Capacités relationnelles

Selon l'APA (2003), les critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite incluent la présence d'instabilité relationnelle. Plusieurs auteurs reconnaissent également les difficultés relationnelles chez les personnes présentant ce trouble (Allen, 2006; Bessette, 2007; Masterson, 1976, 1981; Masterson & Klein, 1988). En effet, celles-ci manifestent fréquemment de nombreux comportements de dépendance et des affects primaires négatifs directement liés à la dépression d'abandon. De plus, Linehan (1993) reconnaît l'instabilité des relations interpersonnelles comme étant l'une des caractéristiques du trouble de la personnalité limite. La difficulté à composer avec la détresse émotionnelle et le peu de tolérance face aux émotions difficiles rendent pénibles une juste appréciation et une gestion adéquate des conflits relationnels, ce qui conduit fréquemment à des ruptures de lien prématurées. Linehan (1993) souligne également l'état de dépendance dans lequel se retrouvent ces individus suite à leur développement au sein d'un milieu social invalidant. Dans notre recherche, la variable « capacités relationnelles » est mesurée par une étude approfondie de l'ensemble « perception des relations

interpersonnelles » au Rorschach. Les constellations, les indices et les normes¹⁸ concernant cet ensemble sont résumés dans le tableau suivant.

TABLEAU C : CONSTELLATIONS, INDICES ET NORMES CONCERNANT L'ENSEMBLE « PERCEPTION DES RELATIONS »	
Index d'incompétence sociale (CDI)	
EA < 6	Faible niveau de ressources internes
AdjD < 0	Surcharge émotionnelle chronique
WSumC < 2,5	Internalisation des affects
Afr < 0,46	Faible intérêt à composer avec les stimulations affectives
p > a + 1	Orientation passive dans les relations interpersonnelles
Pure H < 2	Faible intérêt à composer avec les humains.
Sum T > 1	Carence affective, dépendance
Isolate /R > 0,24	Isolement social perçu
Food > 0	Dépendance
Index d'hypervigilance	
Sum T = 0	Méfiance et superficialité dans les relations interpersonnelles
Zf > 12	Tendance à trop analyser les informations de l'environnement
Zd > +3,5	Surincorporation et éléments paranoïdes
S > 3	Agressivité inconsciente non mentalisée
H+ (H) + Hd + (H) > 6	Intérêt pour les autres
(H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3	Détachement du monde réel, investissement dans un monde imaginaire
H + A : Hd + Ad < 4 : 1	Éléments paranoïdes
Cg > 3	Besoin de se protéger, méfiance
Indices	
a > p	Orientation active dans les relations interpersonnelles
Food = 0	Absence de dépendance
Sum T = 1	Absence de superficialité et/ou de méfiance dans les relations interpersonnelles
Sum Hum. content. = 2-11	Orientation adéquate dans les relations interpersonnelles
Sum H = 2-7	Absence de difficultés relationnelles

¹⁸Les normes pour les index d'incompétence sociale et d'hypervigilance font référence à la présence d'éléments pathologiques, alors que les normes dans la section « indices » renvoient à une norme établie en fonction de la moyenne évaluée à partir d'un groupe. Veuillez vous référer à Exner (1995; 2003b; 2003c) pour plus de détails.

GHR > PHR	Perception adéquate des relations interpersonnelles
COP = 1-2 AG = 0-1	Capacité à percevoir les relations interpersonnelles bienveillantes Niveau adéquat d'agressivité consciente
PER = 0-2	Niveau adéquat de contrôle dans les relations interpersonnelles
$2Na+2Cl+Bt+Ge+Is/R = 0-0,25$	Absence d'isolement social perçu

Méthode

Participantes

L'échantillon est composé de quatre femmes âgées entre 18 et 30 ans. Celles-ci sont toutes hébergées à la maison d'hébergement l'Arrêt-Source de Montréal, secteur Ahuntsic / Cartierville, où elles sont bénéficiaires de services de réinsertion sociale dispensés par cet établissement. Les intervenantes de la maison d'hébergement offrent des services aux femmes en difficulté. Pour bénéficier de ces services, les femmes doivent être sobres ou entreprendre une démarche pour le devenir, avoir effectué un séjour transitoire en cas de crise ou de dépendance à une substance, être disponibles pour vingt heures d'occupation par semaine, être stables au niveau de leur médication si elles présentent des troubles mentaux, ne pas être en situation de crise à leur arrivée, avoir des papiers d'immigration en règle et manifester le désir de participer à un programme de réinsertion sociale. Deux des participantes présentent un diagnostic de trouble de la personnalité limite et deux autres participantes ne présentent pas ce diagnostic.

Les femmes participent pendant deux années à un programme de traitement développé par l'Institut Victoria¹⁹. Celui-ci est dispensé par les intervenantes de la maison d'hébergement. Dans le cadre de cette étude, l'évaluation des participantes s'est effectuée au terme de huit mois de participation au programme. Les participantes sont généralement référées à l'Arrêt-Source par les Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS), les hôpitaux et d'autres maisons

¹⁹ Tous les psychologues de cette clinique de traitement des troubles de la personnalité adoptent une approche psychanalytique américaine, soit celle de James F. Masterson (1975). Cet auteur établit, à travers une approche de psychothérapie individuelle, une compréhension théorique du trouble de la personnalité limite ainsi que certaines méthodes d'intervention.

d'hébergement. Elles présentent toutes des traits de personnalité qui altèrent leur fonctionnement psychosocial.

Afin de faciliter le processus de recrutement, l'étudiante responsable du projet s'est assurée la collaboration de la coordinatrice de la maison d'hébergement l'Arrêt-Source, des intervenantes oeuvrant dans ce milieu et des psychologues de l'Institut Victoria ayant développé le programme de traitement. Ainsi, la coordonnatrice à l'hébergement a autorisé la réalisation d'un projet de recherche à l'intérieur de son établissement ainsi que le recrutement de sa clientèle. De plus, les psychologues de l'Institut Victoria ont introduit le besoin d'effectuer des recherches au sujet du nouveau programme de traitement qu'elles ont développé. Finalement, les intervenantes ont transmis des formulaires de consentement (joints en appendice 2) aux participantes désireuses d'obtenir des informations au sujet de la présente recherche. Elles ont également informé et préparé les participantes à la visite de l'étudiante responsable du projet.

Matériel

La passation des tests s'est effectuée dans une salle d'entrevue individuelle à l'intérieur de la maison d'hébergement. Un questionnaire sociodémographique (joint en appendice 3), le questionnaire « Diagnosis Interview for Borderline » (DIB-R) (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncay, 1989; cités dans Bouvard, 2002), les dix planches de Rorschach et un magnétophone ont composé l'ensemble du matériel requis pour cette étude.

Instruments de mesure

Les instruments de mesure privilégiés pour cette étude sont les suivants : un questionnaire sociodémographique, le Rorschach et le « Diagnosis Interview for Borderline » (DIB-R). Des statistiques ainsi que des éléments théoriques concernant les indices et les constellations du Rorschach considérés dans cette étude sont joints en appendices 4.

Questionnaire sociodémographique

Un questionnaire d'ordre général a été administré aux participantes afin de recueillir les données sociodémographiques pertinentes, tout en créant un lien avec l'évaluatrice. Ce questionnaire a été passé sous forme d'entrevue semi-structurée et la durée de passation a été d'une dizaine de minutes.

« Diagnosis Interview for Borderline » (DIB-R)

Le « Diagnosis Interview for Borderline » (DIB-R) (Zanarini et al., 1989; cités dans Bouvard, 2002) a été administré aux participantes. Ce test consiste en une entrevue semi-structurée d'une durée variable allant de 45 minutes à une heure. Le DIB-R est utilisé pour discriminer la personnalité borderline des autres troubles de la personnalité de l'axe deux du DSM. Bouvard (2002) et Linehan (2000) précisent que l'usage du DIB-R permet d'évaluer la personnalité borderline en fonction de quatre composantes particulières, soient celle des affects, des cognitions, des actions impulsives et des relations interpersonnelles. Une attention

particulière est portée à ces quatre composantes en raison de leur importance au niveau du diagnostic du trouble de la personnalité limite. Selon Link et ses collaborateurs (1999; cité dans Bouvard, 2002), la sous-échelle concernant les actions impulsives serait la plus stable et elle constituerait le meilleur indice de prédiction pour effectuer le diagnostic. L'évaluation de la personnalité à l'aide du DIB-R s'effectue à partir d'une approche dimensionnelle plutôt que catégorielle. À ce sujet, Bouvard (2002) fait remarquer que ce test psychologique « se rapproche de la conception classique de la personnalité et permet de faire la transition entre le système de classification des troubles psychiatriques et la définition classique de la personnalité ».

De plus, Bouvard (2002) mentionne que ce test comprend 129 items qui sont cotés de 0 à 2, en fonction d'une réponse négative (score de 0), probable (score de 1) ou positive (score de 2). Le patient doit répondre aux questions en se référant aux deux dernières années de sa vie et il constitue généralement l'unique source d'informations. Les renseignements recueillis à l'aide des 129 items proposés sont résumés à l'aide d'affirmations récapitulatives ne retenant que 22 items. Parmi ceux-ci, 7 items discriminent le trouble de la personnalité borderline et ils seraient considérés comme des marqueurs du trouble. Ces items sont les suivants : pensées bizarres et expériences perceptives inhabituelles, automutilations, tentatives de suicide manipulatoires, thèmes d'abandon, demandes permanentes et sentiments que tout lui est dû, régressions au cours d'une prise en charge psychiatrique et contre-transfert. Selon plusieurs auteurs, le DIB-R aurait des coefficients de fidélité interjuge acceptable allant de 0,70 à 0,80 et une fidélité test-retest également satisfaisante avec un coefficient de 0,71 (Bouvard, 2002; Cloutier & Renaud, 2007; Zanarini et al.; cité dans Bouvard, 2002).

Le test du Rorschach

Le test du Rorschach a également été administré aux participantes à deux reprises. Exner (2003a) précise que le Rorschach est une épreuve projective qui permet d'aller au-delà de simples observations comportementales en s'intéressant à l'organisation psychologique, au fonctionnement et à la structure de personnalité de l'individu. Selon Chabert (1998a), le Rorschach « saisit la qualité des conduites psychiques par un processus associatif en situation projective ». Fouques (2004) ajoute que cet instrument permet de saisir certains éléments du fonctionnement psychologique qui ne sont pas toujours cliniquement perceptibles. Graves, Thomas et Mead (1991) mentionnent qu'alors que la plupart des questionnaires auto-rapportés évaluent des caractéristiques spécifiques ou certains aspects de la personnalité, les méthodes projectives permettent d'évaluer la présence ou non de changements structuraux modifiant le fonctionnement intrapsychique de l'individu. Le test du Rorschach permet également d'éviter certains biais, car il devient difficile pour l'individu évalué d'embellir ou de dramatiser son état. De plus, les méthodes projectives apportent une importante contribution pour ce qui est de l'évaluation des caractéristiques structurelles et fonctionnelles de la personnalité, du type d'expression émotionnelle et de la représentation de la relation à l'autre (Rapaport, Gill, & Schafer, 1986). Pour ces raisons, Rapaport et Weiner (1999) privilégient le Rorschach comme méthode d'évaluation de la personnalité en le combinant à des inventaires de personnalité.

Selon Weiner (1999) et Andronikof (1998), l'utilité du Rorschach comme instrument de mesure est démontrée par ses importantes contributions au niveau du diagnostic clinique de la psychopathologie. Cloutier et Renaud (2007) ainsi que Weiner (1999), précisent que cet

instrument d'évaluation est aussi utilisé afin d'obtenir des précisions au sujet du fonctionnement dynamique d'un individu ou pour adapter un plan de traitement selon la personnalité d'un patient. En outre, l'usage de ce test faciliterait l'identification des mécanismes de défense primitifs, mais non psychotiques, qui sont souvent mobilisés par les personnes présentant un trouble de la personnalité limite. Par ailleurs, Lerner (1990) mentionne que l'identification des défenses primitives (clivage, identification projective et déni) à l'aide du Rorschach permettrait de distinguer de façon efficace, les personnes présentant un trouble de personnalité limite des individus présentant d'autres désordres psychologiques. Selon Acklin (1993), Blais, Conboy, Fowler et Hilsenroth (1999), le Rorschach permettrait également de reconnaître les patients borderline ainsi que les symptômes associés à ce trouble.

La durée de la passation du Rorschach varie entre 45 minutes et deux heures. Ce test a été sélectionné dans le but d'évaluer le fonctionnement psychologique des participantes, notamment en ce qui a trait aux affects, à la détresse et aux capacités relationnelles. Le système intégré d'Exner (2003a) sera le système de cotation privilégié pour cette recherche. Ce système de cotation a été développé à partir d'une étude basée sur 1 200 protocoles ayant fait l'objet de plus de 150 analyses. La méthode de passation et le système de cotation retenus ont fait l'objet d'accord interjuges supérieur ou égal à 0,85. La valeur du système intégré d'Exner (2003b) est donc basée sur des assises empiriques. Selon plusieurs auteurs, ce système de cotation offre une excellente stabilité temporelle et celle-ci serait plus élevée comparativement aux autres systèmes de cotation (Andronikof, Lemmel, Réveillère, & Sultan, 2006; Gronnerod, 2003, 2004; Weiner, 1999). Finalement, les qualités psychométriques du Rorschach sont également

reconnues; le niveau d'accord interjuge variant entre 0,83 et 0,93 (Acklin, McDowell & Ornodoff, 1992; Baxter, Exner, Fowler, Hilsenroth, Meyer, Piers, & Resnick, 2002; Charnas, Hilsenroth, Streiner, & Zodan, 2007; Meyer, Mihura & Smith, 2005).

Déroulement

Les participantes ont d'abord été informées du programme de traitement auquel elles devaient prendre part, leur participation étant obligatoire lorsqu'elles deviennent résidentes à la maison d'hébergement l'Arrêt-Source. Elles ont ensuite été informées de la présente étude qui s'inscrit, à titre exploratoire, dans le cadre l'implantation du nouveau programme de traitement. L'étudiante responsable de la recherche a remis des formulaires de consentement aux intervenantes. Ce formulaire a été remis aux résidentes et il attestait que celles-ci acceptaient d'être contactées afin de recevoir des informations au sujet d'un projet d'étude auquel elles pourraient participer. Une fois signés, ces formulaires ont ensuite été remis à l'étudiante responsable qui a fixé des rendez-vous individuels avec chacune des participantes intéressées.

Lors de cette rencontre, les résidentes ont été informées des modalités de la recherche et elles ont signé un second formulaire de consentement. Ce dernier attestait qu'elles acceptaient 1) de participer au projet d'étude, 2) que les données soient enregistrées, 3) que leur dossier à la maison d'hébergement soit consulté. Les participantes n'ont pas été tenues de signer le formulaire immédiatement. Elles ont été informées qu'elles pouvaient le signer en toute confidentialité, à l'endroit et au moment qu'elles jugeaient opportun. L'anonymat a été préservé et une seule intervenante était responsable de récupérer les formulaires. C'est après la signature de

ces formulaires de consentement que les prises de contact avec les participantes ainsi que les évaluations individuelles ont débuté.

Le questionnaire sociodémographique a été administré en premier lieu afin de recueillir les informations générales au sujet de la personne évaluée, tout permettant à cette dernière de se familiariser avec l'évaluatrice. Le Rorschach est le second instrument qui a été administré. Une pause d'une quinzaine de minutes a eu lieu à la fin de cette épreuve. L'entrevue semi-structurée à l'aide du DIB-R s'est effectuée par la suite. Les trois instruments de mesure ont été administrés au cours d'une seule et même entrevue. Celle-ci a été d'une durée variable, allant d'une heure à trois heures, tout dépendant de la richesse du matériel apporté par les participantes.

L'évaluation proposée s'est effectuée en deux rencontres. Dans un premier temps, les participantes ont été évaluées avant le début de leur participation au programme de traitement. Dans un deuxième temps, les participantes se sont vues administrer les mêmes tests (questionnaire sociodémographique, Rorschach et DIB) après huit mois de participation au programme de traitement. Notre recherche se veut donc une étude de type test-retest. L'utilisation d'un pré-test et d'un post-test a eu pour objectif d'évaluer les changements au niveau du mode de fonctionnement psychologique des participantes après huit mois de participation au programme intégré Masterson/Linehan.

Ensuite, les données recueillies au DIB-R et les protocoles de Rorschach ont été codés afin de préserver l'anonymat des participantes, puis coté et corrigé. La cotation des protocoles de

Rorschach a été garantie par une supervision rigoureuse. La fidélité des cotations a été assurée par des accords interjuges avec deux autres personnes supervisées et habilitées à coter des protocoles de Rorschach. L'une de celle-ci ignorait le diagnostic des participantes et a coté les protocoles à l'aveugle.

Résultats

ANALYSE DES DONNÉES

La présente étude est une comparaison intrasujet au moyen d'un plan à mesures répétées à l'aide d'un pré-test et d'un post-test. Comme la taille de l'échantillon est petite ($n= 4$), aucune analyse statistique n'a été réalisée et chacun des protocoles de Rorschach a été interprété individuellement. Le système intégré d'Exner (2003b) a été utilisé pour quantifier les données brutes et les interprétations ont été réalisées grâce à la transformation des données brutes en indicateurs de mesure reconnus sous forme d'indices. Ces derniers ont ensuite été comparés aux normes établies par Exner (2003a).

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Cette recherche exploratoire a pour objectif de vérifier la présence de changements au niveau du fonctionnement psychologique en ce qui a trait à la modulation des affects, la détresse et les capacités relationnelles des participantes, en regard des indices et des constellations au Rorschach. L'évaluation des participantes s'effectue avant et après une participation pendant huit mois au programme de traitement du trouble de la personnalité limite basé sur l'approche intégrée Masterson/Linehan. Il importe de préciser que comme cette étude est de nature exploratoire. Elle n'est donc pas réalisée dans un cadre expérimental et elle ne s'inscrit pas dans le contexte d'une évaluation de programme. Les résultats ne nous permettent pas de nous prononcer sur l'efficacité du programme, mais bien sur les changements au niveau du fonctionnement psychologique des participantes suite à leur participation au programme. Aucune recherche n'a encore été réalisée

pour évaluer les changements chez les personnes participant à ce nouveau programme de traitement. Les résultats de cette étude pourraient donc être utiles afin d'identifier certains indices pertinents dans le cadre d'une évaluation de programme ultérieure. Les résultats pourront également servir de points de repère pour mieux orienter les recherches subséquentes.

Au total, huit protocoles de Rorschach (quatre au pré-test et quatre au post-test, à raison de deux protocoles par participante) ont été interprétés. Une analyse rigoureuse de tous les indices et constellations pour chacun des trois ensembles étudiés au Rorschach a été réalisée afin de répondre aux questions de recherche.

Afin de présenter les résultats de chacune des participantes de façon concise, ces derniers sont décrits successivement. La présentation des résultats est la même pour chacune des participantes et elle comporte les étapes suivantes : 1) présentation des caractéristiques sociodémographiques de la participante, 2) stratégie de présentation des résultats à adopter selon les normes établies par Exner (2003b), 3) tableau des résultats obtenus aux constellations du Rorschach au pré-test, 4) tableaux des résultats obtenus aux indices du Rorschach au pré-test, 5) présentation des résultats de la participante au pré-test, 6) tableau des résultats obtenus aux constellations du Rorschach au post-test, 7) tableaux des résultats obtenus aux indices du Rorschach au post-test, 8) présentation des résultats de la participante au post-test, 9) synthèse comparative des résultats entre le pré-test et le post-test. La section « résultats » se termine par un retour sur les trois questions de recherche auxquelles sont combinés trois tableaux synthèses

des résultats. Les résumés structuraux complets des huit protocoles de Rorschach sont joints en appendice 5.

Bien que seuls les ensembles « affects », « perception de soi » et « perception des relations interpersonnelles » ainsi que les constellations respectives s'y rattachant seront étudiées, une mention de tous les autres ensembles et constellations sera faite à l'étape concernant la stratégie de présentation des résultats à adopter, et ce, afin de respecter le plus fidèlement possible la méthode d'analyse proposée par Exner (2003a). En effet, cet auteur propose en premier lieu une analyse des constellations du Rorschach et en second lieu, un ordre précis de présentation des analyses en fonction des réponses du participant.

Finalement, notez que la synthèse comparative des résultats entre le pré-test et le post-test est divisée en deux sections : les indices où des changements significatifs sont observés (amélioration et/ou aggravation) et les indices où les résultats demeurent inchangés (état stagnant de la participante). Les mentions d'indices « significatifs » ou « non significatifs » font référence à des changements observés en fonction des normes établies dans le système intégré d'Exner (2003a). De plus, les mentions de résultats « se situant dans les normes » font également référence aux normes établies par Exner (2003a) et indiquent que la participante a obtenu un résultat comparable aux résultats obtenus par la plupart des gens.

Tableau 1.1. Caractéristiques sociodémographiques de la participante 1

Âge :	22 ans
Statut marital :	Célibataire
Enfants :	Non
Dernière année de scolarité complétée :	Secondaire 5
Occupation professionnelle :	Sans emploi
Diagnostic psychiatrique :	Trouble de la personnalité limite
Hospitalisation :	4 hospitalisations pour idéations suicidaires et trouble psychotique induit par une substance
Médication :	Effexor et Seroquel
Événements significatifs entre le pré-test et le post-test :	Cette participante a un nouvel ami de cœur.
Score au DIB :	8/10 Cote positive pour le diagnostic de trouble de la personnalité limite.

Stratégie de présentation des résultats

PRÉ-TEST :

- 1) Contrôle
- 2) Fonctionnement idéationnel
- 3) Processus de traitement de l'information
- 4) Médiation cognitive
- 5) Affects
- 6) Perception de soi
- 7) Perception des relations

POST-TEST

- 1) Contrôle
- 2) Perception des relations
- 3) Perception de soi
- 4) Affects
- 5) Processus de traitement de l'information
- 6) Médiation cognitive
- 7) Fonctionnement idéationnel

Tableau 1.2. Résultats de la participante 1 aux constellations du Rorschach au Pré-test

<p>S-Constellation (Potentiel suicidaire)</p> <p>Positif à partir de 8 items cochés</p> <ul style="list-style-type: none"> - FV + VF + V + FD > 2 - Col-Shd Blends > 0 + Ego < 0,31 ou > 0,44 - MOR > 3 - Zd > +3,5 ou < -3,5 + es > EA - CF + C > FC - X+% < 0,70 - S > 3 - P < 3 ou > 8 - Pure H > 2 + R < 17 <p style="text-align: right;">S-CON = 3 (-)</p>	<p>OBS (Index Obsessionnalité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dd > 3 - Zf > 12 - Zd > +3,0 - Popular (P) > 7 - FQ+ > 1 <p>Positif si au moins une des conditions suivantes est vraie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Item 1 à 5 cochés - Au moins 2 items de 1 à 4 sont vrais et FQ+ > 3 - Au moins 3 items de 1 à 4 sont vrais et X+% > 0,89 - FQ+ > 3 et X+% > 0,89 <p style="text-align: right;">OBS = 0 (-)</p>
<p>DEPI (Index de dépression)</p> <p>Positif à partir de 5 items cochés</p> <ul style="list-style-type: none"> - (VF + VF + V > 0) OU (FD > 2) - (Col Shd Blends > 0) OU (S > 2) + (3r + (2)/ R > 0,44 et Fr + rF = 0) OU (3r + (2)/ R < 0,33) - (Afr < 0,46) OU (Blends < 4) (Sum Shading > FM + m) OU (Sum C' > 2) - (MOR > 2) OU (2xAB + Art + Ay > 3) - (COP < 2) OU [Bt+(2xCl)+Ge+Ls+(2xNa)] / R > 0,24 <p style="text-align: right;">DEPI = 1 (-)</p>	<p>HVI (Index d'hypervigilance)</p> <p>Positif si le critère 1 est vrai et au moins 4 des items suivants sont cochés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - (1) FT + TF + T = 0 + (2) Zf > 12 - (3) Zd > +3,5 - (4) S > 3 - (5) H + (H) + Hd + (Hd) > 6 - (6) (H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3 - (7) H + A : Hd + Ad < 4 : 1 - (8) Cg > 3 <p style="text-align: right;">HVI = 1 (-)</p>
<p>CDI (Index Incompétence sociale)</p> <p>Positif à partir de 4 items cochés :</p> <ul style="list-style-type: none"> + (EA < 6) OU (AdjD < 0) - (COP < 2) et (AG < 2) + (WSumC < 2,5) OU (Afr < 0,46) + Passif > Actif + 1 + (SumT > 1) OU (Isolate/R > 0,24) OU (Food > 0) <p style="text-align: right;">CDI = 4 (+)</p>	<p>PTI (Index Perception-Pensée)</p> <p>Plus la somme à PTI est élevée, plus il y aurait de troubles au niveau de la pensée et de la réalité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - XA% < 0,70 et WDA < 0,75 - X-% > 0,29 - Lv2 > 2 et FAB2 > 0 - R < 17 et WSum6 > 12 OU R > 16 et WSum6 > 17 M- > 10 OU X-% > 0,40 <p style="text-align: right;">PTI = 0 (-)</p>

Tableau 1.3. Résultats²⁰ de la participante 1 au Pré-test

ENSEMBLE « AFFECTS »	ENSEMBLE « PERCEPTION DE SOI »	ENSEMBLE « PERCEPTION DES RELATIONS »
Constellations	Constellations	Constellations
DEPI (-)	OBS (-) et HVI (-)	CDI (+) et HVI (-)
Indices	Indices	Indices
EB = 4 :2 et Lambda = 0,07	Fr + rF = 0	a : p = 3 : 7
EBPer = 2	3r + (2)/R = 0,53	Food = 0
Shading : C'=2, Y=2, T=0, V=0	FD = 1 et V = 0	Sum T = 0
SumC' : WsumC = 2 : 2	An + Xy = 1 :15	Sum Human content = 4 et Sum H = 4
Afr = 0,5	MOR = 1	GHR : PHR = 2 : 3
2 x AB + Art + Ay = 2 :15		COP : AG = 2 : 1
CP = 0		PER = 0
FC : CF + C = 4 : 0		[Bt + (2xCI) + Ge+ Ls+ (2xNa)/R] = 0,24
Pure C = 0		
S = 0		
Blend = 5: 15 = 0,3		

²⁰ Les résultats en caractère gras sont associés aux indices significatifs. Ces indices signifient que la participante à obtenu des résultats se situant en dehors des normes telles qu'établies par Exner (2003a) et que ces derniers ne sont pas représentatifs de la plupart des gens.

