

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ELISABETH DALLAIRE

LA FIBROMYALGIE ET SES ASPECTS INTRAPSYCHIQUES

OCTOBRE 2011

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.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE (D. PS.)

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LA FIBROMYALGIE ET SES ASPECTS INTRAPSYCHIQUES

PAR

ELISABETH DALLAIRE

Françoise Lavallée, directrice de recherche Université du Québec à Trois-Rivières

Julie Lefebvre, évaluatrice Université du Québec à Trois-Rivières

Chantale Cossette, évaluatrice externe CSSS de la Pointe-de-l'Île

Sommaire

La présente étude a pour but d'évaluer le fonctionnement intrapsychique des femmes souffrant du syndrome de la fibromyalgie. Pour ce faire, les aspects approfondis sont les composantes identitaires tout comme la relation d'objet, et ce, en regard d'une compréhension psychodynamique de ceux-ci. La convergence des données recueillies nous a permis d'approfondir les similitudes de cette clientèle qui semble de plus en plus recourir à la psychothérapie comme mode de traitement. Les participantes au nombre de trois ont toutes été diagnostiquées comme atteintes du syndrome de la fibromyalgie depuis plus de deux ans par un professionnel de la santé. Chacune d'elle bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique lors du déroulement de ce projet de recherche. Ces mêmes participantes ont été rencontrées à trois reprises, soit 1° pour le consentement à l'étude ; 2° la passation de l'instrument de mesure et ; 3° finalement pour la restitution des résultats. L'instrument de mesure employé afin d'éclaircir les éléments latents à l'étude, soit les aspects identitaires et relationnels partagés par les sujets fibromyalgiques, est le Rorschach. À cet effet, les protocoles de Rorschach recueillis ont été analysés à la fois de manière quantitative selon la méthode d'Exner (2003) et de manière qualitative d'après la compréhension psychodynamique de Chabert (1997). L'analyse des protocoles a également fait l'objet d'un accord inter-juges pour en augmenter la fiabilité. Bien que les résultats soulèvent la présence de certaines divergences, nous observons plusieurs similarités entre les indices relatifs à la perception de soi et des relations

interpersonnelles. L'approfondissement des résultats obtenus présente une faille au sein de la construction identitaire qui semble brimer l'expérience d'individuation et donner lieu à la *naissance* d'un *faux self* chez les femmes fibromyalgiques. L'analyse des résultats indique également la présence d'une confusion quant à la différenciation entre ce qui appartient à l'autre versus à soi-même tout comme une image de soi marquée par une certaine vulnérabilité. Par ailleurs, les résultats laissent entrevoir une relation d'objet caractérisée par une dépendance à l'autre, un besoin de contrôler l'espace relationnel entre soi et autrui ainsi qu'un mouvement régressif qui semble éveiller des expériences archaïques angoissantes en lien avec l'imaginaire maternel. Enfin, les résultats de cette étude appuient certaines hypothèses actuelles quant au fonctionnement psychologique des femmes souffrant de fibromyalgie.

Table des matières

| | |
|-------------------------------------|-----|
| Sommaire..... | iii |
| Liste des tableaux | ix |
| Remerciements | x |
| Introduction | 1 |
| Contexte théorique | 4 |
| Définition de la fibromyalgie | 5 |
| Les aspects physiologiques..... | 6 |
| Critères diagnostiques | 6 |
| Symptômes concomitants..... | 8 |
| Prévalence | 9 |
| Pronostic..... | 10 |
| Hypothèses étiologiques..... | 11 |
| Hypothèses neurologiques..... | 12 |
| Hypothèse neuroendocrine | 13 |
| Hypothèse génétique | 14 |
| Hypothèse psychologique..... | 14 |
| Traitements | 15 |
| Pharmacologique | 15 |
| Psychothérapeutique..... | 16 |
| Multidisciplinaire | 17 |
| Les aspects psychologiques..... | 18 |

| | |
|---|----|
| Comorbidité..... | 18 |
| Facteurs psychologiques prédisposant | 19 |
| Traits de personnalité | 20 |
| Relation d'objet | 21 |
| Aspects identitaires..... | 22 |
| Pertinence et objectif de l'essai | 24 |
| Méthode..... | 26 |
| Déontologie de l'étude | 27 |
| Critères de participation | 27 |
| Sélection des participantes | 28 |
| Déroulement..... | 29 |
| Choix de l'instrument de mesure | 30 |
| Rorschach..... | 31 |
| Résultats | 33 |
| Analyse des résultats | 34 |
| Analyse quantitative | 35 |
| Affects..... | 36 |
| Traitement de l'information..... | 36 |
| Médiation cognitive | 36 |
| Idéation | 37 |
| Perception des relations et comportements interpersonnels | 38 |
| Perception de soi..... | 40 |