Présentation des résultats de la participante 1 au Pré-test

En ce qui a trait aux constellations, cette participante obtient une cote positive à l'index d'incompétence sociale (CDI). Il est donc probable qu'elle présente des caractéristiques liées à une immaturité relationnelle, à un manque de sensibilité face aux besoins des autres et à des difficultés dans la sphère interpersonnelle. Elle pourrait également être solitaire, éviter les échanges de nature émotionnelle et avoir de la difficulté à maintenir des relations interpersonnelles matures. Aucune autre constellation n'est significative dans le protocole de cette participante. Les indices majeurs de potentiel suicidaire (S-CON), de trouble de la pensée (PTI), de dépression chronique endogène (DEPI), de perfectionnisme (OBS) et d'hypervigilance (HVI) seraient donc absents en raison des cotes négatives obtenues aux constellations s'y rattachant.

En ce qui a trait à la variable « modulation affective », dix indices sont significatifs. Ainsi, il est probable que cette participante soit introvertie (EB), qu'elle présente une hypersensibilité aux stimuli de l'environnement (Lambda) et qu'elle mette à distance ses émotions dans les processus de décision (EBPer). Des indices d'affects retenus (C'), d'anxiété situationnelle, de sentiments d'impuissance et d'inhibition (Y) sont observés. Des indices de distance et de méfiance (T) sont également remarquables; il est probable que cette participante soit superficielle, prudente et distante dans ses rapprochements affectifs. Par ailleurs, une étude par convergence d'indices nous permet de poser l'hypothèse selon laquelle cette participante vivrait des affects retenus et étouffés (SumC' : SumC) et qu'elle éviterait les stimulations affectives (Afr). Finalement, il est probable que cette participante présente des problèmes de modulation affective associés à un trop grand contrôle sur ses affects (FC : CF + C). Les indices de complexité psychologique

(Blend) permettent de soutenir l'hypothèse d'une hypersensibilité émotionnelle pouvant donner lieu à des débordements affectifs.

Concernant la variable « modulation affective », cinq indices demeurent non significatifs. Ainsi, les indices relatifs à l'autocritique négative, à la honte et à la culpabilité (V), à l'intellectualisation ($2 \times AB + Art + Ay$), au déni de la réalité (CP), à l'impulsivité (C) et l'agressivité non mentalisée (S) se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a).

En ce qui a trait à la variable « détresse », un seul indice est significatif. Il est probable que cette participante soit égocentrique ($3r + (2)/R$) et qu'elle soit davantage centrée sur elle-même que la plupart des gens. Par ailleurs, cinq indices demeurent non significatifs. Ainsi, les indices concernant le narcissisme ($Fr + rF$), l'autocritique positive (FD) et négative (V), les préoccupations pour le corps ($An + Xy$) et les aspects dysphoriques relatifs l'image de soi (MOR) se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a).

En ce qui a trait à la variable « capacités relationnelles », quatre indices sont significatifs. Ainsi, des indices de passivité ($a : p$), de superficialité, de prudence et de distance (T) dans les relations interpersonnelles sont observés. De plus, la perception de ces dernières serait pauvre (GHR :PHR). Par ailleurs, une étude par convergence d'indices permet de poser l'hypothèse selon laquelle cette participante se percevrait comme étant isolée socialement ($[Bt + (2 \times CI) + Ge + Ls + (2 \times Na) / R]$).

Concernant la variable « capacités relationnelles », six indices demeurent non significatifs. Ainsi, les indices relatifs à la dépendance affective (Food) et à l'orientation (Sum Human Content & SumH) dans les relations interpersonnelles se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a). Il en est de même pour les indices d'agressivité consciente (AG), de perception positive (COP) des relations et du besoin de contrôle (PER) à l'intérieur de ces dernières.

Tableau 1.4. Résultats de la participante 1 aux constellations du Rorschach au post-test

S-Constellation (Potentiel suicidaire)	OBS (Index Obsessionnalité)
Positif à partir de 8 items cochés - FV + VF + V + FD > 2 - Col-Shd Blends > 0 + Ego < 0,31 ou > 0,44 - MOR > 3 - Zd > +3,5 ou < -3,5 + es > EA - CF + C > FC + X+% < 0,70 - S > 3 - P < 3 ou > 8 - Pure H > 2 + R < 17 S-CON = 4 (-)	- Dd > 3 - Zf > 12 - Zd > +3,0 - Popular (P) > 7 - FQ+ > 1 Positif si au moins une des conditions suivantes est vraie : - Item 1 à 5 cochés - Au moins 2 items de 1 à 4 sont vrais et FQ+ > 3 - Au moins 3 items de 1 à 4 sont vrais et X+% > 0,89 - FQ+ > 3 et X+% > 0,89 OBS = 0 (-)
DEPI (Index de dépression)	HVI (Index d'hypervigilance)
Positif à partir de 5 items cochés - (VF + VF + V > 0) OU (FD > 2) - (Col Shd Blends > 0) OU (S > 2) + (3r + (2)/ R > 0,44 et Fr + rF = 0) OU (3r + (2)/ R < 0,33) + (Afr < 0,46) OU (Blends < 4) + (Sum Shading > FM+m) OU (SumC' > 2) - (MOR > 2) OU (2xAB + Art + Ay > 3) + (COP < 2) OU [Bt+(2xCl)+Ge+Ls+(2xNa)] / R > 0,24 DEPI = 4 (-)	Positif si le critère 1 est vrai et au moins 4 des items suivants sont cochés : - (1) FT + TF + T = 0 - (2) Zf > 12 - (3) Zd > +3,5 - (4) S > 3 - (5) H + (H) + Hd + (Hd) > 6 - (6) (H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3 - (7) H + A : Hd + Ad < 4 : 1 - (8) Cg > 3 HVI = 0 (-)
CDI (Index Incompétence sociale)	PTI (Index Perception-Pensée)
Positif à partir de 4 items cochés : + (EA < 6) OU (AdjD < 0) + (COP < 2) et (AG < 2) + (WSumC < 2,5) OU (Afr < 0,46) - Passif > Actif + 1 + (SumT > 1) OU (Isolate/R > 0,24) OU (Food > 0) CDI = 4 (+)	Plus la somme à PTI est élevée, plus il y aurait de troubles au niveau de la pensée et de la réalité : - XA% < 0,70 et WDA < 0,75 - X-% > 0,29 - Lv2 > 2 et FAB2 > 0 - R < 17 et WSum6 > 12 OU R > 16 et WSum6 > 17 - M- > 1 OU X-% > 0,40 PTI = 0 (-)

Tableau 1.5. Résultats de la participante 1 au post-test

ENSEMBLE « PERCEPTION DES RELATIONS »	ENSEMBLE « PERCEPTION DE SOI »	ENSEMBLE « AFFECTS »
Constellations	Constellations	Constellations
CDI (+) et HVI (-)	OBS (-)	DEPI (-)
Indices	Indices	Indices
a : p = 2 : 2	Fr + rF = 0	EB = n.s. et Lambda = 0,6
Food = 0	3r + (2)/R = 0,56	EBPer = n.s.
Sum T = 1	FD = 1 et V = 0	Shading : C'= 3, Y=1, T=1, V=0
Sum Human content=3 Sum H = 2	An + Xy = 1 :16	SumC' : WsumC = 3 : 1,5
GHR : PHR = 1 : 2	MOR = 0	Afr = 0,45
COP : AG = 1 : 0		2 x AB + Art + Ay = 2 :16
PER = 0		CP = 0
[Bt + (2xCl) + Ge+ Ls+ (2xNa)/ R] = 0,25		FC : CF + C = 3: 0
		C = 0
		S = 0
		Blend = 3 :16 = 0,19

Présentation des résultats de la participante 1 au post-test

En ce qui a trait aux constellations, une cote positive à l'index d'incompétence social (CDI) est observée. Il est donc probable que cette participante présente des caractéristiques liées à une immaturité relationnelle, à un manque de sensibilité face aux besoins des autres et à des difficultés dans la sphère interpersonnelle. Elle pourrait également être solitaire, éviter les échanges de nature émotionnelle et avoir de la difficulté à maintenir des relations interpersonnelles matures. Par ailleurs, les indices majeurs de potentiel suicidaire (S-CON), de trouble de la pensée (PTI), de dépression chronique endogène (DEPI), de perfectionnisme (OBS) et d'hypervigilance (HVI) seraient absents en raison des cotes négatives obtenues aux constellations s'y rattachant.

En ce qui a trait à la variable « capacités relationnelles », un seul indice est significatif. Ainsi, il est probable que cette participante se perçoive comme isolée socialement ($Bt + (2 \times CI) + Ge + Ls + (2 \times Na) / R$). Par ailleurs, les neuf autres indices de cet ensemble sont non significatifs. Ainsi, les indices relatifs à l'orientation ($a : p$, Sum Human Content & SumH), à la dépendance (Food), à la superficialité (T) et au besoin de contrôle (PER) dans les relations interpersonnelles se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003). Il en est de même pour les indices relatifs à la perception (GHR : PHR) des relations, ainsi qu'à la perception de bienveillance (COP) et d'agressivité (AG) à l'intérieur de celles-ci.

En ce qui a trait à la variable « détresse », un seul indice est significatif. Il est probable que cette participante soit égocentrique ($3r + (2) / R$) et qu'elle soit davantage centrée sur elle-

même que la plupart des gens. Par ailleurs, six indices demeurent non significatifs. Ainsi, les indices concernant le narcissisme ($Fr+ rF$), l'autocritique positive (FD) et négative (V), les préoccupations pour le corps ($An+ Xy$) et les aspects dysphoriques relatifs à l'image de soi (MOR) se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a).

En ce qui a trait à la variable « modulation affective », quatre indices sont significatifs. Ainsi, des indices d'internalisation des affects retenus et étouffés ($SumC' : WsumC \& C'$), et de trop grand contrôle sur les émotions ($FC : CF + C$) sont observés. Par ailleurs, une étude par convergence d'indices permet de poser l'hypothèse selon laquelle cette participante éviterait les stimulations affectives (Afr).

Concernant la variable « modulation affective », onze indices sont non significatifs. Ainsi, les indices relatifs aux capacités de contrôle et de gestion du stress (Λ), aux forces du moi (EB) et à la dominance de style dans les activités de résolution de problème ($EBPer$) se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a). Il en est de même pour les indices relatifs à l'anxiété situationnelle, aux sentiments d'impuissance et d'inhibition (Y), à la négociation des besoins primaires (T) et à l'autocritique négative (V). Les indices concernant l'intellectualisation ($2 \times AB + Art + Ay$), le déni de la réalité (CP), l'impulsivité (C), l'agressivité non mentalisée (S) et la complexité psychologique ($Blend$) se situent dans les normes (Exner, 2003a).

Synthèse comparative des changements observés entre le pré-test et le post-test

En ce qui a trait à la variable « capacité relationnelle », des changements significatifs sont observés concernant deux indices. Ainsi, une diminution de la passivité dans les relations interpersonnelles est remarquée ($a : p = 3 : 7 / 2 : 2$). Des changements en ce qui a trait à la superficialité et à la méfiance dans les relations intimes sont également notés; cette participante posséderait maintenant des capacités à négocier avec l'intimité et les besoins primaires comme la plupart des gens ($\text{SumT} = 0 / 1$). Il est probable qu'elle soit moins distante et moins prudente dans ses relations interpersonnelles qu'auparavant.

Concernant la variable « capacités relationnelles », aucun changement significatif n'est constaté concernant huit indices. Les résultats obtenus aux constellations demeurent significatifs concernant l'index d'incompétence sociale ($\text{CDI} = 4 / 4$) et non significatifs concernant l'hypervigilance ($\text{HVI} = 1 / 0$). L'absence d'indices significatifs concernant la dépendance affective ($\text{Food} = 0 / 0$) et certaines difficultés relationnelles ($\text{SumH} = 4 / 2$) est maintenue. Cette participante continuerait de manifester un intérêt pour les relations interpersonnelles ($\text{Human Cont.} = 4 / 3$) et elle percevrait ces dernières de façon adéquate ($\text{GHR} : \text{PHR} = 2 : 3 / 1 : 2$), bienveillante et positive ($\text{COP} = 2 / 1$). Les indices concernant l'agressivité consciente ($\text{AG} = 1 / 0$), le contrôle et l'autoritarisme dans les relations interpersonnelles ($\text{PER} = 0 / 0$) demeurent non significatifs. Il est toujours probable que cette personne continue de se percevoir comme étant isolée socialement ($[\text{Bt} + (2 \times \text{Cl}) + \text{Ge} + \text{Ls} + (2 \times \text{Na}) / \text{R}] = 0,24 / 0,25$).

En ce qui a trait à la variable « détresse », aucune différence significative n'est observée entre le pré-test et le post-test. Les résultats demeurent stables. Ainsi, les indices de perfectionnisme (OBS = 0/0), d'hypervigilance (HVI = 1/0) et de narcissisme (Fr+ rF = 0/0) sont non significatifs. Le niveau de centration sur soi et d'égoïsme ($3r + (2)/ R = 0,53/ 0,56$) est toujours au-dessus de la moyenne. Les indices relatifs à l'introspection et à l'autocritique positive (FD = 1/1), à l'autocritique négative, à l'impuissance et à la honte (V = 0/0) demeurent non significatifs. Il en est de même pour les indices relatifs aux préoccupations pour le corps (An +Xy = 1/1) et au pessimisme (MOR = 1/0) concernant l'image de soi.

Concernant la variable « modulation affective », des changements significatifs sont observés concernant huit indices. Ainsi, nous observons une amélioration des capacités de contrôle et de gestion du stress chez cette participante. Elle présenterait des capacités à composer avec son monde pulsionnel ($\Lambda = 7\%/ 60\%$) se situant dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a). De plus, un changement est observé en ce qui a trait aux forces du moi; cette participante passe de style introverti à un style indéterminé (EB = 4 :2/ n.s. & EBPer = 2/ n.s.). Par ailleurs, une augmentation de l'intensité des affects retenus et étouffés (SumC' : WSumC = 2 :2/3 :1,5 et C' = 2/3) est remarquée. Toutefois, les indices relatifs à l'anxiété situationnelle, au sentiment d'impuissance et d'inhibition (Y = 2/1) ainsi qu'à la complexité psychologique et aux débordements affectifs (Blend : R = 0,33/ 0,19) ne sont plus significatifs au post-test. Il est donc probable que cette personne soit moins anxieuse et que ses affects soient mieux contenus qu'auparavant. Un changement au niveau de la négociation des besoins

primaires et de l'intimité est également observé; les indices de superficialité, de prudence et de distance dans les relations affectives ne sont plus présents (SumT = 0/1).

En ce qui a trait à la variable « modulation affective », aucun changement significatif n'est observé en ce qui a trait à sept indices. Les résultats obtenus à la constellation dépressive et les indices de dépression chronique endogène restent non significatifs (DEPI = 1/4). Il en est de même pour les indices concernant l'autocritique négative ($V = 0/0$), l'intérêt à composer avec les stimulations affectives et sociales ($Afr = 0,5/0,45$), l'usage des mécanismes d'intellectualisation ($2x AB + Art + Ay = 2/2$) et le déni de la réalité ($CP = 0/0$). Finalement, les indices d'impulsivité ($C = 0/0$), de modulation affective ($FC : CF + C = 4 : 0 / 3 : 0$) et d'agressivité inconsciente ($S = 0/0$) demeurent stables.

Tableau 2.1. Caractéristiques sociodémographiques de la participante 2

Âge :	28 ans
Statut marital :	Célibataire
Enfants :	Non
Dernière année de scolarité complétée :	Maîtrise en sciences comptables
Occupation professionnelle :	Comptable agréé (en convalescence)
Diagnostic psychiatrique :	Trouble de la personnalité limite et dépression
Hospitalisations :	Un séjour de quatre mois en 2006 et un séjour d'un mois en 2006 pour dépression et idéations suicidaires.
Médication :	Séroquel, Serax et Immoval.
Événements significatifs entre le pré-test et le post-test :	Séjour d'une semaine dans une maison de crise suite à des idéations suicidaires.
Score au DIB :	8/10 cote positive pour le diagnostic de personnalité limite.

Stratégie de présentation des résultats

PRÉ-TEST :

- 1) Contrôle et stress situationnel
- 2) Perception de soi
- 3) Perception des relations
- 4) Affects
- 5) Processus de traitement de l'information
- 6) Médiation cognitive
- 7) Fonctionnement idéationnel

POST-TEST

- 1) Contrôle et stress situationnel
- 2) Perception de soi
- 3) Perception des relations
- 4) Fonctionnement idéationnel
- 5) Médiation cognitive
- 6) Processus de traitement de l'information
- 7) Affects

Tableau 2.2. Résultats de la participante 2 aux constellations du Rorschach au pré-test

<p>S-Constellation (Potentiel suicidaire)</p> <p>Positif à partir de 8 items cochés</p> <ul style="list-style-type: none"> + FV + VF + V + FD > 2 + Col-Shd Blends > 0 + Ego < 0,31 ou > 0,44 + MOR > 3 - Zd > +3,5 ou < -3,5 + es > EA + CF + C > FC + X+% < 0,70 + S > 3 - P < 3 ou > 8 - Pure H > 2 - R < 17 <p style="text-align: right;">S-CON = 8 (+)</p>	<p>OBS (Index Obsessionnalité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dd > 3 + Zf > 12 - Zd > +3,0 - Popular (P) > 7 - FQ+ > 1 <p>Positif si au moins une des conditions suivante est vraie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Item 1 à 5 cochés - Au moins 2 items de 1 à 4 sont vrais et FQ+ > 3 - Au moins 3 items de 1 à 4 sont vrais et X+% > 0,89 - FQ+ > 3 et X+% > 0,89 <p style="text-align: right;">OBS = 0 (-)</p>
<p>DEPI (Index de dépression)</p> <p>Positif à partir de 5 items cochés</p> <ul style="list-style-type: none"> + (VF + VF + V > 0) OU (FD > 2) + (Col Shd Blends > 0) OU (S > 2) - (3r + (2)/ R > 0,44 et Fr + rF = 0) OU (3r + (2)/ R < 0,33) - (Afr < 0,46) OU (Blends < 4) + (Sum Shading > FM+m) OU (SumC' > 2) + (MOR > 2) OU (2xAB + Art + Ay > 3) + (COP < 2) OU [Bt+(2xCl)+Ge+Ls+(2xNa)] / R > 0,24 <p style="text-align: right;">DEPI = 5 (+)</p>	<p>HVI (Index d'hypervigilance)</p> <p>Positif si le critère 1 est vrai et au moins 4 des items suivants sont cochés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - (1) FT + TF + T = 0 + (2) Zf > 12 - (3) Zd > +3,5 + (4) S > 3 + (5) H + (H) + Hd + (Hd) > 6 - (6) (H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3 + (7) H + A : Hd + Ad < 4 : 1 - (8) Cg > 3 <p style="text-align: right;">HVI = 4 (-)</p>
<p>CDI (Index Incompétence sociale)</p> <p>Positif à partir de 4 items cochés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - (EA < 6) OU (AdjD < 0) - (COP < 2) et (AG < 2) - (WSumC < 2,5) OU (Afr < 0,46) - Passif > Actif + 1 + (SumT > 1) OU (Isolate/R > 0,24) OU (Food > 0) <p style="text-align: right;">CDI = 1 (-)</p>	<p>PTI (Index Perception-Pensée)</p> <p>Plus la somme à PTI est élevée, plus il y a de troubles au niveau de la pensée et de la réalité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - XA% < 0,70 et WDA < 0,75 - X-% > 0,29 + Lv2 > 2 et FAB2 > 0 + R < 17 et WSum6 > 12 OU R > 16 et WSum6 > 17 + M- > 1 OU X-% > 0,40 <p style="text-align: right;">PTI = 3 (+)</p>

Tableau 2.3. Résultats de la participante 2 au pré-test

ENSEMBLE « PERCEPTION DE SOI »	ENSEMBLE « PERCEPTION DES RELATIONS »	ENSEMBLE « AFFECTS »
Constellations	Constellations	Constellations
OBS (-)	CDI (-) et HVI (-)	DEP (+)
Indices	Indices	Indices
Fr + rF = 2	a : p = 10 :7	EB = 6 : 11,5 et Lambda = 0,08
3r + (2)/ R = 0,50	Food = 0	EBPer : <i>n.s.</i>
FD = 1 et V = 3	Sum T = 1	Shading : C'=5, T=1, Y=4, V=3
An + Xy = 3 :28	Sum Human content. = 10 et Sum H = 6	SumC' : WsumC = 5 : 11,5
MOR = 6	GHR : PHR = 4 :6	Afr = 0,65
	COP : AG = 4 :1	2 x AB + Art + Ay = 2 :28
	PER = 1	CP = 0
	[Bt + (2xCl) + Ge+ Ls+ (2xNa)/ R] = 0,25	FC : CF + C = 1:11
		C = 0
		S = 8
		Blend = 13:28 = 0,46

Présentation des résultats de la participante 2 au pré-test

En ce qui a trait aux constellations, des cotes positives sont observées aux index de potentiel suicidaire (S-CON), de dépression (DEPI) et de perception-pensée (PTI). Il est donc probable que cette personne présente un grand nombre de caractéristiques communes aux individus suicidaires et qu'elle ait des préoccupations concernant la mort. Elle présenterait aussi un potentiel de perturbation émotionnelle important et possiblement handicapant, des affects à connotation dépressive ainsi qu'un dysfonctionnement comportemental. Une organisation de la personnalité caractérisée par un potentiel de fréquentes perturbations affectives pourrait être observée. Finalement, il est probable que cette personne présente certains désordres au niveau de la pensée en ce qui a trait à la médiation et à l'idéation. Par ailleurs, les indices majeurs de perfectionnisme (OBS), d'hypervigilance (HVI) et d'incompétence sociale (CDI) seraient absents en raison des cotes négatives obtenues aux constellations s'y rattachant.

En ce qui a trait à la variable « détresse », cinq indices sont significatifs. Ainsi, des indices de narcissisme et de surestimation de sa valeur personnelle ($Fr+rF$), d'égoïsme et de centration sur soi ($3r + (2)/R$), d'autocritique négative, de sentiment d'infériorité et de honte (V) sont observés. Des indices de préoccupation excessive concernant le corps ($An+ Xy$), d'aspects dysphoriques et de conflits majeurs au niveau de l'image de soi ($MOR \& Fr + rF$) sont également remarqués. Par ailleurs, l'indice relatif à l'autocritique positive (FD) se situe dans les normes (Exner, 2003).

En ce qui a trait à la variable « capacités relationnelles », quatre indices sont significatifs. Ainsi, des indices d'orientation active dans les relations interpersonnelles ($a : p$) et de

sociabilité (COP) sont observés. La perception des relations serait pauvre (GHR : PHR) et des indices d'isolement social perçu ($(Bt + (2xCl) + Ge + Ls + (2xNa) / R)$) sont remarquables. Par ailleurs, six indices demeurent non significatifs. Ainsi, les indices relatifs à la dépendance (Food), à la négociation de l'intimité (T), à l'orientation (Sum Human Content & SumH), à l'agressivité consciente (AG) et au besoin de contrôle (PER) dans les relations interpersonnelles se situent dans les normes (Exner, 2003a).

En ce qui a trait à la variable « modulation affective », huit indices sont significatifs. Ainsi, des indices d'extraversion (EB) et d'hypersensibilité aux stimulations de l'environnement (Lambda) sont observés. Il est probable que cette participante soit envahie par des affects dépressifs (C'), qu'elle vive de l'anxiété situationnelle ainsi que des sentiments d'impuissance et d'inhibition (Y). Des indices d'autocritique négative, de douleurs produites par des introspections ruminatives et de confusion émotionnelle (V) sont également remarquables. Il est probable que cette participante soit impulsive (FC : CF + C) et qu'elle adopte une attitude négative envers l'environnement. Des indices de complexité psychologique (Blend) et d'agressivité non mentalisée (S) pouvant donner lieu à des difficultés à tolérer les compromis ou à maintenir des relations interpersonnelles sont présents.

Concernant la variable « modulation affective », sept indices demeurent non significatifs. Ainsi, les indices concernant la dominance de style dans les activités de résolutions de problème (EBPer), la négociation des besoins affectifs primaires (T) et l'internalisation des affects (SumC' : WsumC) se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a). Il en est de même pour

les indices relatifs à la volonté à composer avec les stimulations affectives (Afr), à l'intellectualisation ($2 \times AB + Art + Ay$), au déni de la réalité (CP) et à l'impulsivité (C).

Tableau 2.4. Résultats de la participante 2 aux constellations du Rorschach au post-test

S-Constellation (Potentiel suicidaire)	OBS (Index Obsessionnalité)
Positif à partir de 8 items cochés + FV + VF + V + FD > 2 + Col-Shd Blends > 0 + Ego < 0,31 ou > 0,44 - MOR > 3 - Zd > +3,5 ou < -3,5 + Es > EA + CF + C > FC + X+% < 0,70 + S > 3 + P < 3 ou > 8 - Pure H > 2 - R < 17 S-CON = 8 (+)	- Dd > 3 + Zf > 12 - Zd > +3,0 + Popular (P) > 7 - FQ+ > 1 Positif si au moins une des conditions suivantes est vraie : - Item 1 à 5 cochés - Au moins 2 items de 1 à 4 sont vrais et FQ+ > 3 - Au moins 3 items de 1 à 4 sont vrais et X+% > 0,89 - FQ+ > 3 et X+% > 0,89 OBS = 0 (-)
DEPI (Index de dépression)	HVI (Index d'hypervigilance)
Positif à partir de 5 items cochés + (VF + VF + V > 0) OU (FD > 2) + (Col Shd Blends > 0) OU (S > 2) - (3r + (2)/ R > 0,44 et Fr + rF = 0) OU (3r + (2)/ R < 0,33) - (Afr < 0,46) OU (Blends < 4) + (Sum Shading > FM+m) OU (SumC' > 2) - (MOR > 2) OU (2xAB + Art + Ay > 3) - (COP < 2) OU [Bt+(2xCl)+Ge+Ls+(2xNa)] / R > 0,24 DEPI = 3 (-)	Positif si le critère 1 est vrai et au moins 4 des items suivants sont cochés : - (1) FT + TF + T = 0 + (2) Zf > 12 + (3) Zd > +3,5 + (4) S > 3 - (5) H + (H) + Hd + (Hd) > 6 + (6) (H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3 + (7) H + A : Hd + Ad < 4 : 1 - (8) Cg > 3 HVI = 5 (-)
CDI (Index Incompétence sociale)	PTI (Index Perception-Pensée)
Positif à partir de 4 items cochés : + (EA < 6) OU (AdjD < 0) - (COP < 2) et (AG < 2) - (WSumC < 2,5) OU (Afr < 0,46) - Passif > Actif + 1 + (SumT > 1) OU (Isolate/R > 0,24) OU (Food > 0) CDI = 2 (-)	Plus la somme à PTI est élevée, plus il y aurait de troubles au niveau de la pensée et de la réalité : - XA% < 0,70 et WDA < 0,75 - X-% > 0,29 + Lv2 > 2 et FAB2 > 0 + R < 17 et WSum6 > 12 OU R > 16 et WSum6 > 17 - M- > 10U X-% > 0,40 PTI = 2 (-)

Tableau 2.5. Résultats de la participante 2 au post-test

ENSEMBLE « PERCEPTION DE SOI »	ENSEMBLE « PERCEPTION DES RELATIONS »	ENSEMBLE « AFFECTS »
Constellations	Constellations	Constellations
OBS (-)	CDI (-) et HVI (-)	DEPI (-)
Indices	Indices	Indices
$Fr + rF = 2$	$a : p = 11 : 6$	$EB = 6 : 6$ et $\text{Lambda} = 0,16$
$3r + (2)/R = 0,45$	Food = 1	EBPer : <i>n.s.</i>
FD = 1 et V = 2	Sum T = 2	Shading : $C'=6, T=2, Y=0, V=2$
$An + Xy = 2 : 29$	Sum Human content = 13 et Sum H = 5	SumC' : WsumC = 6 : 6
MOR = 2	GHR : PHR = 8 : 5	Afr = 0,71
	COP : AG = 2 : 2	$2 \times AB + Art + Ay = 2 : 29$
	PER = 1	CP = 0
	$Bt + (2xCl) + Ge + Ls + (2xNa) / R] = 0,21$	FC : CF + C = 2 : 5
		C = 0
		S = 4
		Blend = 11 : 29 = 0,38

Présentation des résultats de la participante 2 au post-test

En ce qui a trait aux constellations, des résultats significatifs sont observés concernant le risque suicidaire (S-CON). Il est probable que cette personne entretienne des préoccupations concernant la mort et qu'elle manifeste plusieurs caractéristiques présentes chez les individus suicidaires. Par ailleurs, les indices majeurs de dépression endogène chronique (DEPI), de perfectionnisme (OBS), d'hypervigilance (HVI), d'incompétence sociale (CDI) et de trouble de la pensée (PTI) seraient absents en raison des cotes négatives obtenues aux constellations s'y rattachant.

En ce qui a trait à la variable « détresse », trois indices sont significatifs. Ainsi, des indices de narcissisme et de surestimation de sa valeur personnelle ($Fr+rF$), d'égoïsme et de centration sur soi ($3r + (2)/ R$), d'autocritique négative, de sentiment d'infériorité et de honte (V) sont observés. Par ailleurs, trois indices demeurent non significatifs. Ainsi, les indices relatifs à l'autocritique positive (FD), aux préoccupations concernant le corps ($An+ Xy$), et aux aspects dysphoriques concernant l'image de soi (MOR) se retrouvent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a).

En ce qui a trait à la variable « capacités relationnelles », cinq indices sont significatifs. Ainsi, des indices d'orientation active ($a : p$), de dépendance ($Food$), de carence affective (T) et d'agressivité perçue (AG) dans les relations interpersonnelles sont observés. Il est également probable que cette participante se perçoive comme étant isolée socialement ($[Bt + (2xCI) + Ge+ Ls+ (2xNa)/ R]$). Par ailleurs, cinq indices demeurent non significatifs. Ainsi, les indices relatifs à l'orientation ($Sum\ Human\ Content\ \&\ SumH$) et à la perception des relations ($GHR : PHR$) se

situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a). Il en est de même pour la perception de bienveillance (COP) et le besoin de contrôle (PER) dans les relations interpersonnelles.

En ce qui a trait à la variable « modulation affective », sept indices sont significatifs. Ainsi, des indices d'ambitendance (EB), d'hypersensibilité aux stimulations de l'environnement (Lambda) et d'affects dépressifs sont observés (C'). Il est probable que cette participante vive un état de carence affective (T) ainsi que des douleurs produites par des introspections ruminatives (V). Des indices de complexité psychologique (Blend) et d'agressivité non mentalisée (S) pouvant donner lieu à des difficultés à tolérer les compromis ou à maintenir des relations interpersonnelles sont également présents.

Concernant la variable « modulation affective », huit indices demeurent non significatifs. Ainsi, les indices concernant la dominance de style dans les activités de résolutions de problème (EBPer), l'anxiété situationnelle (Y) et l'internalisation des affects (SumC' : WsumC) se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a). Il en est de même pour les indices relatifs à la volonté à composer avec les stimulations affectives (Afr), à l'intellectualisation ($2 \times AB + Art + Ay$), au déni de la réalité (CP) et à l'impulsivité (C).

Synthèse comparative des résultats entre le pré-test et le post-test

Concernant la variable « modulation affective », des changements significatifs sont observés pour une constellation et six indices. Ainsi, les résultats à la constellation dépressive (DEPI = 5/3) deviennent non significatifs au post-test. Les indices de dépression endogène

chronique et de dysfonctionnement comportemental à ce sujet sont donc absents. Un changement est observé en ce qui a trait aux forces du moi et à l'émotivité; cette participante passe d'un style extraverti à un pôle conflictuel ambitendant ($EB = 6 : 11,5/6 : 6$). Il est probable qu'elle se sente moins envahie par ses affects, mais qu'elle présente des vulnérabilités aux problèmes intra et interpersonnels. Une diminution du nombre d'indices relatifs à l'anxiété situationnelle, aux affects douloureux, aux sentiments d'impuissance et d'inhibition ($Y = 4/0$) est observée. Ensuite, de nouveaux indices de dépendance affective sont remarqués ($SumT = 1/2$ et $Food = 0/1$). Il est probable que cette personne vive un sentiment de privation, de carence, de vide, de dépendance et de solitude, sentiments qui étaient absents au pré-test. Un changement en ce qui a trait à l'internalisation des affects ($SumC' : WSumC = 5 : 11,5/6 : 6$), une diminution du ratio concernant l'impulsivité ($FC : CF + C = 1 : 11/2 : 5$) et l'agressivité inconsciente non mentalisée ($S = 8/4$) sont observés. Il est probable que cette participante soit moins impulsive et qu'elle externalise moins ses affects.

Neuf indices concernant la variable « modulation affective » demeurent inchangés ou non significatifs. Ainsi, cette participante conserve une sensibilité aux stimuli de son environnement pouvant donner lieu à des débordements affectifs ($\Lambda = 8\% / 16\%$). La dominance de style dans les activités de résolution de problème ($EBPer\ n.s./\ n.s.$) reste indéterminée. Les indices d'affects dépressifs, retenus, étouffés et péniblement vécus sont toujours présents ($C' = 5/6$). Il en est de même pour les indices relatifs à l'autocritique négative ainsi qu'aux sentiments de honte et de culpabilité ($V = 3/2$). La volonté à composer avec les stimulations affectives et sociales est toujours dans la moyenne ($Afr = 0,65/0,71$). Les indices

concernant l'usage du mécanisme d'intellectualisation ($2xAB+Art+AY = 2/2$), le déni de la réalité ($CP = 0/0$) et l'impulsivité ($0/0$) demeurent absents et les indices de grandes complexités psychologiques (Blend : $R = 0,46/ 0,38$) sont toujours présents.

Concernant la variable « détresse », certains changements significatifs sont observés. Les indices concernant la préoccupation pour le corps ($An+Xy = 3/ 2$) se situeraient maintenant dans les normes et il n'y aurait plus de vision pessimiste de soi et de la réalité ($MOR = 6/2$), ni de conflit majeur au niveau de l'image de soi. Plusieurs indices demeurent toutefois inchangés. Les indices de perfectionnisme ($OBS = 0/0$) sont absents. Les indices relatifs au narcissisme ($Fr + rF = 2/2$), à l'égoïsme ($3r+(2)/R = 0,50/0,45$) et à l'autocritique négative ($V = 3/2$) sont toujours présents, et ce, dans des proportions semblables. Le niveau d'autocritique positive demeure adéquat ($FD = 1/1$).

Concernant la variable « capacité relationnelle », des changements sont observés concernant cinq indices. Ainsi, de nouveaux indices de dépendance ($Food = 0/1$) et de carence affective perçue ($SumT = 1/2$) sont observés. Par ailleurs, une perception plus adéquate des relations interpersonnelles est notée ($GHR : PHR = 4 :6/ 8 :5$). Finalement, une augmentation des indices d'agressivité consciente ($AG = 1/2$) et une diminution des indices concernant l'aspect grégaire ($COP = 4/2$) sont observées. Il est probable que cette participante perçoive l'agressivité comme étant naturelle dans les relations interpersonnelles et que sa vie soit moins basée sur le relationnel qu'au moment du pré-test.

Concernant la variable « capacités relationnelles », deux constellations et cinq indices demeurent non significatifs. Ainsi, les résultats aux index d'incompétence sociale (CDI = 3/2) et d'hypervigilance (HVI = 2/5) sont stables. Cette participante demeure une personne active (a : p = 10 :7/11 :6) qui manifeste un grand intérêt pour les relations interpersonnelles (Human Cont. = 13/10 et SumH = 5/6). Elle ne fait pas preuve d'autoritarisme (PER = 1/1) dans ses relations interpersonnelles et elle continuerait à se percevoir comme isolée socialement ($[(Bt+(2xCl)+Ge+Ls+(2xNa))/R = 0,21/ 0,25]$).

Tableau 3.1. Caractéristiques sociodémographiques de la participante 3

Âge :	26 ans
Statut marital :	Célibataire
Enfants :	Non
Dernières année de scolarité complétée :	Une année de baccalauréat en littérature
Occupation professionnelle :	Sans emploi, retour aux études prévues
Diagnostic psychiatrique :	Dépression
Hospitalisations :	Un séjour de trois semaines en 2005 et un second séjour d'une durée d'un mois en 2006.
Médication :	Séroquel et Risperdal
Événements significatifs entre le pré-test et le post-test :	Préparation pour un retour aux études et un déménagement pour passer de la maison d'hébergement à un appartement.
Score au DIB :	3/10 cote négative pour le diagnostic trouble de la personnalité limite.

Stratégie de présentation des résultats

PRÉ-TEST :

- 1) Contrôle et stress situationnel
- 2) Affects
- 3) Perception de soi
- 4) Perception des relations
- 5) Processus de traitement de l'information
- 6) Médiation cognitive
- 7) Fonctionnement idéationnel

POST-TEST

- 1) Contrôle et stress situationnel
- 2) Fonctionnement idéationnel
- 3) Processus de traitement de l'information
- 4) Médiation cognitive
- 5) Perception de soi
- 6) Perception des relations
- 7) Affect

Tableau 3.2. Résultats de la participante 3 aux constellations du Rorschach au pré-test

S-Constellation (Potentiel suicidaire)	OBS (Index Obsessionnalité)
Positif à partir de 8 items cochés - FV + VF + V + FD > 2 + Col-Shd Blends > 0 + Ego < 0,31 ou > 0,44 - MOR > 3 - Zd > +3,5 ou < -3,5 + es > EA - CF + C > FC + X+% < 0,70 - S > 3 - P < 3 ou > 8 + Pure H > 2 - R < 17 S-CON = 5 (-)	- Dd > 3 + Zf > 12 - Zd > +3,0 - Popular (P) > 7 - FQ+ > 1 Positif si au moins une des conditions suivantes est vraie : - Item 1 à 5 cochés - Au moins 2 items de 1 à 4 sont vrais et FQ+ > 3 - Au moins 3 items de 1 à 4 sont vrais et X+% > 0,89 - FQ+ > 3 et X+% > 0,89 OBS = 0 (-)
DEPI (Index de dépression)	HVI (Index d'hypervigilance)
Positif à partir de 5 items cochés - (VF + VF + V > 0) OU (FD > 2) + (Col Shd Blends > 0) OU (S > 2) + (3r + (2)/ R > 0,44 et Fr + rF = 0) OU (3r + (2)/ R < 0,33) - (Afr < 0,46) OU (Blends < 4) + (Sum Shading > FM+m) OU (SumC' > 2) + (MOR > 2) OU (2xAB + Art + Ay > 3) + (COP < 2) OU [Bt+(2xCl)+Ge+Ls+(2xNa)] / R > 0,24 DEPI = 5 (+)	Positif si le critère 1 est vrai et au moins 4 des items suivants sont cochés : - (1) FT + TF + T = 0 + (2) Zf > 12 - (3) Zd > +3,5 - (4) S > 3 - (5) H + (H) + Hd + (Hd) > 6 + (6) (H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3 - (7) H + A : Hd + Ad < 4 : 1 - (8) Cg > 3 HVI = 2 (-)
CDI (Index Incompétence sociale)	PTI (Index Perception-Pensée)
Positif à partir de 4 items cochés : - (EA < 6) OU (AdjD < 0) + (COP < 2) et (AG < 2) - (WSumC < 2,5) OU (Afr < 0,46) + Passif > Actif + 1 + (SumT > 1) OU (Isolate/R > 0,24) OU (Food > 0) CDI = 3 (-)	Plus la somme à PTI est élevée, plus il y aurait de troubles au niveau de la pensée et de la réalité : - XA% < 0,70 et WDA < 0,75 - X-% > 0,29 - Lv2 > 2 et FAB2 > 0 + R < 17 et WSum6 > 12 - OU R > 16 et WSum6 > 17 M- > 1 OU X-% > 0,40 PTI = 1 (-)

Tableau 3.4. Résultats de la participante 3 au pré-test

ENSEMBLE « AFFECTS »	ENSEMBLE « PERCEPTION DE SOI »	ENSEMBLE « PERCEPTION DES RELATIONS »
Constellations	Constellations	Constellations
DEPI (+)	OBS (-)	CDI (-) et HVI (-)
Indices	Indices	Indices
EB = 3 :7 et Lambda = 0,43	Fr + rF = 0	a: p = 5 :5
EBPer = 2,33	3r + (2)/ R = 0,21	Food = 3
Shading : C'=5, Y=4, T=2, V=0	FD = 0 et V = 0	Sum T = 2
SumC' : WsumC = 5 : 7	An + Xy = 3 : 33	Sum Human content. = 4 et Sum H = 1
Afr = 0,57	MOR = 1	GHR : PHR = 2 : 2
2 x AB + Art + Ay = 6 :33		COP : AG = 1 :0
CP = 0		PER = 1
FC : CF + C = 8:3		[Bt + (2xCl) + Ge+ Ls+ (2xNa)/ R] = 0,15
C = 0		
S = 2		
Blend = 9 :33 = 0,27		

Présentation des résultats de la participation 3 au pré-test

En ce qui a trait aux constellations, des résultats significatifs sont obtenus à la constellation dépressive. Il est probable que cette personne présente des affects dépressifs, des dysfonctions comportementales et des perturbations émotionnelles importantes associées à une dépression endogène chronique. Une organisation de la personnalité caractérisée par un potentiel de fréquentes perturbations affectives pourrait être observée. Par ailleurs, les indices majeurs de potentiel suicidaire (S-CON), de perfectionnisme (OBS), d'hypervigilance (HVI), d'incompétence sociale (CDI) et de trouble de la pensée (PTI) seraient absents en raison des cotes négatives obtenues aux constellations s'y rattachant.

En ce qui a trait à la variable « modulation affective », sept indices sont significatifs au pré-test. Ainsi, des indices d'extraversion (EB, EBPer), d'affects dépressifs (C'), d'anxiété situationnelle, de sentiments d'impuissance et d'inhibition (Y) sont observés. Il est probable que cette participante soit dépendante (T, EB), qu'elle se perçoive comme carencée affectivement et qu'elle fasse davantage usage du mécanisme d'intellectualisation ($2 \times AB + Art + Ay$) que la plupart des gens. Des indices de complexité psychologique (Blend) pouvant donner lieu à des débordements affectifs sont également remarqués.

Concernant la variable « modulation affective », huit indices demeurent non significatifs. Ainsi, les indices relatifs aux capacités de contrôle et de gestion du stress (Lambda), à l'autocritique négative (V), à l'internalisation des affects (SumC' : WSumC) et à la volonté à composer avec les stimulations affectives (Afr) se situent dans les normes telles qu'établies par

Exner (2003a). Il en est de même pour les indices concernant le déni de la réalité (CP), l'impulsivité (FC : CF + C, C) et l'agressivité inconsciente (S).

En ce qui a trait à la variable « détresse », trois indices sont significatifs. Ainsi, des indices de faible estime et de dévalorisation de soi ($3r + (2)/R$) sont observés. Il est probable que cette personne manque d'autocritique positive (FD) et qu'elle entretienne des préoccupations excessives concernant le corps ($An + Xy$). Par ailleurs, trois indices demeurent non significatifs. Ainsi, les indices de narcissisme ($Fr + rF$), d'autocritique négative (V) et de pessimisme concernant l'image de soi (MOR) se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a).

En ce qui a trait à la variable « capacités relationnelles », quatre indices sont significatifs. Ainsi, il est probable que cette participante soit dépendante (Food), qu'elle vive un état de carence affective (T) et des difficultés relationnelles (SumH). Par ailleurs, une étude par convergence d'indices permet de poser l'hypothèse selon laquelle cette participante serait passive dans ses relations interpersonnelles (a : p). Finalement, six indices sont non significatifs. Ainsi, les indices relatifs à l'orientation (Sum Human Content) et à la perception des relations interpersonnelles (GHR : PHR) se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a). Il en est de même pour les indices d'agressivité consciente (AG) et de bienveillance (COP) perçue dans les relations, du besoin de contrôle (PER) et de l'isolement social perçu ($[Bt + (2xCl) + Ge + Ls + (2xNa) / R]$).

Tableau 3.4. Résultats de la participante 3 aux constellations du Rorschach au post-test

S-Constellation (Potentiel suicidaire)	OBS (Index Obsessionnalité)
Positif à partir de 8 items cochés - FV + VF + V + FD > 2 - Col-Shd Blends > 0 + Ego < 0,31 ou > 0,44 - MOR > 3 - Zd > +3,5 ou < -3,5 + es > EA - CF + C > FC + X= % < 0,70 - S > 3 - P < 3 ou > 8 + Pure H > 2 - R < 17 S-CON = 4 (-)	- Dd > 3 + Zf > 12 - Zd > +3,0 - Popular (P) > 7 - FQ+ > 1 Positif si au moins une des conditions suivantes est vraie : - Item 1 à 5 cochés - Au moins 2 items de 1 à 4 sont vrais et FQ+ > 3 - Au moins 3 items de 1 à 4 sont vrais et X+% > 0,89 - FQ+ > 3 et X+% > 0,89 OBS = 0 (-)
DEPI (Index de dépression)	HVI (Index d'hypervigilance)
Positif à partir de 5 items cochés - (VF + VF + V > 0) OU (FD > 2) - (Col Shd Blends > 0) OU (S > 2) + (3r + (2)/ R > 0,44 et Fr + rF = 0) OU (3r + (2)/ R < 0,33) - (Afr < 0,46) OU (Blends < 4) - (Sum Shading > FM+m) OU (SumC' > 2) + (MOR > 2) OU (2xAB + Art + Ay > 3) + (COP < 2) OU + [Bt+(2xCl)+Ge+Ls+(2xNa)] / R > 0,24 DEPI = 4 (-)	Positif si le critère 1 est vrai et au moins 4 des items suivants sont cochés: - (1) FT + TF + T = 0 + (2) Zf > 12 - (3) Zd > +3,5 - (4) S > 3 - (5) H + (H) + Hd + (Hd) > 6 - (6) (H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3 + (7) H + A : Hd + Ad < 4 : 1 - (8) Cg > 3 HVI = 2 (-)
CDI (Index Incompétence sociale)	PTI (Index Perception-Pensée)
Positif à partir de 4 items cochés : + (EA < 6) OU (AdjD < 0) - (COP < 2) et (AG < 2) - (WSumC < 2,5) OU (Afr < 0,46) + Passif > Actif + 1 + (SumT > 1) OU (Isolate/R > 0,24) OU (Food > 0) CDI = 3 (-)	Plus la somme à PTI est élevée, plus il y aurait de troubles au niveau de la pensée et de la réalité : - XA% < 0,70 et WDA < 0,75 - X-% > 0,29 - Lv2 > 2 et FAB2 > 0 + R < 17 et WSum6 > 12 OU R > 16 et WSum6 > 17 M- > 1 OU X-% > 0,40 PTI = 1 (-)

Tableau 3.4. Résultats de la participante 3 au post-test

ENSEMBLE « PERCEPTION DE SOI »	ENSEMBLE « PERCEPTION DES RELATIONS »	ENSEMBLE « AFFECTS »
Constellations	Constellations	Constellations
OBS (-)	CDI (-) et HVI (-)	DEPI (-)
Indices	Indices	Indices
$Fr + rF = 0$	a : p = 3 : 6	EB = 3 : 2,5 et $\text{Lambda} = 0,47$
$3r + (2)/R = 0,27$	Food = 0	EBPer = <i>n.s.</i>
FD = 0 et FV = 0	Sum T = 2	Shading : C'=2, Y=4, T=2, V=0
An + Xy = 3 :22	Sum Human content. = 4 et Sum H = 1	SumC' : WsumC = 2 : 2,5
MOR = 1	GHR : PHR = 3 :2	Afr = 0,83
	COP : AG = 2 :0	2 x AB + Art + Ay = 4 :22
	PER = 0	CP = 0
	[Bt + (2xCl) + Ge+ Ls+ (2xNa)/ R] = 0,27	FC : CF + C = 3:1
		C = 0
		S = 2
		Blend = 5 :22 = 0,19

Présentation des résultats de la participante 3 au post-test

En ce qui a trait aux constellations, aucune n'est significative dans le protocole de cette participante. Les indices majeurs de potentiel suicidaire (S-CON), de trouble de la pensée (PTI), de dépression chronique endogène (DEPI), de perfectionnisme (OBS), d'hypervigilance (HVI) et d'incompétence sociale (CDI) seraient donc absents en raison des cotes négatives obtenues aux constellations s'y rattachant.

En ce qui a trait à la variable « détresse », trois indices sont significatifs. Ainsi, des indices de faible estime et de dévalorisation de soi ($3r+ (2)/ R$) sont observés. Il est probable que cette participante manque d'autocritique positive (FD) et qu'elle entretienne des préoccupations excessives concernant le corps ($An+ Xy$). Par ailleurs, trois indices demeurent non significatifs. Ainsi, les indices de narcissisme ($Fr + rF$), d'autocritique négative (V) et de pessimisme concernant l'image de soi (MOR) se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a).

En ce qui a trait à la variable « capacités relationnelles », quatre indices sont significatifs. Ainsi, il est probable que cette participante soit passive ($a :p$) dans ses relations interpersonnelles et qu'elle vive un état de carence affective (T). Des indices de difficultés relationnelles (SumH) et d'isolement social perçu ($[Bt + (2xCI) + Ge+ Ls+ (2xNa)/ R]$) sont observés. Par ailleurs, six indices sont non significatifs. Ainsi, les indices relatifs à la dépendance (Food), à l'orientation (Sum Human Content) et à la perception dans relations interpersonnelles (GHR : PHR) se retrouvent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a). Il en est de même pour les indices d'agressivité consciente (AG), de bienveillance (COP) et de besoin de contrôle (PER) dans les relations interpersonnelles.

En ce qui a trait à la variable « modulation affective », cinq indices sont significatifs. Ainsi, des indices d'ambitendance (EB), d'affects retenus et étouffés (C'), d'anxiété situationnelle, de sentiments d'impuissance et d'inhibition (Y) sont observés. Il est probable que cette participante vive un état de carence affective (T) et qu'elle utilise le mécanisme d'intellectualisation plus que la plupart des gens ($2 \times AB + Art + Ay$). Par ailleurs, dix indices sont non significatifs. Ainsi, les indices relatifs aux capacités de contrôle et de gestion du stress (Lambda), à la dominance du style dans les activités de résolution de problème (EBPer), à l'autocritique négative (V) et à l'internalisation des affects (SumC' : WSumC) se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003). Il en est de même pour les indices liés à la volonté à composer avec les stimulations sociales (Afr), au déni de la réalité (CP) et à la modulation affective (FC : CF + C). Les indices d'impulsivité (C) d'agressivité inconsciente (S) et de complexité psychologique (Blends) se situent également dans les normes (Exner, 2003a).

Synthèse comparative des résultats entre le pré-test et le post-test

Concernant la variable « modulation affective », des changements significatifs sont observés pour une constellation et cinq indices. Ainsi, les résultats à la constellation dépressive (DEPI = 5/4) deviennent non significatifs au post-test. Les indices de dépression endogène chronique et de dysfonctionnement comportemental à ce sujet sont donc absents. Un changement est observé au niveau des forces du moi et de l'émotivité (EB = 3 :7/ 3 :2,5). Cette participante passe d'un style extratensif où elle pourrait être envahie par ses affects, à un pôle conflictuel ambitendant où elle présenterait des vulnérabilités aux problèmes intra et interpersonnels. Un changement est également observé en ce qui a trait à la dominance de style

dans les activités de résolution de problème (EBPer = 2,33/ n.s.); cette participante passe d'un style extratensif où les émotions sont mélangées à la pensée dans les stratégies de coping à un style indéterminé. De plus, un changement est observé en ce qui a trait à l'internalisation des affects (SumC' : WsumC = 5 :7/ 2 :2,5). Il est probable que cette participante externalise moins ses affects. Ensuite, bien que les affects dépressifs, retenus et étouffés soient toujours présents (C' = 5/2), les indices s'y rattachant sont moins nombreux. Finalement, les indices de complexité psychologique et d'hypersensibilité pouvant donner lieu à des débordements affectifs (Blend : R = 0,27/ 0,19) sont maintenant non significatifs.

Concernant la variable « modulation affective », dix indices demeurent inchangés au post-test. Ainsi, les indices concernant les capacités de contrôle et de gestion du stress (Lambda = 43%/ 47%), l'autocritique négative (V = 0/0), la volonté à composer avec les stimulations affectives et sociales (Afr = 0,57/ 0,83), le déni de la réalité (CP = 0/0), l'impulsivité (C = 0/0) et l'agressivité inconsciente non mentalisée (S = 2/ 2) demeurent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a). Toutefois, cette participante présente toujours une anxiété situationnelle, des sentiments d'impuissance et d'inhibition (Y = 4/4) ainsi que des besoins affectifs primaires (SumT = 2/2) plus grands que la moyenne des gens. Les indices concernant l'usage des mécanismes d'intellectualisation (2xAB+Art +Ay = 6 :4) demeurent au-dessus de la moyenne. Il en est de même pour les indices concernant les problèmes de modulation affective (FC : CF+C = 8 :3/ 3 :1).

Concernant la variable « détresse », aucun changement significatif entre le pré-test et le post-test n'est observé. Les indices de perfectionnisme (OBS = 0/0), de narcissisme (Fr+rF = 0/0,

d'autocritique négative ($V = 0/0$) et de pessimisme concernant l'image de soi et la réalité (MOR 1/1) demeurent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a). L'estime de soi demeure faible ($3r+(2)/R = 0,21/ 0,27$). Le manque d'autocritique positive et d'introspection (FD = 0/0) est toujours présent. Les préoccupations pour le corps demeurent excessives ($An+Xy = 3/3$).

Concernant la variable « capacités relationnelles », des changements sont observés pour trois indices. Ainsi, de nouveaux indices de passivité dans les relations interpersonnelles ($a :p = 5 :5/ 3 :6$) et de sentiment d'être isolés socialement ($[Bt+(2xCl)+Ge+Ls+(2xNa) = 0,15/ 0,27]$) sont observés. Par contre, une importante diminution des indices de dépendance affective (Food = 3/0) est remarquée. Par ailleurs, les résultats demeurent stables concernant deux constellations et sept indices. Ainsi, les indices associés à l'incompétence sociale (CDI = 3/3), à l'hypervigilance (HVI= 2/2) sont non significatifs. Il en est de même pour les indices relatifs à la perception (GHR : PHR = 2 :2/ 3 :2), à l'orientation (Sum Human Content = 4/3), à la coopération et à l'agressivité perçue dans les relations interpersonnelles COP = 1/2 et AG= 0/0), ainsi qu'au besoin de contrôle (PER = 1/0) à l'intérieur de ces dernières. Certains indices de dépendance affective (SumT= 2/2) et de difficultés relationnelles (SumH=1/1) demeurent présents.

Tableau 4.1. Caractéristiques sociodémographiques de la participante 4

Âge :	30 ans
Statut marital :	Célibataire
Enfants :	Non
Dernière année de scolarité complétée :	Secondaire IV
Occupation professionnelle :	Préposé à l'entretien ménager (en convalescence)
Diagnostic psychiatrique :	Trouble psychotique et possibilité de trouble bipolaire
Hospitalisations :	4 hospitalisations entre mai 2005 et juin 2007 : 2 séjours de 5 à 6 semaines chacun et 2 séjours de deux semaines chacun
Médication :	Lithium et Séroquel
Événements significatifs entre le pré-test et le post-test :	Épisode psychotique bref et ajustement de la médication un mois avant le post-test.
Score au DIB :	4/10 cote négative pour le diagnostic de trouble de la personnalité limite.

Stratégie de présentation des résultats

PRÉ-TEST :

- 1) Processus de traitement de l'information
- 2) Médiation cognitive
- 3) Fonctionnement idéationnel
- 4) Contrôle
- 5) Affects
- 6) Perception de soi
- 7) Perception des relations

POST-TEST

- 1) Processus de traitement de l'information
- 2) Médiation cognitive
- 3) Fonctionnement idéationnel
- 4) Contrôle
- 5) Affects
- 6) Perception de soi
- 7) Perception des relations

Tableau 4.2. Résultats de la participante 4 aux constellations du Rorschach au pré-test

S-Constellation (Potentiel suicidaire)	OBS (Index Obsessionnalité)
Positif à partir de 8 items cochés - FV + VF + V + FD > 2 + Col-Shd Blends > 0 + Ego < 0,31 ou > 0,44 - MOR > 3 - Zd > +3,5 ou < -3,5 + es > EA + CF + C > FC + X-% < 0,70 - S > 3 + P < 3 ou > 8 - Pure H > 2 + R < 17 S-CON = 7 (-)	- Dd > 3 + Zf > 12 - Zd > +3,0 - Popular (P) > 7 - FQ+ > 1 Positif si au moins une des conditions suivantes est vraie : - Item 1 à 5 cochés - Au moins 2 items de 1 à 4 sont vrais et FQ+ > 3 - Au moins 3 items de 1 à 4 sont vrais et X+% > 0,89 - FQ+ > 3 et X+% > 0,89 OBS = 0 (-)
DEPI (Index de dépression)	HVI (Index d'hypervigilance)
Positif à partir de 5 items cochés - (VF + VF + V > 0) OU (FD > 2) + (Col Shd Blends > 0) OU (S > 2) + (3r + (2)/ R > 0,44 et Fr + rF = 0) OU (3r + (2)/ R < 0,33) + (Afr < 0,46) OU (Blends < 4) - (Sum Shading > FM+m) OU (SumC' > 2) + (MOR > 2) OU (2xAB + Art + Ay > 3) - (COP < 2) OU [Bt+(2xCl)+Ge+Ls+(2xNa)] / R > 0,24 DEPI = 4 (-)	Positif si le critère 1 est vrai et au moins 4 des items suivants sont cochés : - (1) FT + TF + T = 0 + (2) Zf > 12 - (3) Zd > +3,5 - (4) S > 3 + (5) H + (H) + Hd + (Hd) > 6 + (6) (H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3 + (7) H + A : Hd + Ad < 4 : 1 - (8) Cg > 3 HVI = 4 (-)
CDI (Index Incompétence sociale)	PTI (Index Perception-Pensée)
Positif à partir de 4 items cochés : + (EA < 6) OU (AdjD < 0) - (COP < 2) et (AG < 2) + (WSumC < 2,5) OU (Afr < 0,46) - Passif > Actif + 1 - (SumT > 1) OU (Isolate/R > 0,24) OU (Food > 0) CDI = 2 (-)	Plus la somme à PTI est élevée, plus il y aurait de pensée et de la réalité : + XA% < 0,70 et WDA < 0,75 + X-% > 0,29 + Lv2 > 2 et FAB2 > 0 + R < 17 et WSum6 > 12 OU R > 16 et WSum6 > 17 + M- > 10 OU X-% > 0,40 PTI = 5 (+)

 Résultats de la participante 4 au pré-test

ENSEMBLE « AFFECTS »	ENSEMBLE « PERCEPTION DE SOI »	ENSEMBLE « PERCEPTION DES RELATIONS »
Constellations	Constellations	Constellations
DEPI (+)	OBS (-)	CDI (-) et HVI (+)
Indices	Indices	Indices
EB = 5 : 3 et Lambda = 0,08	Fr + rF = 0	a : p = 7 : 8
EBPer = 1,67	3r + (2)/ R = 0,54	Food= 0
Shading : C'=1, Y=1, T=1, V=0	FD = 1 et V = 0	Sum T = 1
SumC' : WsumC = 1 : 3	An + Xy = 0 :13	Sum Human content = 9 et Sum H = 3
Afr = 0,3	MOR = 3	GHR : PHR = 1 : 8
2 x AB + Art + Ay = 3:13		COP :AG = 2 :2
CP= 0		PER = 0
FC : CF + C = 1 : 2		[Bt + (2xCl) + Ge+ Ls+ (2xNa)/ R] = 0,15
C= 1		
S= 1		
Blend = 6 :13 = 0,47		

Présentation des résultats de la participante 4 au pré-test

En ce qui a trait aux constellations, des résultats significatifs sont obtenus à la constellation Perception-Pensée (PTI). Il est probable que cette personne présente des désordres de la pensée importants en ce qui a trait à la médiation et à l'idéation. Par ailleurs, les indices majeurs de potentiel suicidaire (S-CON), de dépression endogène chronique (DEPI), de perfectionnisme (OBS), d'hypervigilance (HVI) et d'incompétence sociale (CDI) seraient absents en raison des cotes négatives obtenues aux constellations s'y rattachant.

En ce qui a trait à la variable « modulation affective », sept indices sont significatifs. Ainsi, il est probable que cette participante soit introvertie (EB), qu'elle ait tendance à différer l'action en gardant les émotions à distance dans les activités de résolution de problème (EBPer), qu'elle soit plus sensible que la plupart des gens aux stimuli de l'environnement (Λ) et qu'elle évite les stimulations affectives (Afr). Des indices d'impulsivité (FC : CF + C & C) et de complexité psychologique (Blends) pouvant donner lieu à des débordements affectifs et à une hypersensibilité sont observés. Par ailleurs, huit indices sont non significatifs. Ainsi, les indices relatifs aux affects dépressifs (C'), à l'anxiété situationnelle (Y), à la négociation des besoins primaires (T) et à l'autocritique négative (V) se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a). Il en est de même pour les indices concernant l'internalisation des affects (SumC' : SumC), l'intellectualisation ($2 \times AB + Art + Ay$) le déni de la réalité (CP) et l'agressivité non mentalisée (S).

En ce qui a trait à la variable « détresse », deux indices sont significatifs. Ainsi, il est probable que cette participante soit égocentrique et plus centrée sur elle-même ($3r + (2)/ R$) que la plupart des gens. Des indices pessimisme concernant l'image de soi (MOR) sont également observés. Par ailleurs, quatre indices sont non significatifs. Ainsi, les indices de narcissisme ($Fr + rF$), d'autocritique positive (FD) et négative (V) et de préoccupation pour le corps ($An + Xy$) se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003).

En ce qui a trait à la variable « capacités relationnelles », deux indices sont significatifs. Ainsi, il est probable que cette participante soit passive dans ses relations interpersonnelles ($a : p$) et que sa perception de ces dernières soit pauvre (GHR : PHR). Par ailleurs, huit indices sont non significatifs. Ainsi, les indices concernant la dépendance affective (Food), la négociation des besoins primaires (T) et l'orientation dans les relations interpersonnelles (Sum Human Content & Sum H) se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a). Il en est de même pour les indices relatifs à l'agressivité consciente (AG), à la coopération (COP) et au besoin de contrôle (PER) dans les relations interpersonnelles ainsi qu'à l'isolement social perçu ($[Bt + (2xCl) + Ge + Ls + (2xNa)/ R]$).

Tableau 4.4. Résultats de la participante 4 aux constellations du Rorschach au post-test

S-Constellation (Potentiel suicidaire)	OBS (Index Obsessionnalité)
Positif à partir de 8 items cochés + FV + VF + V + FD > 2 + Col-Shd Blends > 0 - Ego < 0,31 ou > 0,44 + MOR > 3 + Zd > +3,5 ou < -3,5 + es > EA - CF + C > FC + X+% < 0,70 + S > 3 - P < 3 ou > 8 - Pure H > 2 - R < 17 S-CON = 7 (-)	Dd > 3 + Zf > 12 + Zd > +3,0 - Popular (P) > 7 - FQ+ > 1 Positif si au moins une des conditions suivantes est vraie : - Item 1 à 5 cochés - Au moins 2 items de 1 à 4 sont vrais et FQ+ > 3 - Au moins 3 items de 1 à 4 sont vrais et X+% > 0,89 - FQ+ > 3 et X+% > 0,89 OBS = 0 (-)
DEPI (Index de dépression)	HVI (Index d'hypervigilance)
Positif à partir de 5 items cochés + (VF + VF + V > 0) OU (FD > 2) + (Col Shd Blends > 0) OU (S > 2) - (3r + (2)/ R > 0,44 et Fr + rF = 0) OU (3r + (2)/ R < 0,33) + (Afr < 0,46) OU (Blends < 4) + (Sum Shading > FM+m) OU (SumC' > 2) + (MOR > 2) OU (2xAB + Art + Ay > 3) + (COP < 2) OU [Bt+(2xCl)+Ge+Ls+(2xNa)] / R > 0,24 DEPI = 6 (+)	Positif si le critère 1 est vrai et au moins 4 des items suivants sont cochés : + (1) FT + TF + T = 0 + (2) Zf > 12 + (3) Zd > +3,5 + (4) S > 3 + (5) H + (H) + Hd + (Hd) > 6 - (6) (H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3 + (7) H + A : Hd + Ad < 4 : 1 + (8) Cg > 3 HVI = 6 (+)
CDI (Index Incompétence sociale)	PTI (Index Perception-Pensée)
Positif à partir de 4 items cochés : - (EA < 6) OU (AdjD < 0) - (COP < 2) et (AG < 2) + (WSumC < 2,5) OU (Afr < 0,46) + Passif > Actif + 1 + (SumT > 1) OU (Isolate/R > 0,24) OU (Food > 0) CDI = 3 (-)	Plus la somme à PTI est élevée, plus il y aurait de troubles au niveau de la pensée et de la réalité : + XA% < 0,70 et WDA < 0,75 + X-% > 0,29 - Lv2 > 2 et FAB2 > 0 + R < 17 et WSum6 > 12 OU R > 16 et WSum6 > 17 + M- > 1 OU X-% > 0,40 PTI = 4 (+)

 Résultats de la participante 4 au post-test

ENSEMBLE « AFFECTS »	ENSEMBLE « PERCEPTION DE SOI »	ENSEMBLE « PERCEPTION DES RELATIONS »
Constellations	Constellations	Constellations
DEPI (-)	OBS (-)	CDI (+) et HVI (-)
Indices	Indices	Indices
EB= 6: 8 et Lambda = 0,27	Fr + rF = 2	a :p = 6 :11
EBPer = <i>n.s.</i>	3r + (2)/ R = 0,3	Food= 0
Shading : C'=5, Y=6, T=0, V=3	FD = 3 et V = 3	Sum T = 0
SumC' : WsumC = 5 :8	An + Xy = 0	Sum Human content = 13 et Sum H = 5
Afr = 0,43	MOR= 7	GHR : PHR = 2 :11
2 x AB + Art + Ay = 3 :33		COP :AG = 1 :2
CP=0		PER =1
FC : CF + C = 6 : 5		[Bt + (2xCl) + Ge+ Ls+ (2xNa)/ R] = 0,45
C = 0		
S= 7		
Blend = 15 :33 = 0,45		

Présentation des résultats de la participante 4 au post-test

En ce qui a trait aux constellations, des résultats significatifs sont obtenus aux index de dépression (DEPI), d'hypervigilance (HVI) et de perception-pensée (PTI). Il est probable que cette personne présente des désordres de la pensée importants, des affects dépressifs chroniques, des dysfonctionnements comportementaux ainsi que des attitudes méfiantes et négatives envers l'environnement. Par ailleurs, les indices majeurs de potentiel suicidaire (S-CON), de perfectionnisme (OBS) et d'incompétence sociale (CDI) seraient absents en raison des cotes négatives obtenues aux constellations.

En ce qui a trait à la variable « modulation affective », huit indices sont significatifs. Ainsi, il est probable que cette participante soit de nature extravertie (EB), qu'elle vive des affects dépressifs, étouffés et retenus (C'), ainsi que de l'anxiété situationnelle pouvant donner lieu à un sentiment d'impuissance et d'inhibition (Y). Des indices de prudence, de méfiance, de distance et de superficialité dans les relations affectives (T) sont observés. Des indices d'autocritique négative (V), d'évitement des stimulations affectives (Afr), d'agressivité non mentalisée (S) et de complexité psychologique (Blends) sont également remarquables. Par ailleurs, sept indices sont non significatifs. Ainsi, les indices relatifs aux capacités de contrôle et de gestion du stress (Lambda), à la dominance du style dans les activités de résolution de problème (EBPer) et à l'internalisation des affects (SumC': Sum C) se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a). Il en est de même pour les indices d'intellectualisation ($2 \times AB + Art + Ay$), de déni de la réalité (CP) et d'impulsivité (FC : CF + C & C).

En ce qui a trait à la variable « détresse », quatre indices sont significatifs. Ainsi, des indices de narcissisme ($Fr + rF$), d'autocritique positive (FD) et négative (V), de perception pessimiste (MOR) de soi sont observés. Il est probable que cette participante présente un conflit majeur au niveau de l'image de soi ($Fr + rF$ & MOR). Par ailleurs, deux indices sont non significatifs. Ainsi, les indices d'égoïsme ($3r + (2)/ R$) et de préoccupation concernant le corps ($An + Xy$) se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003).

En ce qui a trait à la variable « capacités relationnelles », quatre indices sont significatifs. Ainsi, il est probable que cette participante soit passive (a :p), superficielle, prudente, méfiante et distante dans ses relations interpersonnelles (T) et que la perception de ces dernières soit pauvre (GHR :PHR). Des indices d'isolement social perçu sont observés ($Bt + (2xCl) + Ge+ Ls+ (2xNa)/ R]$). Par ailleurs, six indices demeurent non significatifs. Ainsi, les indices de dépendance (Food) et d'orientation dans les relations interpersonnelles (Sum Human Content & SumH) se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a). Il en est de même pour les indices d'agressivité consciente (AG), de coopération (COP) et de besoin de contrôle (PER) dans les relations.

Synthèse comparative des résultats entre le pré-test et le post-test

Concernant la « modulation affective », nous observons des changements significatifs en ce qui a trait à une constellation et à dix indices. Ainsi, cette participante obtient une cote positive à la constellation dépressive (DEPI = 4/6) au post-test. De nouveaux indices concernant des affects dépressifs ainsi que des perturbations comportementales et émotionnelles importantes sont remarqués. Des changements sont observés en ce qui a trait aux forces du moi

et à l'émotivité ($EB = 5 : 3 / 6 : 8$). En effet, la participante passe d'un style introverti où elle contrôlerait trop ses affects à un style extraverti. Un changement est également observé en ce qui a trait à la dominance de style dans les activités de résolution de problème. Cette participante passe d'un style introversif où les émotions sont mises à distance dans les processus de décision et dans les activités de coping, à un style non déterminé selon les normes établies par Exner (2003a) ($EBPer = 1,67 / n.s.$). Les indices relatifs aux affects dépressifs, retenus et étouffés ($C' = 1/5$ & $SumC' : WSumC = 1 : 3 / 5 : 8$), à l'anxiété situationnelle, aux sentiments d'impuissance et d'inhibition ($Y = 1/6$), à l'autocritique négative ($V=0/3$) et à la superficialité dans les relations intimes ($T = 1/0$) deviennent significatifs au post-test, alors qu'ils ne l'étaient pas au pré-test. Il est probable que cette personne se sente plus déprimée et anxieuse et qu'elle vive plus d'affects douloureux qu'au moment du pré-test. Ensuite, des changements sont observés en ce qui a trait à l'impulsivité ($FC : CF + C = 1 : 2 / 6 : 5$ & $C = 1/0$). Il est probable que cette participante soit moins impulsive qu'auparavant. Finalement, une augmentation des indices d'agressivité inconsciente non mentalisée ($S = 1/7$) est observée.

En ce qui a trait à la variable « modulation affective », cinq indices demeurent inchangés. Ainsi, cette participante reste plus sensible aux stimuli de son environnement ($\Lambda = 8\% / 27\%$) lorsque comparé à la moyenne des gens. Les indices de grande complexité psychologique ($Blend : R = 0,47 / 0,45$) et d'évitement des stimulations affectives et sociales ($Afr = 0,3 / 0,43$) demeurent présents. Les indices concernant l'usage des mécanismes d'intellectualisation ($2xAB+Art+Ay = 3/3$) et le déni de la réalité ($CP = 0/0$) se situent toujours dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a).

Concernant la variable « détresse », nous observons des changements pour cinq indices. Ainsi, de nouveaux indices de narcissisme ($Fr+rF = 0/2$), de sentiment de culpabilité, d'infériorité et de honte ($V = 0/3$), d'affects douloureux ($FD = 1/3$), de pessimisme et de conflit majeur au niveau de l'image de soi ($MOR = 3/7$ et $Fr+rF = 0/2$) sont observés. De plus, une diminution des indices d'égoïsme ($3r+(2)/R = 0,54/0,3$) est remarquée. Par ailleurs, les indices relatifs au perfectionnisme ($OBS = 0/0$) et aux préoccupations concernant le corps ($An+Xy = 0/0$) demeurent inchangés et se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a).

Concernant la variable « capacités relationnelles », nous observons des changements concernant une constellation et trois indices. Cette participante obtient une cote positive à la constellation d'hypervigilance ($HVI = 4/6$) au post-test, alors que cette cote était négative au pré-test. Des indices de passivité ($a:p = 7:8/6:11$), de méfiance et de superficialité ($SumT = 1/0$) dans les relations sociales sont observés. De nouveaux indices d'isolement social perçu et de difficultés à maintenir des relations interpersonnelles ($[Bt+(2xCl)+Ge+Ls+(2xNa)/R] = 0,15/0,45$) sont remarqués.

En ce qui a trait à la variable « capacités relationnelles », aucun changement significatif entre le pré-test et le post-test n'est observé en ce qui a trait à une constellation et à sept indices. Ainsi, les résultats obtenus à l'index d'incompétence sociale ($CDI = 2/3$) demeurent stables et non significatifs. Il en est de même pour les indices de dépendance affective ($Food = 0/0$), d'intérêt pour les relations interpersonnelles ($Human\ Cont. = 9/13$ & $SumH = 3/5$) et de besoin de contrôle ($PER = 0/1$) dans les relations interpersonnelles. La perception des relations demeure pauvre

(GHR : PHR = 1 :8/ 2/11). Les indices de coopération (COP = 2/1) et d'agressivité (AG = 2/2) dans les relations se situent dans les normes telles qu'établies par Exner (2003a).

RETOUR SUR LES QUESTIONS DE RECHERCHE

1.1. *Quels changements seront observés au niveau de la modulation affective des participantes après huit mois de suivi au programme d'intervention intégré Masterson/Linehan?*

Tableau 5.1. Synthèse comparative des résultats²¹ concernant l'ensemble « affects »

Indices	Participant 1 : Dx de trouble de la personnalité limite		Participant 2 : Dx de trouble de la personnalité limite		Participant 3 : Dx de dépression		Participant 4 : Dx de troubles psychotiques	
	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test
DEPI	1	4	5	3	5	4	4	6
EB	04:02	<i>n.s.</i>	6 : 11,5	06:06	03:07	03:02,5	5:3	6:8
Lambda	7%	60%	8%	16%	43%	47%	8%	27%
EBPer	2	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	2,33	<i>n.s.</i>	1,67	<i>n.s.</i>
C'	2	3	5	6	5	2	1	5
Y	2	1	4	0	4	4	1	6
T	0	1	1	2	2	2	1	0
V	0	0	3	2	0	0	0	3
SumC' : WSumC	2 : 2	3 : 1,5	5 : 11,5	6 : 6	5 : 7	2 : 2,5	1 : 3	5 : 8
Afr	0,5	0,45	0,65	0,71	0,57	0,83	0,3	0,43
2(AB+Art+Ay)	2:15	2 :16	2 :28	2 :29	6 :33	4 :22	3:13	3 :33
CP	0	0	0	0	0	0	0	0
FC : CF + C	4: 0	3:0	1:11	2 :5	8:3	3:1	1: 2	6 : 5
C	0	0	0	0	0	0	1	0
S	0	0	8	4	2	2	1	7
Blend	5: 15	3 :16	13:28	11 : 29	9 :33	5 : 22	6 :13	15 :33

²¹ Les résultats en caractère gras font référence aux différences significatives obtenues aux indices étudiés entre le pré-test et le post-test.

1.2. *Quels changements seront observés au niveau de la détresse psychologique des participantes après huit mois de suivi au programme d'intervention intégré Masterson/Linehan?*

Tableau 5.2. Synthèse comparative des résultats concernant l'ensemble « perception de soi »

Indices	Participant 1		Participant 2		Participant 3		Participant 4	
	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test
OBS	0	0	0	0	0	0	0	0
Fr + rF	0	0	2	2	0	0	0	2
3r + (2)/R	0,53	0,56	0,5	0,45	0,21	0,27	0,54	0,3
FD	1	1	1	1	0	0	1	3
V	0	0	3	2	0	0	0	3
An + Xy	1 :15	1 :16	3 :28	2 :29	3 :33	3 :22	0:3	0:33
MOR	1	0	6	2	1	1	3	7

1.3. *Quels changements seront observés au niveau des capacités relationnelles des participantes après huit mois de suivi au programme d'intervention intégré Masterson/Linehan?*

Tableau 5.3. Synthèse comparative des résultats concernant l'ensemble « perception des relations »

Indices	Participant 1		Participant 2		Participant 3		Participant 4	
	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test	Pré-test	Post-test
CDI	4	4	3	2	3	3	2	3
HVI	1	0	2	5	2	2	4	6
a : p	3 : 7	2 : 2	10 :7	11 :6	5 :5	3 : 6	7 : 8	6 :11
Food	0	0	0	1	3	0	0	0
Sum T	0	1	1	2	2	2	1	0
Sum Human content	4	3	10	13	4	4	9	13
SumH	4	2	6	5	1	1	3	5
GHR : PHR	2 : 3	1 : 2	4 : 6	8 : 5	2 : 2	3 : 2	1 : 8	2 : 11

COP	2	1	4	2	1	2	2	1
AG	1	0	1	2	0	0	2	2
PER	0	0	1	1	1	0	0	1
[Bt+(2xCl)+Ge+Ls+(2xNa)/ R]	0,24	0,25	0,25	0,21	0,15	0,27	0,15	0,45

CONCLUSION

Nous observons des changements hétérogènes pour l'ensemble des participantes. Il semble difficile a priori d'affirmer ou d'infirmer une évolution positive ou négative du fonctionnement psychologique de ces personnes. Néanmoins, il est clair que des changements dynamiques dans les représentations psychiques sont observés chez chacune d'entre elles. Nous discuterons donc de cette question dans la prochaine section.

Discussion

L'objectif de cette étude a été de vérifier la présence de changements au niveau du fonctionnement psychologique en ce qui a trait à la modulation des affects, la détresse et les capacités relationnelles des participantes, en regard des indices et des constellations au Rorschach, après huit mois de participation au programme d'intervention intégré Masterson/Linehan.

D'abord, un bref retour sur les résultats sera effectué et ces derniers seront mis en lien avec les études actuelles. Ensuite, nous aborderons une réflexion sur les concepts de mentalisation (Fonagy et Bateman, 2004; Kernberg, 1997; Bergeret, 1991, cité dans De Tichey, Diwo & Dollander, 2000; Debray, 1991) et de régression (Kernberg, 1997; Masterson, 1975) en fonction des résultats particuliers obtenus par la participante 2. Des hypothèses concernant le fonctionnement psychologique et la structure de personnalité de cette participante seront posées. Aussi, une réflexion sur les forces et les limites de l'étude sera abordée. Enfin, cette section se termine par une analyse des conséquences et retombés possibles de cette recherche.

Notez que nous avons délibérément mis de côté les résultats de la participante 4. Parmi les données sociodémographiques de cette participante, nous retrouvons un épisode psychotique bref ainsi qu'un ajustement de la médication un mois avant la passation du post-test. De ce fait, les résultats s'apparentent beaucoup à une grande fragilité maniaque et/ou psychotique ainsi qu'à

un état de décompensation. Pour cette raison, les résultats sont inscrits dans les tableaux résumés, toutefois, ils ne font l'objet d'aucune interprétation plus approfondie.

RETOUR SUR LES RÉSULTATS ET LIEN AVEC LA LITTÉRATURE

Cette section se divise en trois parties en fonction des trois variables étudiées. Un bref retour sur les résultats est effectué et ces derniers sont mis en lien avec les études actuelles. À ce sujet, Gaudriault (2008) a tenté de mieux saisir la nature des changements psychiques pouvant être observés en cours de traitement chez des patients bénéficiant de services de psychothérapie analytique. Il conclut que l'intérêt du Rorschach réside dans la possibilité de mettre en lumière les changements individuels et singuliers dans le mode de fonctionnement psychologique d'une personne au cours d'une démarche en psychothérapie. Par ailleurs, Gullstead (1986) questionne lui aussi la nature des changements observés au Rorschach en cours de traitement. Ainsi, il s'interroge à savoir si les changements constatés au moment d'un post-test doivent nécessairement être interprétés comme des améliorations du fonctionnement psychologique. Par exemple, la disparition d'un conflit psychique au retest n'implique pas nécessairement la résolution de ce dernier. Les notions de mouvement et d'économie psychique prennent ici tout leur sens. Ainsi, la disparition, au post-test, d'un conflit intrapsychique présent au pré-test, peut donner lieu à une rigidification des défenses. Il en est de même pour des changements adaptatifs pouvant se produire au détriment de l'accessibilité à la vie émotionnelle. Bref, l'intégration des conflits psychiques apparaît difficile à quantifier sur une échelle de mesure et elle ferait davantage référence à l'équilibre interne d'un individu. Pour ces raisons, nous aborderons les résultats

obtenus dans la présente étude en termes de changements plutôt qu'en terme d'amélioration ou d'aggravation.

Variable « modulation affective »

Concernant la variable « modulation affective », certains indices demeurent inchangés pour l'ensemble des participantes. Ainsi, le niveau de honte et d'autocritique négative (Sum V), d'intellectualisation [2(AB+Art+Ay)] et d'intérêt à composer avec les stimulations affectives (Afr) reste sensiblement stable pour chacune des participantes. De plus, il n'y a aucun indicateur de déni de la réalité (CP). L'absence de changements concernant ces indices va dans le même sens que l'étude menée par Silverstein (2007) auprès d'un patient dépressif ayant entrepris une démarche de psychothérapie d'une durée de quatre années. Ces résultats vont également dans le même sens que l'étude menée par Abraham, Finkelberg, Lepisto, Lewis et Schultz, (1994) auprès d'adolescents présentant un diagnostic de trouble psychotique ou de désordres affectifs. Ces derniers ayant suivi des thérapies de groupe et familiales durant une prise en charge en foyer d'accueil pendant deux années.

À la question de recherche concernant la variable « modulation affective », nous retenons plusieurs changements notables :

1. Passage d'un style intro ou extratensif vers un pôle conflictuel ambitendant (EB)

(participantes²² 2 et 3) : L'indice EB est associé aux forces du Moi et à l'émotivité. Bien qu'il soit

²² Rappel :

Participante 1 et 2 : diagnostic de trouble de la personnalité limite;

Participante 3 : diagnostic de dépression majeure; Participante 4 : diagnostic de troubles psychotique et bipolaire.

souvent considéré comme une caractéristique psychologique relativement stable de la personnalité, certaines variations de style (introversif, extratensif ou ambitendant) peuvent survenir de façon temporaire ou permanente. Selon Exner (1995), un stress inhabituel ou prolongé pourrait provoquer une altération transitoire du style, alors qu'une psychothérapie devrait provoquer des modifications plus durables. De plus, le style ambitendant serait associé à une plus grande vulnérabilité aux problèmes intra et interpersonnels. De façon générale, des résultats contraires à ceux obtenus sont observés dans les études répertoriées (Exner & Weiner, 1991; Exner & Andronikof-Sanglade, 1992; Abraham, Finkelberg, Lepisto, Lewis et Schultz, 1994). La psychothérapie permet habituellement aux patients d'évoluer de l'ambitendance vers un style déterminé d'introversion ou d'extraversion et non l'inverse. Toutefois, les résultats de notre étude concernant l'indice EB convergent avec les recherches longitudinales de Silverstein (2007), où un patient dépressif passe d'un style introversif à un pôle conflictuel ambitendant, et ce, deux années après la fin d'une thérapie ayant duré quatre années. Il nous apparaît pertinent ici de poser l'hypothèse selon laquelle le passage d'un style intro ou extratensif à un pôle conflictuel ambitendant pourrait être attribuable à la mise à jour, en cours de traitement, de conflits pouvant être travaillés durant le processus de psychothérapie.

2. Diminution des indicateurs de dépression (participante 3) : Des changements sont observés en ce qui a trait aux résultats obtenus à la constellation dépressive (DEPI), aux indices d'affects dépressifs (C'), d'internalisation des affects (SumC' : WsumC) et de complexité psychologique (Blends). Ces résultats vont dans le même sens que les études menées par Weiner (1991), Andronikof (1992), Abraham, Finkelberg, Lepisto, Lewis et Schultz (1994), où une

diminution significative des indices de dépression est observée chez plusieurs patients psychiatisés ou non ayant suivi une thérapie à court terme d'approche gestaltiste ou behaviorale ou une psychothérapie à long terme d'approche psychodynamique, systémique ou de groupe.

3. Diminution des indices d'anxiété situationnelle et de sentiment d'impuissance (participantes 1 et 2) : Les participantes ayant un diagnostic de trouble de la personnalité limite présentent une diminution des indices relatifs à l'anxiété situationnelle et au sentiment d'impuissance (SumY), au terme des huit mois de participation au programme intégré Masterson/Linehan. Ces résultats vont dans le même sens que plusieurs études actuelles concernant les changements obtenus au terme d'une démarche de psychothérapie allant d'une durée de deux à quatre années chez des patients dépressifs ou sans pathologies spécifiques (Terlidou, Moschonas, Kakitsis, Manthouli, Moschona, & Tsegos, 2004; Silverstein, 2007).

4. Changements concernant la modulation affective (participantes 1 et 2) : La participante 1 apparaît comme étant davantage portée à vivre les émotions à l'intérieur d'elle-même (SumC' : WsumC), alors que la participante 2 apparaît comme nettement moins impulsive en ayant moins tendance à externaliser ses affects (FC: CF + C). Nous avons répertorié peu d'études concernant l'indice relatif à la modulation affective. Toutefois, nous constatons que les résultats de la participante 2 vont dans le sens inverse de l'étude menée par Silverstein (2007), où le rapport SumC' : WsumC demeure stable au post-test.

5. Changements en ce qui a trait à la superficialité et la dépendance affective

(participantes 1 et 2): Nous observons des changements opposés pour les participantes 1 et 2 en ce qui trait à la superficialité et la dépendance affective (FT). En effet, les indices de la participante 1 nous permettent de conclure en une meilleure négociation des besoins affectifs primaires et en une diminution de la superficialité dans les relations affectives et intimes. Ces résultats vont dans le même sens que les études menées par Exner et Weiner (1991) ainsi qu'Exner et Andronikof (1992) concernant les changements observés suite à une démarche de psychothérapie allant de trois mois à quatre années. Toutefois, la participante 2 présente une augmentation des indices relatifs à la dépendance affective, ce qui va dans le sens inverse des études actuelles (Exner & Weiner, 1991; Exner & Andronikof, 1992; Abraham, Finkelberg, Lepisto, Lewis et Schultz, 1994; Silverstein, 2007). Nous approfondirons ces résultats dans la section portant sur les concepts de mentalisation et de régression. Pour le moment, rappelons simplement que selon Gaudriault (2008), les changements observés en psychothérapie ne sont pas analogues pour tous les patients et que les façons d'accéder au monde interne sont uniques à chacun. Ainsi, cet auteur constate lui aussi dans ses recherches, que certains résultats obtenus au Rorschach ne sont pas homogènes pour tous les patients.

6. Changements en ce qui a trait au contrôle des affects (participantes 1 et 2) :

Nous observons des changements significatifs en ce qui a trait au contrôle des affects tant pour la participante 1 (Lambda) que pour la participante 2 (FC : CF + C). Ces résultats vont dans le même sens que les études actuelles (Exner & Weiner, 1991; Exner & Andronikof, 1992; Abraham, Finkelberg, Lepisto, Lewis et Schultz, 1994; Singh, 2008) où des patients sans diagnostic

spécifique ou présentant un diagnostic de dépression, de psychose ou de désordre affectif présente une meilleure modulation affective au terme d'une démarche de psychothérapie allant d'une durée de quatre mois à quatre années.

7. Diminution des indices d'agressivité non mentalisée (participante 2) : Nous observons une diminution des indicateurs d'agressivité inconsciente (S) chez la participante 2. Ces résultats vont dans le même sens que les études menées par Andronikof (1992) auprès de 35 patients ayant entrepris une démarche de psychothérapie à court terme d'une durée allant de huit à douze mois. Selon nous, la diminution des indices d'agressivité non mentalisée pourrait être reliée au développement de la mentalisation chez cette participante. Nous approfondirons ce concept dans la section portant sur les concepts de régression et de mentalisation.

De façon générale, les résultats obtenus à certains indices (Lambda, FC : CF + C, S, SumY) permettent de conclure en plusieurs changements significatifs au niveau du fonctionnement psychologique des participantes. Ces résultats convergent avec ceux de quelques études actuelles (Exner & Weiner, 1991; Exner & Andronikof, 1992; Abraham, Finkelberg, Lepisto, Lewis et Schultz, 1994; Silverstein, 2007; Singh, 2008) selon lesquelles une démarche en psychothérapie allant de quatre mois à quatre années permet d'observer des changements significatifs en ce qui a trait au fonctionnement psychologique et à la gestion des affects. Toutefois, d'autres indices (SumT, EB, Food) pourraient nous porter à conclure en une amplification de la détresse émotionnelle chez certaines participantes. Cependant, il est probable que cette détresse puisse rendre compte d'une plus grande ouverture à la poursuite d'un travail

psychothérapique plus en profondeur. Ainsi, selon nous, le développement d'une vulnérabilité associée au style ambitendant chez les participantes 2 et 3 pourrait être un effet du développement de la mentalisation, alors que l'augmentation des indices de dépendance de la participante 2 pourrait être associée à un phénomène de régression. Nous aborderons donc ces deux concepts de façon plus approfondis dans la section portant sur les concepts de régression et de mentalisation.

Variable « détresse »

À la question de recherche concernant la variable « détresse », peu de changements sont observés, et ce, en raison de la nature plus stable des caractéristiques de la personnalité associées aux indices étudiés de l'ensemble « perception de soi » au Rorschach.

En excluant les résultats de la participante 4 en raison de ses vulnérabilités psychotiques et/ou maniaques, nous remarquons une absence de changements concernant presque tous les indices de l'ensemble « perception de soi » au Rorschach. Ainsi, les participantes 1, 2 et 3 maintiennent un niveau stable de perfectionnisme (OBS), de narcissisme ($Fr + rF$), d'égoïsme ($3r + (2)/R$), d'autocritique positive (FD) et négative (V). Ces résultats vont dans le même sens que l'étude menée par Silverstein (2007), où tous ces indices demeurent stables au moment du retest, soit deux années après une thérapie d'une durée de quatre années.

Par ailleurs, selon Exner (1995), les réponses reflètes ($rF + Fr$) apparaissent comme stables dans les protocoles d'adultes. Les études menées par Exner et Weiner (1991) ainsi que

par Exner et Andronikof (1992) permettent également de conclure à l'évidence selon laquelle les caractéristiques narcissiques associées aux réponses de type reflet ne changent ni facilement ni rapidement, et ce, même au terme d'une démarche de psychothérapie.

Ensuite, Exner (2003c) considère l'indice d'égoцентризм ($3r + (2)/R$) comme un trait de personnalité plutôt que comme une variable situationnelle. Toutefois, selon Exner (1993), Exner et Weiner (1991) ainsi qu'Exner et Andronikof-Sanglade (1992), l'index d'égoцентризм tend à se rapprocher d'une valeur centrale après l'entreprise d'une démarche en psychothérapie, ce qui indiquerait qu'une personne présente une appréciation d'elle-même ni excessivement basse, ni excessivement élevée. Gaudriault et Guilbaud (2005), ont observé cette tendance dans l'évolution, en cours de traitement, de patientes boulimiques. Or, nous constatons que les résultats de la participante 1 et 2 se retrouvaient déjà près d'une valeur centrale au pré-test, ce qui pourrait expliquer l'absence de changement significatif à cet index.

Les résultats obtenus vont également dans le même sens que l'étude de Perry, McDougall et Viglione (1995). Ces auteurs ont mené une recherche dans le but d'évaluer la stabilité temporelle de l'*Ego Impairment Index* (EII) du Rorschach. Cet index est composé de cinq variables mesurées au moyen du Rorschach, soit le testing de la réalité, le raisonnement logique, les distorsions cognitives et l'inadéquation des défenses. Ainsi, Perry, McDougall et Viglione (1995) ont constaté une stabilité temporelle en ce qui a trait à cet index après avoir administré le test de Rorschach à 17 patients à cinq années d'intervalle. Les auteurs concluent que l'EII représente un noyau stable des troubles psychologiques et des symptômes de détresse au-delà

des mesures auto-rapportées. Ainsi, les patients peuvent se sentir moins en détresse, tout en ne présentant aucun changement significatif aux indices de Rorschach.

Variable « capacités relationnelles »

En ce qui a trait à la variable « capacités relationnelles », plusieurs indices demeurent inchangés pour les participantes 1, 2 et 3. Ainsi, le niveau d'incompétence relationnelle (CDI), de difficulté relationnelle (Sum Human Content) et d'hypervigilance, l'orientation interpersonnelle (SumH), la perception bienveillante des relations (COP) et le niveau de contrôle à l'intérieur de ces dernières (PER) demeurent stables. Ces résultats vont dans le même sens que ceux obtenus dans l'étude longitudinale menée par Silverstein (2007) où ces indices demeurent stables après une psychothérapie à long terme.

À la question concernant la variable « capacités relationnelles », nous retenons plusieurs changements notables :

1) Augmentation des indices de passivité dans les relations interpersonnelles, augmentation des indices d'isolement social perçu et diminution des indices de dépendance (participante 3) : Nous avons répertorié peu d'études concernant ces indices (a :p, Food, [Bt+(2xCl)+Ge+Ls+(2xNa)/ R]). Toutefois, la diminution des indices de dépendance va dans le même sens que les résultats souhaités, l'augmentation de la passivité dans les relations interpersonnelles va dans le même sens que l'étude menée par Silverstein (2007) et l'augmentation de l'isolement social perçu va à l'encontre de cette même étude où cet indice demeure stable chez un patient dépressif ayant entrepris une démarche de psychothérapie d'une durée de quatre années.

2) Diminution des indices de passivité et de superficialité dans les relations interpersonnelles (participante 1) : La participante 1 présente une diminution considérable des indices relatifs à la passivité et à la superficialité dans les relations interpersonnelles. Ces résultats vont dans le même sens que les études actuelles (Exner & Weiner, 1991; Exner & Andronikof, 1992; Abraham, Finkelberg, Lepisto, Lewis et Schultz, 1994).

3) Augmentation des indices de dépendance et de d'agressivité dans les relations interpersonnelles (participante 2) : De son côté, la participante 2 présente une augmentation des indices relatifs à la dépendance (SumT et Food) et à l'agressivité; (Ag) dans les relations interpersonnelles. Habituellement, au terme d'une démarche de psychothérapie, le nombre de réponses *Texture* diminue lorsqu'il était supérieur à un et il en va de même pour le nombre de réponses *Food* lorsqu'il était supérieur à zéro (Exner & Weiner, 1991; Exner & Andronikof, 1992; Abraham, Finkelberg, Lepisto, Lewis et Schultz, 1994). Les résultats obtenus vont donc dans le sens inverse des études actuelles. Toutefois, l'augmentation du nombre de réponses *Food* de la participante 2 converge avec l'étude de Silverstein (2007) où une augmentation de cet indice de dépendance est observée au post-test auprès d'un patient dépressif.

De façon générale, certains résultats obtenus par les participantes présentant un diagnostic de trouble de la personnalité limite retiennent notre attention. La participante 1 présente des changements significatifs dans son fonctionnement interpersonnel. Toutefois, la participante 2 présente un tableau clinique pouvant à nouveau être associé à un phénomène de régression, en raison de l'augmentation des indices relatifs à la dépendance et à l'agressivité

dans les relations interpersonnelles. Les thèmes de la régression et de la mentalisation seront donc abordés dans la prochaine section.

PERSPECTIVE DE RÉGRESSION ET DE MENTALISATION

Cette section vise à approfondir la compréhension de certains résultats obtenus par la participante 2, résultats allant à l'encontre de ce qui est rapporté dans les études actuelles (Exner & Weiner, 1991; Exner & Andronikof, 1992; Abraham, Finkelberg, Lepisto, Lewis et Schultz, 1994; Silverstein, 2007). D'abord, nous aborderons des hypothèses concernant le fonctionnement psychologique et la structure de personnalité de cette participante, et ce, en nous basant sur certains indices au Rorschach ainsi que sur les théories du narcissisme selon Bergeret (1996; 2008) et Kernberg (1997). Il importe ici de rappeler le caractère exploratoire de cette étude ainsi que la nature hypothétique des explications qui seront apportées. Ensuite, nous relierons les résultats obtenus à des éléments théoriques sur les phénomènes de régression (Masterson, 1975; Kernberg, 1980; 1989) et de mentalisation (Debray, 1991; De Tichey, Diwo & Dollander, 2000; Fonagy & Bateman, 2004). Cette section se termine par de courtes réflexions sur la régression selon Kernberg (1980), sur le lien entre la régression et la morbidité selon Chabert (1998b), ainsi que sur le mouvement des représentations psychiques au Rorschach selon Gaudriault (2008).

Nous avons observé chez la participante 2 un niveau élevé d'égoïsme ($3r + (2)/R = 0,5/0,45$) et de narcissisme ($Fr + rF = 2/2$). Selon Bergeret (1996; 2008) et Kernberg (1997), la

pathologie ou le caractère narcissique est caractéristique des troubles limites de la personnalité. Plus précisément, Kernberg (1997) positionne les pathologies de la personnalité limite sur un continuum allant d'un échelon supérieur à un échelon inférieur en fonction des mécanismes de défense mobilisés par la personne. Selon cet auteur, la pathologie narcissique se situe à l'échelon inférieur sur le continuum de la pathologie limite²³.

Aux indices d'égoïsme et de narcissisme s'ajoutent un maintien des affects dépressifs, ($C' = 5/6$), ainsi que des sentiments de honte et de culpabilité ($V = 3/2$). De plus, bien que les indices d'agressivité non mentalisée aient diminué ($S = 8/4$) au post-test, ils demeurent présents de façon significative. Aussi, une augmentation des indices d'agressivité ($Ag = 1/2$) consciente est observée. Par ailleurs, les données sociodémographiques de la participante 2 nous permettent de retracer deux hospitalisations peu de temps avant son admission à la maison d'hébergement l'Arrêt-Source, et ce, suite à des affects dépressifs, des comportements automutilants et des idéations suicidaires. Un bref séjour en centre de crise en raison d'idéations suicidaires est également retracé durant son hébergement à l'Arrêt-Source. Tous ces indices nous amènent à poser une hypothèse en lien avec le concept d'auto-destructivité primitive caractéristique des structures dépressives avec tendance masochiste telles que définies par

²³ Kernberg (1997) emploie les termes « organisation limite de la personnalité » pour définir une organisation durable de la personnalité qui n'est ni psychotique, ni névrotique. L'organisation limite se caractérise en outre par un ensemble de symptômes et de manifestations défensives du Moi, par une pathologie des relations d'objet internalisé et par des traits génétiques et dynamiques caractéristiques. Une faiblesse du Moi est également observée chez ces personnes qui présenteraient un manque de tolérance à l'angoisse, une lacune en ce qui a trait au contrôle pulsionnel et des difficultés au niveau du développement des voies de sublimation. Ainsi, force est de constater que, concernant l'organisation limite de la personnalité, les positions de Kernberg diffèrent de celles de Mataron (1975) et de Linehan (1993).

Kernberg (1997). Selon cet auteur, les personnes présentant une personnalité masochiste d'échelon inférieur peuvent faire des passages à l'acte tant auto qu'hétéro agressif. Les tentatives suicidaires impulsives ainsi que les automutilations seraient caractéristiques de ces personnes masochistes chez qui les affects dépressifs seraient moins intenses que les patients d'échelon supérieur, en raison des passages à l'acte qui soulageraient l'angoisse.

De ces courtes descriptions concernant les pathologies narcissiques et autodestructives pouvant être associés à certaines caractéristiques de la personnalité de la participante 2, nous pouvons nous demander comment expliquer l'apparition au post-test, de plusieurs indices de dépendance (SumT = 1/2 et Food = 0/1) et d'agressivité consciente (AG = 1/2) dans les relations, indices qui étaient non significatifs au pré-test.

Selon nous, la diminution des indices d'agressivité inconsciente (S = 8/4) ainsi que l'augmentation des indices d'agressivité consciente (AG = 1/2) pourraient être associées à une meilleure habileté à mettre en mot des contenus agressifs, ainsi qu'au développement de certaines capacités de mentalisation. Les difficultés à mentaliser sont importantes chez les personnes présentant un trouble de la personnalité et plusieurs thérapies sont basées sur le développement de la mentalisation afin de diminuer les passages à l'acte (Kernberg, 1997; Fonagy & Bateman, 2004). La notion de passage à l'acte, associée à la « mise en acte de conflits » (Laplanche & Pontalis, 1988) et à un « défaut de contenance psychique » (Rouart, 1968) est intimement liée à la notion de mentalisation. À ce sujet, De Tichey, Diwo et Dollander (2000) ont repris les travaux de Bergeret (1991) pour définir la mentalisation comme « une attitude où

l'imaginaire est traité, élaboré, utilisé en tant qu'imaginaire, c'est-à-dire sur le plan des représentations qui restent dans le domaine mental ». À ceci, Debray (1991) ajoute que « la mentalisation ne porte pas seulement sur les conflits intrapsychiques, mais aussi sur les conflits interpersonnels ». Ainsi, la diminution des indices d'agressivité non mentalisée et l'augmentation des indices d'agressivité consciente dans les relations interpersonnelles pourraient être associées à un processus de mentalisation. Cette hypothèse pourrait en outre expliquer le maintien de plusieurs caractéristiques dépressives chez la participante. En effet, lorsque l'agressivité est mentalisée plutôt qu'agie, les affects dépressifs peuvent devenir plus importants (Kernberg, 1997).

De plus, Kernberg (1989) soulève les résistances au transfert de dépendance chez les personnes présentant une pathologie du narcissisme. Or, les indices d'égoïsme ($3r + (2)/R = 0,5/0,45$) et de narcissisme ($Fr + rF = 2/2$) sont demeurés stables pour la participante 2, toutefois des indices de dépendance ($SumT = 1/2$ et $Food = 0/1$) sont apparus. Dans l'optique d'une dynamique narcissique, ces indices de régression pourraient eux aussi constituer un changement important pour la participante, car ils signifieraient que les défenses contre la dépendance seraient moins fortes.

Ensuite, selon Kernberg (1989), le phénomène de régression peut se caractériser par des réactions thérapeutiques négatives pouvant être à l'origine d'impasses dans le traitement. Toutefois, il aborde la régression en termes d'absence de changements plutôt que de considérer le phénomène comme une aggravation de l'état du patient telle qu'elle pourrait se présenter dans

le transfert. Cette approche va dans le même sens que les idées de Gaudriault (2008). En effet, cet auteur aborde les résultats lors d'étude test-retest au Rorschach en terme de changements et de mouvement des représentations au cours de la psychothérapie verbale, plutôt que de faire allusion à des améliorations ou à des aggravations dans le mode de fonctionnement psychologique. Kernberg (1989) identifie trois éléments pouvant être à l'origine des comportements régressifs ou des impasses thérapeutiques : 1) sentiment inconscient de culpabilité; 2) besoin de détruire ce qui est reçu du thérapeute, en raison de l'envie inconsciente qui est éprouvée à son égard; 3) besoin de détruire le thérapeute en tant que bon objet, du fait de l'identification inconsciente du patient à un objet primitif sadique qui exige la soumission et la souffrance comme condition minimale de la préservation d'une relation importante.

Par ailleurs, les résultats obtenus par la participante 2 pourraient être considérés comme souhaitables et logiques si nous tenons compte du suivi individuel d'approche psychodynamique (Masterson, 1975) qu'a suivi cette participante durant les huit derniers mois. Selon Masterson (1976, 1981, 1988; Masterson & Klein, 1988; Masterson et al., 1991) la confrontation des défenses est une intervention privilégiée dans le traitement des troubles de la personnalité borderline. Elle vise à rendre les défenses primaires égodystones²⁴ afin de diminuer les projections et le déni. La confrontation des comportements inappropriés et des défenses inadéquates amène le patient à prendre conscience des conséquences néfastes qui leur sont associées. Ceci provoque la dépression d'abandon où il devient possible de travailler et de

²⁴ Le terme « égodystone » fait référence à des comportements, des valeurs ou des sentiments qui sont en dysharmonie avec l'ego ou incompatible avec un idéal de l'image de soi. À l'égosyntonie s'oppose l'égodystonie, qui fait référence à des comportements, des valeurs ou des sentiments qui sont en harmonie avec l'ego ou compatibles avec un idéal de l'image de soi. (Mosby's Medical Dictionary, 2009).

contenir les affects primaires pour ainsi augmenter l'activation autonome et assister à l'émergence du soi réel ainsi qu'à une forme de restructuration intrapsychique (Bessette, 2007; Masterson, 1988; Roberts, 1997). Selon Roberts (1997), le processus clinique vise à augmenter les ressources intrapsychiques du patient afin qu'il puisse renoncer à ses défenses pour vivre l'expérience de dépression d'abandon en autorégulant ses émotions et en expérimentant des affects plus tempérés. Par ailleurs, si la confrontation des défenses primitives déclenche la dépression d'abandon et que cette dernière donne lieu à l'expression d'affects primaires telles la colère et la rage, ceci pourrait expliquer l'augmentation au post-test, des indices d'agressivité consciente dans les relations interpersonnelles.

Pour conclure, plusieurs hypothèses ont été posées concernant la structure de personnalité de la participante 2 et les résultats obtenus ont fait l'objet d'explications dans une perspective relativement positive. Toutefois, il importe de préciser ici que les notions de Kernberg (1980) sur l'interprétation et le soutien en psychothérapie d'orientation psychodynamique diffèrent des théories de Masterson (1975). En effet, Kernberg (1980) accorde une importance au potentiel régressif de certaines personnes atteintes d'un trouble de la personnalité (échelon moyen à inférieur) présentant une symptomatologie sévère (p. ex., manque de contrôle pulsionnel et de tolérance à l'angoisse, tendance à avoir recours à des processus primaires). Il considère que le soutien en psychothérapie (d'une durée variable pouvant aller jusqu'à deux ans) est souvent un élément majeur préalable à la démarche interprétative. Ainsi, en dépit de la capacité chez certains patients borderline ou narcissiques à ressentir la dépression et la culpabilité, la cure analytique type (et non la démarche interprétation/ introspection) peut s'avérer contre-indiquée, et ce, en

raison du risque de dépression psychotique ou de tentatives suicidaires graves en cours de traitement. Il importe alors d'offrir un soutien en dehors des séances de psychothérapie et les rencontres de groupe peuvent alors revêtir une fonction de contenance afin de mieux prédisposer un patient à la démarche interprétative. Or, le programme intégré Masterson/Linehan combine précisément une thérapie psychoéducative de groupe à une thérapie individuelle d'orientation psychodynamique. Il nous apparaît donc pertinent ici de se rappeler la théorie de Chabert (1998b) concernant la régression en situation projective. Selon elle, il importe d'éviter les conclusions trop hâtives en associant massivement la régression à la morbidité, la tâche de Rorschach elle-même suscitant des conduites psychiques archaïques. De plus, Gaudrilault (2008) rappelle que les changements observés à certains indices au Rorschach ne sont que des « mesures accessoires pour apprécier l'évolution vers la santé mentale que chacun ressent pour soi-même » et que « l'évaluation du changement thérapeutique doit se centrer sur l'équilibre interne de la personnalité et il n'existe pas de modèle unique de cet équilibre ». Ainsi, peu importe les mouvements psychiques observés, qu'ils soient interprétés en terme de régression ou de progression, ils témoignent de changements directement reliés à l'organisation de la personnalité et à l'économie psychique.

FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Plusieurs forces et limites peuvent être identifiées dans notre étude. D'abord, nous pouvons souligner la petite taille ($n = 4$) d'un échantillon non aléatoire. Toutefois, cet échantillon limité a permis de réaliser une analyse approfondie de chacun des protocoles de Rorschach, tout en offrant une accessibilité à l'ensemble des résumés structuraux de chacune des participantes.

Qui plus est, notre étude est très novatrice, puisqu'elle représente la première recherche concernant l'évolution psychologique de femmes en difficulté participant au programme intégré Masterson/ Linehan.

Ensuite, la nature exploratoire de la recherche lui confère certaines limites. De ce fait, les conclusions de l'étude ne sont pas généralisables, étant donné que le plan de la recherche est non expérimental et que plusieurs variables n'ont pas été contrôlées. Ainsi, nous ne pouvons relier directement les changements observés aux effets du programme. En effet, plusieurs autres facteurs, en dehors du programme, pourraient expliquer les résultats. Parmi ceux-ci, soulignons certains facteurs psychosociaux dont la préparation à la transition de la maison d'hébergement vers une vie plus autonome en appartement ainsi qu'une évolution à l'intérieur d'un milieu de vie particulièrement encadré et réglementé. Ces facteurs sont d'autant plus importants si nous nous rappelons qu'une prise en charge conduit parfois à des comportements régressifs chez les personnes présentant un trouble de la personnalité limite. De plus, les transitions peuvent réactiver la dépression d'abandon telle que définie par Masterson (1975), ce qui donnerait lieu à la mise en branle des mécanismes de défense primaires.

De plus, concernant le programme psychoéducatif de groupe proposée par Linehan (1993), la compétence psychosociale « prise de conscience totale » constitue le seul élément n'ayant pas fait l'objet d'études plus approfondies dans cette recherche. En effet, cette variable a été laissée de côté en raison de la difficulté à relier cette dernière à des indices de Rorschach qui aurait permis de l'évaluer. Par ailleurs, nous constatons que le lien entre l'ensemble « perception

de soi » du système intégré d'Exner (2003a) et la variable « détresse » (Linehan, 1993) est discutable. Il pourrait donc être pertinent, dans les études ultérieures, de porter une attention particulière à la méthode d'évaluation la plus efficace pour mesurer les variables « prise de conscience totale » et « tolérance à la détresse », et ainsi mieux les représenter.

Toutefois, les résultats de l'étude et les changements psychiques observés nous apportent certains indices concernant la pertinence de ce programme pour les personnes présentant un trouble de la personnalité limite. De plus, nous avons l'assurance que les participantes 1 et 2 présentaient bel un bien un diagnostic de trouble de la personnalité limite. Le questionnaire DIB a été utilisé judicieusement à cet effet. Aussi, les quatre participantes étaient de sexe féminin, sans enfant, âgées entre 22 et 30 ans. Elles possédaient toutes un diagnostic psychiatrique, elles étaient toutes hébergées à la maison d'hébergement l'Arrêt-Source et elles ont toutes participé au même programme de traitement durant huit mois. Ces caractéristiques confèrent une certaine homogénéité au niveau de l'échantillon.

Ensuite, la durée de l'étude peut constituer une limite. Bien que des changements structuraux puissent être observés après une thérapie allant de trois à douze mois selon Exner et Andronikof (1992), ces auteurs soulignent que les modifications en ce qui a trait au fonctionnement psychologique sont plus importantes après une thérapie allant de huit à 24 mois. Or, l'intervalle test-retest de notre étude a été de huit mois.

Finalement, la principale force de cette recherche réside dans son aspect novateur et original. En effet, notre étude constitue la toute première recherche concernant l'évolution, en cours de traitement, du fonctionnement psychologique de femmes en difficulté. Elle constitue également la première recherche réalisée dans le cadre de l'implantation du nouveau programme d'intervention basée sur l'approche intégrée Masterson/Linehan. Ces aspects novateurs rendent notre étude d'autant plus pertinente, distinctive et précurseur d'études ultérieures. Par ailleurs, une autre force de notre recherche fait référence à l'intérêt porté pour l'évolution du fonctionnement intrapsychique des participantes. L'utilisation du Rorschach pour cette étude a permis la réalisation d'une évaluation allant au-delà des comportements manifestes et observables, tout en diminuant le phénomène de désirabilité sociale au post-test.

CONSÉQUENCES ET RETOMBÉES POSSIBLES DE L'ÉTUDE

Cette étude exploratoire est la première recherche concernant les changements au niveau de l'évolution du fonctionnement psychologique de personne ayant participé au nouveau programme intégré Masterson/Linehan. Ainsi, parmi les retombées possibles de l'étude figurent des recherches plus approfondies à divers niveaux. D'abord, comme certains changements structureaux ont pu être observés après seulement huit mois de participation au programme, alors que ce dernier est d'une durée de deux années, il apparaît pertinent de réaliser des études longitudinales de type pré-test, post-test et relance chez des participantes ayant complété le programme en entier. Ensuite, parmi les retombées possibles de notre étude figurent des recherches plus approfondies afin de réaliser une véritable évaluation de programme. En effet, la présente recherche permet de jeter les premiers jalons vers une évaluation de programme plus

exhaustive. De plus, comme le programme intégré Masterson/Linehan est déjà implanté dans une maison d'hébergement à Montréal et que les chercheurs à l'origine de ce programme souhaitent l'intégrer dans certaines institutions européennes, notamment à Milan, l'intérêt pour ce genre d'étude nous apparaît d'autant plus justifié et pertinent. Enfin, à la lumière des résultats obtenus, il apparaît pertinent de poursuivre les recherches sur les sous-groupes d'individus souffrant d'un trouble de la personnalité limite.

Ensuite, notre étude a permis d'identifier des similitudes entre les résultats des participantes 1 et 2 présentant un diagnostic de trouble de la personnalité limite et la participante 3 présentant un diagnostic de dépression. Toutefois, de grandes différences ont été observées entre les résultats pour les trois participantes, ainsi que pour celle présentant un diagnostic de troubles bipolaire et psychotique (participante 4). Ces différences et similitudes pourraient également faire l'objet d'études comparées ultérieures. Par ailleurs, nous avons souligné que les indices de l'ensemble « perception de soi » au Rorschach pouvaient être associés à des caractéristiques stables de la personnalité. Or, nous avons observé des résultats inverses pour la participante présentant un diagnostic de troubles bipolaire et psychotique. En effet, la majorité des indices de cet ensemble avait changé de façon significative pour la participante 4. Il pourrait donc être intéressant d'approfondir davantage les changements concernant l'évolution du fonctionnement psychologique et de la perception de l'image de soi chez des patients présentant un diagnostic de trouble psychotique ou bipolaire.

Bref, en raison de la nature exploratoire de cette étude, les retombées possibles de cette recherche sont principalement centrées sur de nouvelles perspectives de recherches, que ce soit autant au niveau d'études comparées ou longitudinales concernant l'évolution du fonctionnement psychologique des participantes, qu'au niveau de l'évaluation de programme.

Conclusion

Pour conclure, l'objectif de l'étude était d'identifier les changements en ce qui a trait au fonctionnement psychologique des participantes après huit mois de participation au programme intégré Masterson/Linehan. Plusieurs constats ont pu être dégagés pour chacune des participantes, et ce, en dépit de l'hétérogénéité des résultats. Certains changements sont observés concernant les tableaux cliniques des participantes 1 et 3, notamment au niveau de la gestion des affects, de la dépression, de la négociation des besoins affectifs primaires et de la dépendance affective. Toutefois, en ce qui a trait à la participante 2, certains résultats vont dans le sens inverse de ce qui était escompté. Une réflexion a été réalisée afin d'attribuer ces résultats à des phénomènes de régression et de mentalisation. Ensuite, en raison des fragilités psychotiques et/ ou maniaques de la participante 4, les résultats n'ont fait l'objet d'aucune interprétation plus approfondie. De plus, bien que le caractère exploratoire de cette étude ne nous permette pas de généraliser les résultats, parmi les retombées possibles de l'étude figurent des recherches longitudinales et comparées plus approfondies concernant l'évolution du fonctionnement psychologique, en cours de traitement, de personnes présentant un diagnostic psychiatrique. Finalement, la présente recherche a permis d'identifier certains indices concernant la pertinence du programme et elle jette les premiers jalons vers la possibilité d'une évaluation de programme plus exhaustive.

Références

- Abraham, P. P., Finkelberg, S., Lepisto, L. B., Lewis, G.M., & Schultz, L. (1994). An outcome study: changes in Rorschach variables of adolescents in residential treatment. *Journal of Personality Assessment*, 62(3), 505-14.
- Acklin, M. W. (1993). Psychodiagnosis of personality structure II: Borderline personality organisation. *Journal of Personality Assessment*, 61(2), 329-341.
- Acklin, M. W., McDowell C. J., & Ornodoff, S. (1992). Statistical power and the Rorschach : 1975-1991. *Journal of Personality Assessment*, 59(2), 366-379.
- Allen, D. M. (2006). Use of Between-Session Homework in Systems-Oriented Individual Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 238-253.
- American Psychiatric association. (2003). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson.
- Andronikof, A. (1998). Le Rorschach en Système Intégré dans l'évaluation psychologique : une nouvelle technique, un nouveau regard clinique. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 18, 135-138.
- Andronikof, A., Lemmel, G., Réveillère, C., & Sultan, S. (2006). A Rorschach stability study in a nopatient adult sample. *Journal of personality assessment*, 87(3), 330-348.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod.
- Anzieu, D. (2003). *Les contenants de pensée*. Paris : Dunod.
- Baxter, D., Exner, J. E. Jr., Fowler, J. C., Hilsenroth, M. J., Meyer, G. J., Piers, C.C., & Resnick, J. (2002). An examination of interrater reliability for scoring the Rorschach Comprehensive System in eight data sets. *Journal of personality assessment*, 78(2), 219-274.
- Bégin, C. & Lefebvre, D. (1997). La psychothérapie dialectique comportementale des personnalités limites. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 43-68.
- Bergeret, J. (2008). *Psychologie pathologique : théorie et clinique*, Issy-les-Moulineaux : Masson
- Bergeret, J. (1996). *Personnalité normale et pathologique*, Paris : Dunod.
- Besette, M. (2007). L'approche Masterson de la psychothérapie des troubles de la personnalité, Dans Labrosse, R., & Leclerc, C., *Trouble de la personnalité limite et réadaptions : point de vue de différents acteurs*, Tome 1, Ressources : Québec.
- Besser A., Blatt, S. J., & Ford, R.Q. (2007). Two primary configurations of psychopathology and change in thought disorder in long-term intensive inpatient treatment of seriously disturbed young adults. *The American Journal Of Psychiatry*, 164(10), 1561-1567.

- Berg, J. L. (1990). Differentiating ego functions of borderline and narcissistic personalities. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 537-548.
- Biermann-Ratjen, E. M., Eckert, J., & Wuchner, M. (2000). [Long-term changes in borderline symptoms of patients after client-centered group psychotherapy]. Die langfristigen Veränderungen der Borderline-Symptomatik bei Patienten nach klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50(3-4), 140-146.
- Blais, M. A., Conboy, C. A., Fowler J. C., & Hilsenroth, M. J. (1999). A Rorschach Exploration of the DSM-IV Borderline Personality Disorder. *Journal of personality assessment*, 55(5), 563-572.
- Bodoin, N. J., & Pikunas, J. (1983). A Rorschach form-color percentage and reality testing in adult patients and nonpatients. *Journal of Personality Assessment*, 47(6), 583-587.
- Bouvard, M. (2002). *Questionnaire et échelle d'évaluation de la personnalité*. (2e Éd). Paris : Masson.
- Bouvet, C., Nascimento, S. M., & Prime, C. (2006). Évolution d'une patiente schizophrène, prise en charge dans un centre de soins de réadaptation, perspective psychodynamique avec le test et re-test TAT et Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 59(4), 484, 395-405.
- Brock, J., Brunnschweiler, B., Fowler, J. C., & Swales, S. (2005). Assessment of Rorschach dependent measures in female inpatients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of personality assessment*, 85(2), 146-153.
- Burla, F., Ferracuti, S., & Lazzari, R. (1997). Borderline personality disorder: Content and formal analysis of the Rorschach. In: Weiner, I. B., & Ashland, O. H., *Rorschachiana XXII: Yearbook of the International Rorschach Society*, US: Hogrefe & Huber, 149-162.
- Carlson, C. F., Kula, M. L., & St. Laurent, C. M. (1997). Rorschach revised DEPI and CDI with inpatient major depressives and borderline personality disorder with major depression: Validity issues. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 51-58.
- Chabert, C. (1983). *Le Rorschach en clinique adulte*. Paris : Dunod.
- Chabert, C. (1998a). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris : Dunod.
- Chabert, C. (1998b). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris : Dunod.
- Chapman A. L., Kuo, J. R., Linehan, M., Lynch, T. R., & Rosenthal, M. Z., (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy : theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 459-480.

- Charnas, J. W., Hilsenroth, M. J., Streiner, D. L., & Zodan, J. (2007). Criterion-based training for Rorschach scoring. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 125-134.
- Cloutier, S., & Renaud, J. (2007). Évaluation du trouble de personnalité limite. Dans Labrosse, R., & Leclerc, C. *Trouble de la personnalité limite et réadaptation : point de vue de différents acteurs Tome 1*, Ressources : Québec.
- Courbasson, C., Korman, L., McMMain, S., & Smith, P. (2001). Traitements spécialisés des personnes ayant des problèmes concomitants de santé mentale et toxicomanie : un modèle intégrant la thérapie dialectique comportementale. *Santé mentale au Québec*, 26(2), 132-156.
- Debray, R. (1991). Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, 1, 1991, 41-57.
- Dieben, K., Huguelet, P., McQuillan, A., & Nicastro, R. (2007). Thérapie comportementale dialectique : description du traitement standard et application novatrice dans un programme intensif. Dans Labrosse, R., & Leclerc, C., *Trouble de la personnalité limite et réadaptions : point de vue de différents acteurs* (Tome 1) (pp. 6.01-6.39). Ressources : Québec.
- Dimeff, L., McMMain S., & Korman L. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy and the Treatment of Emotion Dysregulation. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 183-196.
- Ellenhorn, R. (2005). Parasuicidality and Patient Careerism: Treatment Recidivism and the Dialectics of Failure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (2), 288-303.
- Exner, J. E. (1995). *Le Rorschach : un système intégré : théorie et pratique*. Paris : Frison Roche.
- Exner, J. E. (2002). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré*. (4^e Édition). Paris : Frison Roche.
- Exner, J. E. (2003a). *Manuel d'interprétation du Rorschach en système intégré*. Paris : Frison Roche.
- Exner, J. E. (2003b). *The Rorschach A Comprehensive system : Basic Foundations and Principles of Interpretation* (vol. 1). (4^e éd). New York : John Wiley & Son.
- Exner, J. E. (2003c). *The Rorschach A Comprehensive system : Basic Foundations and Principles of Interpretation* (vol. 2). (4^e éd). New York : John Wiley & Son.
- Exner, J.E. & Andronikof-Sanglade, A. (1992). Rorschach Changes Following Brief and Short-term Therapy. *Journal of Personality Assessment*, 59(1), 59–71.
- Exner, J.E., & Weiner, I.B. (1991). Rorschach changes in long-term and short-term psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 56, 453-465.

- Fonagy, P., & Bateman, A. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalisation based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Fouques, D. (2004). Evaluation des psychothérapies : l'apport du Rorschach (S.I.). *Psychologie française*, 49(1), 25-32.
- Fugère, R., Gore, K., & Lapierre, D. (2007). Thérapie comportementale dialectique au service des femmes délinquantes. Dans Labrosse, R., Leclerc, C., *Trouble de la personnalité limitée et réadaptions : point de vue de différents acteurs* (Tome 1) (pp. 7.01-7.23). Ressources : Québec.
- Gacono, C. B., Meloy, J. R., & Berg, J. L. (1992). Object relations, defensive operations, and affective states in narcissistic, borderline, and antisocial personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 59(1), 32-49.
- Gaudriault, P. (2008). Evolution des représentations psychiques au cours de la psychothérapie verbale. Apport du Rorschach. *Pratiques Psychologiques*, 14, 79-88.
- Gaudriault, P., & Guilbaud, C. (2005). Évolution des boulimiques en psychothérapie dans le test de Rorschach. *L'évolution psychiatrique*, 70, 577-593.
- Gratz, L. K., Gunderson, J. G., Lejuez, C. W., Tull, M. T., & Rosenthal, M. Z. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 850-855.
- Graves, P. L., Thomas, C. B., & Mead, L. A. (1991). The Rorschach Interaction Scale as a Potential Predictor of Cancer. *Detection and Prevention*, 15(1), 59-64.
- Gronnerod, C. (2003). Temporal Stability in the Rorschach Method : A meta-analytic review. *Journal of personality assessment*, 80 (3), 272-293.
- Gronnerod, C. (2004). Rorschach Assessment of Changes Following Psychotherapy : A meta-analytic review. *Journal of personality assessment*, 83 (3), 256-276.
- Gullstead, S. (1986). Evaluation of therapeutic outcomes : some reflections on methodology. *Psychoter. Psychosom.* 46. 110-115.
- Hilsenroth, M. J., Hibbard, S. R., & Nash, M. R. (1993). A Rorschach study of narcissism, defense, and aggression in borderline, narcissistic, and Cluster C personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 60(2), 346-361.
- Hull, J. H., Yeomans, F., Clarkins, J. Li, C., & Goodman, G. (1996). Factors associated with multiple hospitalizations of patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Services*, 47(6), 638-641.

- Institut Victoria (2006). *Introduction à l'intervention auprès de la clientèle présentant un trouble de la personnalité*. Document de formation inédit.
- Kernberg, O. (1980). *La personnalité narcissique*. Toulouse : Privat.
- Kernberg, O. (1989). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Paris : PUF.
- Kernberg, O. (1997). *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse : Privat
- Kleiger, J. H. (1997). Rorschach Shading Responses: From a Printer's Error to an Integrated Psychoanalytic Paradigm. *Journal of Personality Assessment*, 69(2), 342- 364.
- Kwawer, J. S. (1979). Borderline phenomena, interpersonal relations, and the Rorschach test. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 43(6), 515-524.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1988). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Lerner, P. M. (1990). Rorschach assessment of primitive defense: a review. *Journal of personality assessment*, 54(1 & 2), 30-46.
- Linehan, M. (1993). *Manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état-limite*. Médecine et Hygiène : Suisse.
- Linehan, M. (2000). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité état-limite*. Médecine et Hygiène : Suisse.
- Masterson, J. F. (1975). The splitting mechanism of the borderline adolescent : Developmental and clinical aspects. In J. Mack (Ed.), *Borderline states in psychiatry*, New York : Grune & Stratton.
- Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapy of the Borderline Adult : a developmental approach*. New York : Brunner/Mazel.
- Masterson, J. F. (1981). *The narcissistic and borderline disorders : an integrated developmental approach*. New York : Brunner/Mazel.
- Masterson, J. F. (1983). *Coutertransference and psychotherapeutic technique*. New York : Brunner/Mazel.
- Masterson, J. F. (1988). *The search for the real self*. New York : Free Press ; London : Collier Macmillan.
- Masterson, J. F. & Klein, R. (1988). *Psychotherapy of the Disorders of the Self : The Masterson Approach*. New York : Brunner/Mazel.

- Masterson, J. F., & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 56, 163-177.
- Masterson, J. F., Tolpin, M., & Sifneos, P. E. (1991). *Comparing psychoanalytic psychotherapies*. New York : Brunner/Mazel.
- Meyer, G. J., Mihura, J. L., & Smith, B. L. (2005). The interclinician reliability of Rorschach interpretation in four data sets. *Journal of personality assessment*, 84(3), 296-314.
- Mihura, J. L. (2006). Rorschach assessment of borderline personality disorder. In Huprich S. K. Éditeur, *Rorschach assessment of the personality disorder*. New Jersey : Lawrence Erlbaum associates.
- Mosby's Medical Dictionary (2009). 8th edition, Elsevier.
- Morey, L. C. (1988). Personality Disorders in DSM-III and DSM-III-R : convergence, coverage, and internal consistency. *American Journal of Psychiatry*, 145(2), 573-577.
- Orcutt, C. (1997). Le trouble limite du Soi : l'approche de [James] Masterson. *Santé mentale au Québec*, 22(1), 69-86.
- Paris, J. (2007). Description du trouble de personnalité limite. Dans Labrosse, R., & Leclerc, C., *Trouble de la personnalité limite et réadaptions : point de vue de différents acteurs* (Tome 1) (pp 2.01- 2.17). Ressources : Québec.
- Perry, W., McDougall, A., & Viglione, D. (1995). A five-year follow-up on the temporal stability of the Ego Impairment Index, *Journal of Personality Assessment*, 64(1), 112-118.
- Poirier, M. (1997). Psychothérapie du client limite : une analyse de l'approche de Masterson. *Revue québécoise de psychologie*, 18(1), 115-149.
- Provost, M-A., Alain, M., Leroux, Y., & Lussier, Y. (2002). *Normes de présentation d'un travail de recherche*. Trois-Rivières : SMG.
- Rapaport, D., Gill, M. M. & Schafer, R. (1986) *Diagnostic Psychological Testing* (Rev. Ed.). New York : International Universities Press Inc.
- Roberts, D. D. (1997). Differential Interventions in psychotherapy of borderline, narcissistic, and schizoid personality disorders : The Masterson Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4(4), 233-245.
- Rouart, J. (1968). Acting out and the psychoanalytic process. *International Journal of psychoanalysis*, 49(2-3) 185-187.

- Silverstein, M.L., (2007). Rorschach test findings at the beginning of treatment and 2 years later, with a 30-year follow-up. *Journal of Personality Assessment*, 88(2), 131-143.
- Singh, D. K. (2008). Changes in Rorschach indices : Pre and post treatment assessment. *SIS Journal of projective psychology and mental health*, 15(1), 42-47.
- Smith, K. (1980). Objet relations concepts as applied to the borderline level of ego functioning. In J. Kwawer, M. Lerner, P., Lerner & A. Sugraman (Éds), *Borderline phenomena and the Rorschach test*, (pp. 59-89). New York : International Universities Press.
- Stone, M. H. (1994). Characterologic subtypes of the borderline personality disorders. With a note on pronostic factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(4), 773-784.
- Tichey, C., Diwo, R., & Dollander, M. (2000). La mentalisation : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 53 (4), 469-480.
- Terlidou, C., Kakitsis, P., Manthouli, M., Moschonas, D., Moschonas, T., & Tsegos, I. (2004). Personality Changes after Completion of Long-Term Group-Analytic Psychotherapy, *Group Analysis*, 37(3), 401-418.
- Vanaerschot, G. (2004). It takes two to tango : on empathy with fragile processes, *Psychotherapy : Theory, Research, Practice*, 41(2), 112-124.
- Weiner, I. B. (1999). Contemporary perspective on Rorschach assessment. *European Journal of Psychological Assessment*, 15(1), 78-86.
- Widiger, T.A., Sanderson, C., & Warner, L. (1986). The MMPI, prototypal typology, and borderline personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 50(4), 540-553.
- Zalewski, C., & Archer, R. P. (1991). Assessment of borderline personality disorder. A Review of MMPI and Rorschach Finding. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 338-345.

Appendices

Appendice 1 :
Interventions privilégiées selon l'approche de Masterson

Masterson (1976, 1988) et Bessette (2007) privilégient cinq principes généraux d'intervention qui sont les suivants :

- 1) Centrer les interventions sur l'interruption des défenses primitives;
- 2) Réaliser un plan d'intervention réaliste et hiérarchisé qui fait l'objet d'un consensus avec le client;
- 3) Prioriser le traitement et la stabilisation des pathologies comorbides de l'axe 1;
- 4) Accorder une importance particulière au cadre thérapeutique;
- 5) Contrôler les passages à l'acte contre-transférentiels par la neutralité thérapeutique.

L'interruption des défenses provoque la dépression d'abandon. La présence empathique du thérapeute permet de contenir les affects dépressifs pour ainsi donner lieu progressivement à une augmentation de l'activation autonome et à une amélioration du fonctionnement psychosocial. Il importe ensuite d'évaluer les attentes du client et de les rendre réalistes. Le consensus sur le plan de traitement et sur les objectifs permet de confronter le client lorsque les attentes deviennent irréalistes et que la triade se déclenche. Le plan d'intervention doit être centré avant tout sur les arrêts d'agir tant dans la vie normale qu'à l'intérieur du processus. Les objectifs devraient contrer les défenses du client et confronter l'évitement de l'activation autonome et des comportements adaptatifs adéquats. Il importe également de se soucier de la stabilité du cadre. Celui-ci ne doit être ni trop souple, ni trop rigide et directif. Il doit dissocier les « besoins thérapeutiques » du Soi réel des « exigences défensives » du faux Soi. Finalement, la neutralité thérapeutique implique d'éviter de se positionner en tant que bon ou mauvais objet. Il est nécessaire que le thérapeute contrôle son contre-transfert plutôt que de l'agir. Par ailleurs, la création d'une véritable alliance thérapeutique serait un point tournant dans le traitement, car elle donnerait lieu à la cessation des passages à l'acte contre-transférentiels (Bessette, 2007; Masterson, 1976, 1988; Masterson & Klein, 1988; Masterson et al., 1991).

La confrontation des défenses est une intervention privilégiée dans le traitement des troubles de la personnalité borderline (Masterson, 1976, 1981, 1988; Masterson & Klein, 1988; Masterson et al., 1991). Elle vise à rendre les défenses égodystones afin de diminuer les projections et le déni. La confrontation des comportements inadéquats amène le patient à prendre conscience des conséquences néfastes qui leur sont associées. Ceci provoque la dépression d'abandon où il devient possible de travailler et de contenir les affects primaires pour ainsi augmenter l'activation autonome et assister à l'émergence du soi réel ainsi qu'à une forme de restructuration intrapsychique (Bessette, 2007; Masterson, 1988; Roberts, 1997). Selon Roberts (1997), le processus clinique vise à augmenter les ressources intrapsychiques du patient afin qu'il puisse renoncer à ses défenses pour vivre l'expérience de dépression d'abandon en autorégulant ses émotions et en expérimentant des affects plus tempérés. Masterson et al. (1991) expliquent que l'alliance thérapeutique combinée à de bonnes interventions de confrontation devrait donner lieu à l'internalisation des réalités perceptives du Soi réel et au développement d'une vision intégrée du « bon » et du « mauvais ».

Appendice 2 :
Formulaire de consentement à être rencontrée
&
Formulaire de consentement

Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychologie
C.P. 500, Trois-Rivières
(Québec) G9A 5H7
(819) 376-5011, poste 3555

Formulaire de consentement à être rencontrée

J'accepte que l'étudiante responsable du projet de recherche intitulé « *Évaluation des affects, de la détresse et des capacités relationnelles de femmes en difficulté dans le cadre d'une intervention psychothérapeutique en maison d'hébergement* » vienne me rencontrer afin de me parler d'une recherche en cours à laquelle je pourrais participer, si je suis d'accord. Cette recherche est réalisée par Audrey Champagne, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières et dirigée par Suzanne Léveillée, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Lors d'une première rencontre, l'étudiante responsable me donnera des informations concernant le projet de recherche et je serai libre d'y participer ou non.

Nom en lettre moulée

Signature de la participante

Date

Audrey Champagne, étudiante au doctorat en psychologie

Date

Suzanne Léveillée, Ph. D., directrice du projet

Date

Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychologie
C.P. 500, Trois-Rivières
(Québec) G9A 5H7
(819) 376-5011, poste 3555

Formulaire de consentement

Ce projet de recherche est réalisé par Audrey Champagne, étudiante au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, et dirigé par Suzanne Léveillé, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Le projet s'intitule « *Évaluation des affects, de la détresse et des capacités relationnelles de femmes en difficulté dans le cadre d'une intervention psychothérapeutique en maison d'hébergement* ». L'objectif principal de cette étude vise à évaluer l'efficacité du programme de traitement basé sur l'approche intégrée Masterson/Linehan, en regard des variables précédemment mentionnées. Pour ce faire, six entrevues seront réalisées dans lesquelles vous passerez des tests psychologiques. Trois de ces entrevues auront lieu à l'automne 2007 et trois autres auront lieu à votre sortie de la maison d'hébergement l'Arrêt-Source ou 18 mois après votre entrée dans le programme soit au printemps 2009. Les tests proposés ne requièrent aucune connaissance particulière : il s'agit de répondre spontanément aux questions qui vous seront posées.

Votre participation est absolument volontaire et vous pouvez y mettre fin en tout temps. Les informations recueillies demeureront confidentielles et leur utilisation sera faite sous le sceau de l'anonymat. Aucune communication de renseignements personnels ne sera faite sans votre consentement. Il est possible que l'évaluation psychologique à laquelle vous participerez cause certaines angoisses et vous rende anxieuse. Si cela devait se produire, vous êtes invité à en parler à une des intervenantes de la maison d'hébergement. Ces dernières sont au courant du processus d'évaluation et sont disponibles en tout temps pour vous recevoir. Votre participation à ce projet n'implique aucun risque physique, social ou autre et aucune forme de rémunération n'est prévue.

J'autorise l'étudiante responsable du projet à enregistrer sur magnétophone les entrevues réalisées afin de lui permettre d'évaluer les informations recueillies avec plus de précision. Je comprends que les données recueillies seront traitées avec la plus grande confidentialité et sous le sceau de l'anonymat.

J'accepte Je refuse

J'autorise l'étudiante responsable à consulter mon dossier personnel consigné à la maison d'hébergement l'Arrêt-Source. Je comprends que les informations recueillies seront traitées de façon anonyme et confidentielle.

J'accepte Je refuse

Ayant pris connaissance des informations contenues dans ce formulaire de consentement, je, _____ (nom en lettre moulée), soussigné, accepte de participer à ce projet de recherche. Les avantages, inconvénients et justification de la recherche m'ont été expliqués.

Signature de la participante

Date

Audrey Champagne, étudiante au doctorat en psychologie

Date

Suzanne Léveillé, Ph. D., directrice du projet

Date

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-07-127-04.12 a été émis le 21 septembre 2007. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Mme Fabiola Gagnon, par téléphone (819) 376-5011, poste 2136 ou par courrier électronique Fabiola.Gagnon@uqtr.ca.

Appendice 3 :
Questionnaire sociodémographique

Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychologie
C.P. 500, Trois-Rivières
(Québec) G9A 5H7
(819) 376-5011, poste 3555

Projet de recherche : *Évaluation des affects, de la détresse et des capacités relationnelles de femmes en difficulté dans le cadre d'une intervention psychothérapeutique en maison d'hébergement.*

Responsable du projet : Audrey Champagne, étudiante au doctorat en psychologie

Questionnaire sociodémographique

Nom de la participante : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Âge : _____

Statut marital : _____

Depuis combien de temps : _____

La participante a-t-elle des enfants? Oui Non ,

Si oui, combien : _____ âge : _____

La participante a-t-elle des frères et sœurs? Oui Non

Si oui, combien : _____ âge : _____

Dernière année de scolarité complétée : _____

La participante a-t-elle un emploi? : Oui Non

Si oui, depuis combien de temps : _____

Titre de l'emploi : _____

La participante a-t-elle déjà eu un diagnostic psychiatrique : Oui Non

Si oui, lequel : _____ Année : _____

La participante a-t-elle déjà hospitalisé pour des troubles d'ordre psychologique? Oui Non

Si oui, à combien de reprises : _____ Durée : _____ Année : _____

Motifs : _____

La participante prend-elle des médicaments pour un trouble d'ordre psychologique? Oui Non

Si oui, lequel : _____

Depuis combien de temps : _____

La participante a-t-elle déjà été incarcérée? Oui Non

Si oui, à combien de reprises : _____ Durée : _____ Année : _____

Motif : _____

Appendice 4 :
Statistiques et éléments théoriques concernant les indices mesurés au Rorschach

Le Rorschach et l'organisation limite de la personnalité

Chabert (1998a, 1998b) dénote deux types d'organisation psychique en faisant référence au fonctionnement limite. Il y a d'abord l'organisation limite inhibée et rigide, puis l'organisation limite plus labile. L'organisation limite davantage inhibée peut se caractériser par l'usage de défenses névrotiques dans le but de palier à une angoisse de castration. Par contre, certains contextes favorisent l'émergence de processus primaires dans lesquels le clivage devient un mécanisme défensif nécessaire. Le patient répondra donc aux stimulations du Rorschach par une « inhibition associative » caractérisée par des refus, des réponses pauvres et peu nombreuses. Ces protocoles évoquent fréquemment des carences au niveau du fonctionnement psychique, de faibles aptitudes créatives, ainsi que des difficultés à « se situer dans un air de fonctionnement transitionnel ». Quant à l'organisation limite labile, elle peut être sujette à des débordements et elle répond généralement aux stimulations du Rorschach par un empressement, une productivité et un intérêt marqué pour le matériel présenté; celui-ci suscitant un discours abondant et un matériel riche en projection. La présentation de certaines planches peut aussi réactiver des « mouvements archaïques » associés à des caractéristiques plus psychotiques.

Les affects

Exner (1995) présente l'ensemble « affects » à travers une série d'indices ayant tous fait l'objet d'études empiriques. Certains de ces indices ont été mis en lien avec l'organisation limite de la personnalité dans le cadre d'études empiriques. Ainsi, selon Exner (1995, 2003a, 2003b), les indices EB et eb permettent de rendre compte du rôle des émotions dans le mode de fonctionnement de l'individu ainsi que dans son organisation psychologique. Par ailleurs, selon Burla, Ferracuti et Lazzari (1997), les patients borderline diffèrent de manière significative des patients psychotiques en présentant moins de caractéristiques extratensives (eb). Acklin (1993) aborde une étude d'Exner (1986) où le Rorschach met en évidence un style extraverti (EB), des problèmes au niveau de la modulation affective (Afr), de la régulation de la dysphorie (Shading & FC : CF +C) et de la tolérance au stress (es, D) chez un groupe de personnes présentant un trouble de la personnalité limite. Kleiger (1997) résume l'interprétation des déterminants Shading (Y (anxiété), C' (affects dépressifs ou étouffés), V (introspection négative), T (besoin affectif primaire) en soulignant l'importance de tenir compte de l'ensemble du protocole de Rorschach et de la nécessité d'utiliser d'autres tests avant d'émettre une hypothèse sur le fonctionnement interne d'un individu à partir de ces indices. Bodoïn et Pikunas (1983) suggèrent que le déterminant FC+% permet d'identifier les personnes présentant des désordres affectifs, y compris les patients borderline. Berg (1990) démontre que les patients limites donnent plus de réponses CF + C que les patients narcissiques. Selon Gacono, Meloy et Berg (1992) les personnes présentant un trouble de la personnalité limite présentent plus de réponses C' comparés aux personnes présentant d'autres désordres de la personnalité de la classe B du DSM. Une étude réalisée par Carlson, Kula et St-Laurent (1997) démontre que la constellation dépressive (DEPI) ne permet pas de discriminer la pathologie borderline des autres désordres psychologiques.

Selon Chabert (1983; 1998a; 1998b), les réponses kinesthésiques au Rorschach (M dans le système intégré) permettent de mettre en lumière les conduites d'intériorisation du sujet,

notamment à travers la capacité d'un individu à se situer dans un « air transitionnel » ou à « rendre présent un objet absent ». Le positionnement dans cet air transitionnel rendrait compte des potentialités créatrices et des capacités de mentalisation. Ensuite, Chabert (1998a) et Mihura (2006) mentionnent que les kinesthésies permettent de mettre en évidence l'angoisse de perte d'objet et l'organisation psychosexuelle sadomasochiste du patient limite. Chabert (1983) précise que les kinesthésies ont également une fonction de régulation dans l'expression des mouvements pulsionnels sexuels et agressifs. Le Rorschach permet d'identifier la présence de défauts de refoulement associés à une propension au passage à l'acte (Chabert, 1998b), à l'impulsivité (Pure C) (Exner, 2003) et à des impulsions agressives primaires (Blais et al., 1999). Par ailleurs, Burla et al. (1997) soulignent des signes d'hostilité plus fréquents au Rorschach chez les patients borderline, lorsqu'ils sont comparés à des patients psychotiques.

Chabert (1998a) aborde une autre polarité typiquement borderline qui est celle de l'amour et de la haine. L'incapacité à intégrer le bon et le mauvais à l'intérieur d'un seul et même objet nuit à l'expression de l'ambivalence des sentiments. Le patient borderline a donc recours au clivage dans l'investissement de ses relations d'objet et cette défense est observable à partir du Rorschach (Chabert; 1998a; 1998b; Lerner, 1990; Mihura, 2006). Le clivage peut s'exprimer par des réponses séparant ou isolant de façon distincte les mouvements positifs et négatifs ou par une alternance extrême entre des réponses marquées tantôt par une idéalisation excessive, tantôt une dévalorisation importante. À ce sujet, Burla et al. (1997) précisent que les patients borderline useraient davantage des mécanismes de dévaluation et de dissociation, lorsque comparés aux patients névrotiques. Selon Chabert (1998a) et Lerner (1990), en dehors du clivage, la projection dans le fonctionnement limite s'associe également au déni et elle s'inscrit dans le débordement des limites.

Perception de soi et détresse

L'ensemble « perception de soi » du système intégré permet d'identifier certains éléments de la structure intrapsychique causant de la détresse chez une personne. Selon Kwawer (1979), les reflets narcissiques ($Fr + rF$) seraient caractéristiques des patients limites. Selon Gacono et al. (1992), les réponses paires (2) sont plus fréquentes dans les protocoles des personnes présentant un trouble de la personnalité limite lorsque comparés aux protocoles de personnes présentant d'autres désordres de la personnalité. Hilsenroth, Hibbard et Nash (1993) suggèrent que l'index d'égoïsme ($3r + (2) / R$) distingue de façon significative, le trouble de la personnalité borderline des autres désordres de la personnalité.

Chabert (1998a, 1998b) aborde la représentation de soi dans le fonctionnement limite à travers la « porosité des frontières dedans/dehors ». Faisant référence aux travaux d'Anzieu (1985), elle situe le Rorschach « dans le passage du corporel au psychique ». Le Moi-peau (Anzieu, 1985, 2003) permet la mise en place d'une « enveloppe psychique » ayant une fonction de contenance et l'établissement d'un contact entre le monde extérieur et la psyché. L'épreuve projective permet aussi de rendre compte des efforts pour contenir les débordements et l'hypersensibilité face au matériel projectif. Chabert (1998a, 2003) met en lumière les défauts d'intériorisation liée à la menace de perte d'objet dans le fonctionnement limite.

Les capacités relationnelles

Exner (1995) présente l'ensemble « perception des relations » à travers une série d'indices et d'index ayant eux aussi fait l'objet d'études empiriques. Quelques études au sujet des compétences relationnelles chez les personnes présentant une organisation limite de la personnalité ont été réalisées. Ainsi, selon Burla et al. (1997), les patients limites se distingueraient significativement des patients psychotiques en ce qui a trait aux réponses H pures. Acklin (1993) reprend les travaux d'Exner (1986) pour rendre compte au Rorschach, d'une certaine immaturité, de la présence d'indices d'égoïsme ($3r + (2) / R$) et d'un style extraverti (EB) dans les performances d'un groupe de personnes présentant un trouble de la personnalité limite. Brock, Brunnschweiler, Fowler et Swales (2005) démontrent que les réponses *Food* et texture (T) permettent de prédire les comportements dépendants et l'isolement social chez les patients borderline. Carlson, Kula et St-Laurent (1997) établissent que l'index d'incompétence sociale (CDI) ne permet pas de discriminer les personnes présentant un trouble de la personnalité limite ni leurs symptômes associés aux difficultés interpersonnelles. Selon Gacono et al. (1992), la fréquence élevée de réponses AG dans les protocoles des patients limites dénotent un faible contrôle de l'agressivité et des pulsions sexuelles.

Les représentations des relations au Rorschach mettent en lumière une double polarité soit celle de la dépendance et du désir de séparation (Brock et al., 2005; Chabert, 1998a; Mihura, 2006). Par ailleurs, Blais et al. (1999) démontrent une importante rupture des relations d'objet au Rorschach chez les personnes présentant un trouble de la personnalité limite. Kwawer (1979) dénote des conflits au niveau de la séparation et des indices de fusion symbiotique au Rorschach chez ces personnes. Selon Burla et al. (1997), les patients borderline présenteraient plus de caractéristiques de dépendance que les patients névrotiques ou psychotiques. La dépendance se manifeste de plusieurs façons au Rorschach soit par une soumission passive et conformiste au cadre perceptif (Chabert, 1998a), par des représentations de relations soulignant le caractère fusionnel (Chabert, 1998a; Mihura, 2006) ou par la projection de contenus associés à des aliments (réponse *food*) (Brock et al., 1995; Exner, 2003).

Appendice 5 :
Résumés structuraux des participantes

Résumé structural de la participante 1 au pré-test

LOCALISATION						QUALITÉ FORMELLE			
Zf	13	W	5	DQ			FQx	Mqual	W+D
Zsum	38,5	D	11	+	9	+	0	0	0
Zest	41,5	W+D	16	o	6	o	12	3	12
Zd	-3	Dd	0	u	0	u	1	0	1
		S	0	v/+	0	-	2	1	2
DÉTERMINANTS						APPROCHE			
BLEND	SINGLE	SINGLE	SINGLE	SINGLE	SINGLE	I	W.W.		
FC'.Fmpo	M	2	C'F	0	FY	1	II	D.D.	
F.Mp-	FM	3	C'	0	YF	0	III	D	
FC.Fmao	m	0	FT	0	Y	0	IV	W	
FC'.Ma.YF0	FC	2	TF	0	Fr	0	V	D.W	
FC.Fmpo	CF	0	T	0	rF	0	VI	W	
	C	0	FV	0	FD	1	VII	D	
	Cn	0	VF	0	F	1	VIII	W.W.	
	FC'	0	V	0	(2)	8	IX	D.D.	
							X	D	
CONTENU						COTES SPÉCIALES			
H	4	An	1	Fi	0		Lv1	Lv2	
(H)	0	Art	1	Ge	0	DV	0	0	AB 0
Hd	0	Ay	1	Hh	1	INC	0	2	AG 1
(Hd)	0	Bl	0	Ls	1	DR	0	0	COP 2
Hx	1	Bt	0	Na	1	FAB	0	0	CP 0
A	7	Cg	2	Sc	0	ALOG	0		GHR 2
(A)	1	Cl	0	Sx	1	CON	0		PHR 3
Ad	1	Ex	0	Xy	0	RawS6	2		MOR 1
(Ad)	0	Fd	0	ld	0	WSum6	8		PER 0
RATIOS ET POURCENTAGE									
R	15	Adjes	9	SumC'	2	Afr	0,50	GHR:PHR	2 :3
L	7%	EBPer	2,0	SumV	0	S	0	a:p	3 :7
EB	4 :2	D	-1	SumT	0	Blend:R	5 :15	Food	0
eb	6 :4	Adj D	-1	SumY	2	CP	0	Human Content	=4
EA	6,0	FM	6	FC:CF+C	4 :0	COP	2	Pure H	4
es	10	m	4	PureC	0	AG	1	PER	0
				SumC':WSumC	2 :2			Isol.	0,20
a:p	3 :7	Sum6	2	XA%	87	Zf	13	3r+(2)/R	0,53
Ma: Mp	1 :3	Lv2	2	WDA%	87	W:D:Dd	7 :8 :0	Fr+rF	0
2AB+Art+Ay	2 :15	WSum6	8	X-%	13	W:M	7 :4	SumV	0
MOR	1	M-	1	S-	0	Zd	-3,0	FD	1
		Mnone	0	P	6	PSV	0	An+Xy	1 :15
				X+%	80	DQ+	9	MOR	1
				Xu%	7	DQv	0	H:(H)+Hd+(Hd)	4 :0
CONSTELLATIONS									
PTI = -		DEPI = -		CDI = -		S-CON = -		HVI = -	OBS = -

Résumé structural de la participante 1 au post-test

LOCALISATION						QUALITÉ FORMELLE			
Zf	9	W	5	DQ			FQx	Mqual	W+D
Zsum	24,5	D	11	+	5	+	0	0	0
Zest	27,5	W+D	16	o	11	o	10	1	10
Zd	-3,0	Dd	0	v	0	u	3	0	3
		S	0	v/+	0	-	3	0	3
DÉTERMINANTS						APPROCHE			
	BLEND	SINGLE	SINGLE	SINGLE			I	W.D.	
FC'.FMpo	M	0	C'F	0	FY	1	II	D.D.	
FT.mpo	FM	1	C'	0	YF	0	III	D.D.	
	m	0	FT	0	Y	0	IV	W	
	FC	3	TF	0	Fr	0	V	W	
	CF	0	T	0	rF	0	VI	W.D.	
	C	0	FV	0	FD	1	VII	D	
	Cn	0	VF	0	F	6	VIII	W.D.	
	FC'	1	V	0	(2)	9	IX	D.D.	
							X	D	
CONTENU						COTES SPÉCIALES			
H	2	An	1	Fi	0		Lv1	Lv2	
(H)	1	Art	1	Ge	0	DV	1	0	AB 0
Hd	0	Ay	1	Hh	1	INC	0	2	AG 0
(Hd)	0	Bl	0	Ls	2	DR	0	0	COP 1
Hx	0	Bt	0	Na	1	FAB	0	0	CP 0
A	8	Cg	1	Sc	0	ALOG	0		GHR 1
(A)	1	Cl	0	Sx	0	CON	0		PHR 2
Ad	1	Ex	0	Xy	0	RawS6	3		MOR 0
(Ad)	0	Fd	0	ld	0	WSum6	9		PER 0
RATIOS ET POURCENTAGE									
R	16	Adj ES	8	SumC'	3	Afr	0,45	GHR:PHR	1 : 2
L	60%	EBPer	n.s.	SumV	0	S	0	a:p	2 : 2
EB	1 : 1,5	D	-2	SumT	1	Blend:R	3 : 16	Food	0
eb	3 : 5	Adj D	-2	SumY	1	CP	0	Human Content	3
EA	2,5	FM	2	FC:CF+C	3 : 0	COP	1	Pure H	2
es	8	M	1	PureC	0	AG	0	PER	0
				SumC':WSumC	3 : 1,5			Isol.	0,25
a:p	2 : 2	Sum6	3	XA%	81	Zf	9	3r+(2)/R	0,56
Ma: Mp	0 : 1	Lv2	2	WDA%	81	W:D:Dd	5 : 11 : 0	Fr+rF	0
2AB+Art+Ay	2 : 16	WSum6	9	X-%	19	W:M	5 : 1	SumV	0
MOR	0	M-	0	S-	0	Zd	-3,0	FD	1
		Mnone	0	P	7	PSV	-	An+Xy	1 : 16
				X+%	62	DQ+	5	MOR	0
				Xu%	19	DQv	0	H:(H)+Hd+(Hd)	2 : 1
CONSTELLATIONS									
PTI = -		DEPI = -		CDI = +		S-CON = -		HVI = -	OBS = -

Résumé structural de la participante 2 au pré-test

LOCALISATION					QUALITÉ FORMELLE				
Zf	23	W	16	DQ			FQx	Mqual	W+D
Zsum	78,5	D	11	+	13	+	0	9	0
Zest	77,0	W+D	27	o	14	o	12	2	12
Zd	+1,5	Dd	1	v	1	u	12	1	12
		S	8	v/+	0	-	4	3	3
DÉTERMINANTS					APPROCHE				
	BLEND	SINGLE	SINGLE	SINGLE			I	W.W.	
CF.ma.YF	M	3	C'F	1	FY	0	II	D.W.	
FV.FC'.FMpu	FM	1	C'	0	YF	0	III	D.D.	
rF.mpu/ CF.mau	m	0	FT	0	Y	0	IV	W.D.W.	
FV.Mpu/ CF.mao	FC	1	TF	0	Fr	0	V	W.W.	
CF.C'F.Mp-	CF	4	T	0	rF	0	VI	W.W.	
CF.Ma.YF.ma-	C	0	FV	0	FD	1	VII	D.W.W.	W.
FC'.FMpo	Cn	0	VF	1	F	2	VIII	D.W.W.	D.
YF.rFo/ ma.CFo	FC'	2	V	0	(2)	8	IX	W.D.W.	
FMa.CF.YF0							X	D.D.Dd.	D.
CONTENU					COTES SPÉCIALES				
H	6	An	3	Fi	4		Lv1	Lv2	
(H)	1	Art	2	Ge	0	DV	0	0	AB 0
Hd	0	Ay	0	Hh	0	INC	1	1	AG 1
(Hd)	3	Bl	3	Ls	2	DR	7	0	COP 4
Hx	0	Bt	1	Na	2	FAB	1	3	CP 0
A	9	Cg	2	Sc	2	ALOG	0		GHR 4
(A)	0	Cl	0	Sx	5	CON	0		PHR 6
Ad	0	Ex	0	Xy	0	RawS6	13		MOR 6
(Ad)	0	Fd	0	ld	1	WSum6	52		PER 1
RATIOS ET POURCENTAGE									
R	28	Adj ES	16	SumC'	5	Afr	0,65	GHR:PHR	4 :6
L	8%	EBPer	n.s.	SumV	3	S	8	a:p	10 :7
EB	6:11,5	D	-2	SumT	1	Blend:R	13 :28	Food	0
eb	11 :13	Adj D	0	SumY	4	CP	0	Human Content	10
EA	17,5	FM	5	FC:CF+C	1 :11	COP	4	Pure H	6
es	24	m	6	PureC	0	AG	1	PER	1
				SumC':WSumC	5 :11,5			Isol.	0,25
a:p	10 :7	Sum6	13	XA%	86	Zf	23	3r+(2)/R	0,50
Ma: Mp	4 :2	Lv2	4	WDA%	89	W:D:Dd	16 :11 :1	Fr+rF	2
2AB+Art+Ay	2 :28	WSum6	52	X-%	14	W:M	16 :6	SumV	3
MOR	6	M-	3	S-	25	Zd	+1,5	FD	1
		Mnone	0	P	7	PSV	0	An+Xy	3 :28
				X+%	43	DQ+	13	MOR	6
				Xu%	43	DQv	1	H:(H)+Hd+(Hd)	6 :4
CONSTELLATIONS									
PTI= +		DEPI= +		CDI= -		S-CON= +		HVI= -	OBS= -

Résumé structural de la participante 2 au post-test

LOCALISATION					QUALITÉ FORMELLE				
Zf	24	W	17	DQ			FQx	Mqual	W+D
Zsum	79,0	D	11	+	12	+	0	0	0
Zest	81,0	W+D	28	o	17	o	16	3	16
Zd	-2,0	Dd	1	v	0	u	7	2	7
		S	5	v/+	0	-	6	1	5
DÉTERMINANTS					APPROCHE				
	BLEND	SINGLE	SINGLE	SINGLE			I	W.W.	
CF.Ma.ma-	M	3	C'F	1	FY	0	II	W.W.	
FC.Mao/ mp.FTo	FM	3	C'	0	YF	0	III	D.D.	
Fmp.FC'o	m	0	FT	0	Y	0	IV	W.W.D.	
CF.ma-/ CF.ma-	FC	1	TF	0	Fr	0	V	W.W.W.	
Mp.Mpu	CF	1	T	0	rF	0	VI	W.W.W.	
CF.C'Fu	C	0	FV	1	FD	1	VII	W.W.	
FMa.FTo	Cn	0	VF	0	F	4	VIII	D.D.W.	W.
VF.rFo	FC'	3	V	0	(2)	7	IX	D.D.W.	
Fr.FMa0							X	D.D.D.	D.Dd.
CONTENU					COTES SPÉCIALES				
H	5	An	2	Fi	1		Lv1	Lv2	
(H)	1	Art	2	Ge	1	DV	0	0	AB 0
Hd	1	Ay	0	Hh	0	INC	1	0	AG 2
(Hd)	6	Bl	2	Ls	2	DR	1	2	COP 2
Hx	1	Bt	1	Na	1	FAB	0	3	CP 0
A	9	Cg	0	Sc	2	ALOG	0		GHR 8
(A)	0	Cl	0	Sx	2	CON	0		PHR 5
Ad	1	Ex	0	Xy	0	RawS6	7		MOR 2
(Ad)	0	Fd	1	ld	0	WSum6	38		PER 1
RATIOS ET POURCENTAGE									
R	29	Adjes	17	SumC'	6	Afr	0,71	GHR:PHR	8 :5
L	16%	EBPer	n.s.	SumV	2	S	5	a:p	11 :6
EB	6 :6	D	-3	SumT	2	Blend:R	11 :29	Food	1
eb	11 :10	Adj D	-1	SumY	0	CP	0	Human Content	13
EA	12,0	FM	6	FC:CF+C	2 :5	COP	2	Pure H	5
es	21	m	5	PureC	0	AG	2	PER	1
				SumC':WSumC	6 :6			Isol.	0,21
a:p	11 :6	Sum6	7	XA%	79	Zf	24	3r+(2)/R	0,45
Ma: Mp	3 :3	Lv2	5	WDA%	82	W:D:Dd	16 :11 :1	Fr+rF	2
2AB+Art+Ay	2 :29	WSum6	38	X-%	21	W:M	17 :6	SumV	2
MOR	2	M-	1	S-	0	Zd	-2,0	FD	1
		Mnone	0	P	9	PSV	0	An+Xy	2 :29
				X+%	55	DQ+	12	MOR	2
				Xu%	24	DQv	0	H:(H)+Hd+(Hd)	5 :8
CONSTELLATIONS									
PTI= -		DEPI= -		CDI= -		S-CON= +		HVI= -	OBS= -

Résumé structural de la participante 3 au pré-test

LOCALISATION					QUALITÉ FORMELLE				
Zf	13	W	10	DQ			FQx	Mqual	W+D
Zsum	38,0	D	22	+	5	o	18	1	17
Zest	41,5	W+D	32	o	26	u	5	1	5
Zd	-3,5	Dd	1	v	2	-	9	1	9
		S	2	v/+	0	no	1	0	1
DÉTERMINANTS					APPROCHE				
BLEND	SINGLE	SINGLE	SINGLE				I	W.W.W.	
FC.CF'	M	0	C'F	0	FY	1	II	W.D.	
Ma.FC'o	FM	1	C'	0	YF	2	III	D.D.D.	D.
ma.FCu	m	0	FT	0	Y	1	IV	W.D.D.	
mp.C'F-	FC	4	TF	2	Fr	0	V	D.	
ma.Mp-	CF	2	T	0	rF	0	VI	W.D.	Dd.D.
FMp.FC'o	C	0	FV	0	FD	0	VII	W.D.D.	
FMa.FCo	Cn	0	VF	0	F	10	VIII	D.D.D.	
CF.Mpu	FC'	1	V	0	(2)	7	IX	W.	
							X	D.D.D.D	W.D.D.D.
CONTENU					COTES SPÉCIALES				
H	1	An	2	Fi	1		Lv1	Lv2	
(H)	1	Art	5	Ge	1	DV	0	0	AB 0
Hd	1	Ay	1	Hh	3	INC	2	0	AG 0
(Hd)	1	Bl	0	Ls	0	DR	4	1	COP 1
Hx	0	Bt	4	Na	0	FAB	0	1	CP 0
A	6	CG	1	Sc	2	ALOG	0		GHR 2
(A)	1	CI	0	Sx	2	CON	0		PHR 2
Ad	3	Ex	0	Xy	1	RawS6	8		MOR 1
(Ad)	0	Fd	3	ld	1	WSum6	29		PER 1
RATIOS ET POURCENTAGE									
R	33	Adjes	12	SumC'	5	Afr	0,57	GHR:PHR	2 :2
L	43%	EBPer	2,3	SumV	0	S	2	a:p	5 :5
EB	3 :7	D	-3	SumT	2	Blend:R	9 :33	Food	3
eb	7 :11	Adj D	0	SumY	4	CP	0	Human Content	4
EA	10,0	FM	3	FC:CF+C	8 :3	COP	1	Pure H	1
es	18	m	4	PureC	0	AG	0	PER	1
				SumC':WSumC	5 :7			Isol.	0,15
a:p	5 :5	Sum6	8	XA%	70	Zf	13	3r+(2)/R	0,21
Ma: Mp	0 :3	Lv2	2	WDA%	69	W:D:Dd	10 :22 :1	Fr+rF	0
2AB+Art+Ay	6 :33	WSum6	29	X-%	27	W:M	10 :3	SumV	0
MOR	1	M-	1	S-	0	Zd	-3,5	FD	0
		Mnone	0	P	6	PSV	0	An+Xy	3 :33
				X+%	55	DQ+	5	MOR	1
				Xu%	15	DQv	2	H:(H)+Hd+(Hd)	1 :3
CONSTELLATIONS									
PTI = -		DEPI = -		CDI = -		S-CON = -		HVI = -	OBS = -

Résumé structural de la participante 3 au post-test

LOCALISATION					QUALITÉ FORMELLE				
Zf	13	W	10	DQ			FQx	Mqual	W+D
Zsum	43	D	11	+	6	+	0	0	0
4Zest	41,5	W+D	21	o	16	o	12	2	12
Zd	+1,5	Dd	1	v	0	u	6	0	6
		S	2	v/+	0	-	4	1	3
DÉTERMINANTS					APPROCHE				
	BLEND	SINGLE	SINGLE	SINGLE			I	W.W.	
FMp.FCo	M	1	C'F	0	FY	2	II	W.	
Mp.FC-	FM	2	C'	0	YF	2	III	D.D.	
FC.mpo	m	0	FT	2	Y	0	IV	W.	
FC'.FMp.Mao	FC	0	TF	0	Fr	0	V	W.	
mp.CFu	CF	0	T	0	rF	0	VI	W.W.	
	C	0	FV	0	FD	0	VII	W.D.Dd	
	Cn	0	VF	0	F	7	VIII	D.D.D.	
	FC'	1	V	0	(2)	6	IX	W.	
							X	D.D.D.D.	W.D.
CONTENU					COTES SPÉCIALES				
H	1	An	2	Fi	1		Lv1	Lv2	
(H)	2	Art	4	Ge	1	DV	0	0	AB 0
Hd	0	Ay	0	Hh	2	INC	1	0	AG 0
(Hd)	1	Bl	0	Ls	1	DR	5	0	COP 2
Hx	0	Bt	2	Na	1	FAB	0	1	CP 0
A	6	Cg	1	Sc	2	ALOG	0		GHR 3
(A)	1	Cl	0	Sx	1	CON	0		PHR 2
Ad	1	Ex	0	Xy	1	RawS6	7		MOR 1
(Ad)	0	Fd	0	ld	0	WSum6	24		PER 0
RATIOS ET POURCENTAGE									
R	22	Adjes	8	SumC'	2	Afr	0,83	GHR:PHR	3 :2
L	47%	EBPer	n.s.	SumV	0	S	2	a:p	3 :6
EB	3 :2,5	D	-3	SumT	2	Blend:R	5 :22	Food	0
eb	6 :8	Adj D	0	SumY	4	CP	0	Human Content	4
EA	5,5	FM	2	FC:CF+C	3 :1	COP	2	Pure H	1
es	14	m	4	PureC	0	AG	0	PER	0
				SumC':WSumC	2 :2,5			Isol.	0,27
a:p	3 :6	Sum6	7	XA%	82	Zf	13	3r+(2)/R	0,27
Ma: Mp	1 :2	Lv2	1	WDA%	86	W:D:Dd	10 :11 :1	Fr+rF	0
2AB+Art+Ay	4 :22	WSum6	24	X-%	18	W:M	10 :3	SumV	0
MOR	1	M-	1	S-	25	Zd	+1,5	FD	0
		Mnone	0	P	6	PSV	0	An+Xy	3 :22
				X+%	55	DQ+	6	MOR	1
				Xu%	27	DQv	0	H:(H)+Hd+(Hd)	1 :3
CONSTELLATIONS									
PTI = -		DEPI = -		CDI = -		S-CON =		HVI = -	OBS = -

Résumé structural de la participante 4 au pré-test

LOCALISATION						QUALITÉ FORMELLE			
Zf	13	W	9	DQ			FQx	Mqual	W+D
Zsum	43	D	3	+	10	+	0	0	0
Zest	41,5	W+D	12	o	2	o	3	1	3
Zd	+1,5	Dd	1	v	0	u	3	1	3
		S	1	v/+	1	-	7	3	6
DÉTERMINANTS						APPROCHE			
BLEND	SINGLE	SINGLE	SINGLE	SINGLE	SINGLE	I	W.W.		
FMa.Mpu	M	3	C'F	0	FY	0	II	W.	
FMa.FD-	FM	2	C'	0	YF	0	III	D.Dd.	
C.ma.Yo	m	0	FT	0	Y	1	IV	W.W.	
Mp.FMp-	FC	0	TF	0	Fr	0	V	W.	
Mp.FMap.FC.FT-	CF	0	T	0	rF	0	VI	W.	
FMa.CFu	C	0	FV	0	FD	0	VII	W.	
	Cn	0	VF	0	F	1	VIII	W.	
	FC'	1	V	0	(2)	7	IX	D.	
							X	D.	
CONTENU						COTES SPÉCIALES			
H	3	An	0	Fi	1		Lv1	Lv2	
(H)	2	Art	3	Ge	0	DV	0	0	AB 0
Hd	2	Ay	0	Hh	0	INC	0	0	AG 2
(Hd)	2	Bl	0	Ls	1	DR	3	3	COP 2
Hx	0	Bt	1	Na	0	FAB	0	4	CP 0
A	7	Cg	2	Sc	1	ALOG	0		GHR 1
(A)	0	Cl	0	Sx	1	CON	0		PHR 8
Ad	2	Ex	0	Xy	0	RawS6	10		MOR 3
(Ad)	0	Fd	0	Id	1	WSum6	55		PER 0
RATIOS ET POURCENTAGE									
R	13	Adj es	11	SumC'	1	Afr	0,30	GHR:PHR	1 :8
L	8%	EBPer	1,7	SumV	0	S	1	a:p	7 :8
EB	5 :3	D	-1	SumT	1	Blend:R	6 :13	Food	0
eb	9 :3	Adj D	-1	SumY	1	CP	0	Human Content	9
EA	8,0	FM	5	FC:CF+C	1 :2	COP	2	Pure H	3
es	12	m	2	PureC	0	AG	2	PER	0
				SumC':WSumC	1 :3			Isol.	0,15
a:p	7 :8	Sum6	10	XA%	46	Zf	13	3r+(2)/R	0,54
Ma: Mp	3 :2	Lv2	7	WDA%	50	W:D:Dd	9 :3 :1	Fr+rF	0
2AB+Art+Ay	3 :13	WSum6	55	X-%	54	W:M	9 :5	SumV	0
MOR	3	M-	3	S-	0	Zd	+1,5	FD	0
		Mnone	0	P	1	PSV	0	An+Xy	0 :13
				X+%	23	DQ+	10	MOR	3
				Xu%	23	DQv	0	H:(H)+Hd+(Hd)	3 :6
CONSTELLATIONS									
PTI = +		DEPI = -		CDI = -		S-CON = -		HVI = -	OBS = -

Résumé structural de la participante 4 au post-test

LOCALISATION						QUALITÉ FORMELLE				
Zf	20	W	15	DQ			FQx	Mqual	W+D	
Zsum	73	D	17	+	13	+	0	0	0	
Zest	66,5	W+D	32	o	17	o	10	1	10	
Zd	+6,5	Dd	1	v	0	u	8	1	8	
		S	7	v/+	3	-	15	4	14	
DÉTERMINANTS						APPROCHE				
	BLENDS		SINGLE		SINGLE		SINGLE		I	W.W.W.
Map.FC'o/ CF.Mp-	M	1	C'F	0	FY	0		II	Dd.D.D.D	D.W.
FMp.FD-/ FY.FC-	FM	0	C'	0	YF	0		III	D.D.D.	
FY.FC'.Mp.FD-	m	2	FT	0	Y	0		IV	W.D.W.	D.
Fr.ma.YFu	FC	2	TF	0	Fr	0		V	W.	
ma.CFo/ mp.FCo	CF	1	T	0	rF	0		VI	W.W.W.	D.
Fr.Mp-/ Y.ma-	C	0	FV	2	FD	0		VII	W.W.	
FY.ma.CFu	Cn	0	VF	0	F	7		VIII	D.D.D.	D.D.
FV.FD-/ FC.FY-	FC'	3	V	0	(2)	5		IX	D.W.	
FC.Mpu/ CF.mpu								X	W.W.	
CONTENU						COTES SPÉCIALES				
H	5	An	0	Fi	2		Lv1	Lv2		
(H)	7	Art	1	Ge	2	DV	0	0	AB	0
Hd	1	Ay	2	Hh	1	INC	2	1	AG	2
(Hd)	0	Bl	2	Ls	2	DR	6	1	COP	1
Hx	0	Bt	3	Na	3	FAB	0	0	CP	0
A	6	CG	5	Sc	4	ALOG	0		GHR	2
(A)	0	Cl	1	Sx	3	CON	1		PHR	11
Ad	1	Ex	0	Xy	0	RawS6	11		MOR	7
(Ad)	0	Fd	0	ld	0	WSum6	39		PER	1
RATIOS ET POURCENTAGE										
R	33	Adj es	11	SumC'	5	Afr	0,43	GHR:PHR	2 :11	
L	27%	EBPer	n.s.	SumV	3	S	7	a:p	5 :11	
EB	6 :8	D	-3	SumT	0	Blend:R	15 :33	Food	0	
eb	9 :14	Adj D	+1	SumY	6	CP	0	Human Content	13	
EA	14	FM	1	FC:CF+C	6 :5	COP	1	Pure H	5	
es	23	m	8	PureC	0	AG	2	PER	1	
				SumC':WSumC	5 :8			Isol.	0.45	
a:p	5 :11	Sum6	11	XA%	55	Zf	20	3r+(2)/R	0.33	
Ma: Mp	1 :5	Lv2	2	WDA%	56	W:D:Dd	15 :17 :1	Fr+rF	2	
2AB+Art+Ay	3 :33	WSum6	39	X-%	45	W:M	15 :6	SumV	3	
MOR	7	M-	4	S-	27	Zd	+6,5	FD	3	
		Mnone	0	P	3	PSV	0	An+Xy	0 :33	
				X+%	30	DQ+	13	MOR	7	
				Xu%	24	DQv	0	H:(H)+Hd+(Hd)	5 :8	
CONSTELLATIONS										
PTI= +		DEPI= +		CDI= -		S-CON= -		HVI= +		OBS= -