| | |
|---|----|
| Analyse qualitative | 42 |
| Identité..... | 42 |
| Relation d'objet..... | 43 |
| Angoisse..... | 44 |
| Conflit psychique | 44 |
| Rapport à la réalité | 45 |
| Limites internes et externes..... | 46 |
| Discussion | 47 |
| Aspects identitaires..... | 48 |
| Relation d'objet | 52 |
| Forces et limites de l'étude..... | 55 |
| Retombées possibles de l'étude..... | 57 |
| Conclusion..... | 58 |
| Références | 60 |
| Appendices | 64 |
| Appendice A : Formulaire d'information et de consentement | 65 |
| Appendice B : Résumés structuraux des participantes..... | 70 |
| Résumé structural de la participante 1 | 71 |
| Résumé structural de la participante 2 | 72 |
| Résumé structural de la participante 3 | 73 |
| Appendice C : Synthèse des analyses qualitatives des participantes..... | 74 |
| Synthèse qualitative de la participante 1 | 75 |

| | |
|---|----|
| Synthèse qualitative de la participante 2 | 77 |
| Synthèse qualitative de la participante 3 | 79 |

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Comparaison des résultats à l'ensemble « Perception des relations et comportements interpersonnels » pour les trois participantes en regard de la norme attendue.....39
- 2 Comparaison des résultats à l'ensemble « Perception de soi » pour les trois participantes en regard de la norme attendue..... 41

Remerciements

L'auteure désire remercier en tout premier lieu, sa directrice d'essai, madame Françoise Lavallée, Ph.D., psychologue et professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son soutien et ses irremplaçables conseils. En second lieu, elle souhaite remercier madame Sylvie Houle, psychologue, ainsi que l'équipe du CSSS de la Pointe-de-l'Île pour leur appui tout au long du déroulement de ce projet. De plus, elle remercie madame Catherine Sylvestre pour sa contribution à l'élaboration des résultats de cette étude tout comme pour sa générosité. Elle désire également remercier sa famille, ses amis et particulièrement l'homme qui partage sa vie pour tous leurs précieux encouragements. En tout dernier lieu, l'auteure exprime sa gratitude aux participantes pour leur confiance et le temps octroyé à cet essai doctoral, sans quoi il n'aurait pu être réalisé.

Introduction

La douleur physique chronique est une condition de plus en plus présente chez les individus atteints de diverses maladies. Elle peut être définie telle : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrites en termes évoquant de telles lésions » (International Association for the Study of Pain, Merskey & Bogduk, 1994, p.8). La douleur ressentie peut-être sporadique autant au niveau de l'intensité que de la fréquence, toutefois lorsqu'elle perdure au-delà de son temps de guérison, nous la qualifions de chronique. Cette chronicité au niveau de la douleur physique est présente chez 11,5 à 55,2 % de la population mondiale adulte (Ospina & Harstall, 2002). Selon McWilliams, Cox, & Enns (2003), les gens souffrant de douleurs chroniques voient leur fonctionnement au quotidien se détériorer, et ce, à plusieurs niveaux. Cette détérioration appelle donc à des besoins criants chez ces individus qui fréquentent couramment les services de santé et dont la nature chronique de la douleur engendre des coûts faramineux à la société (Chronic Pain Association of Canada, 2009). Plusieurs affections peuvent engendrer à la fois des douleurs chroniques et une rupture du fonctionnement normal de l'individu. Une de celles-ci, la fibromyalgie, voit actuellement sa fréquence en augmentation autant dans les bureaux médicaux que dans ceux des psychologues. À ce jour, ce syndrome constitue une affection physique dont les aspects psychologiques restent encore controversés.

La présente étude se veut être un éclairage sur le monde intrapsychique des femmes souffrant de fibromyalgie en relevant les similitudes du fonctionnement psychologique de celles-ci. Elle a pour objectif l'approfondissement des connaissances actuelles en ce qui a trait aux aspects identitaires ainsi qu'au mode relationnel des femmes fibromyalgiques au travers des indices obtenus au test Rorschach. Ainsi, nous souhaitons augmenter la compréhension actuelle des thérapeutes face à ce syndrome et, ultimement, raffiner les traitements employés pour ce dernier.

Dans le texte qui suit, nous débuterons par la présentation des critères diagnostics, des aspects physiologiques, des hypothèses étiologiques de ce syndrome, puis des aspects psychologiques de ce dernier. Par la suite, nous positionnerons notre question de recherche en regard de la littérature actuellement existante sur le sujet. Nous présenterons ensuite la méthodologie employée ainsi que la pertinence de son utilisation pour l'exploration des aspects intrapsychiques. Enfin, nous expliciterons les résultats obtenus en regard des similitudes observées chez l'ensemble des participantes et les confronterons, au travers de la discussion, aux résultats obtenus par les études antérieures afin de dégager une compréhension critique de ceux-ci.

Contexte théorique

La présente section aborde, tout d'abord, de la définition de la fibromyalgie. Elle traite ensuite des aspects physiologiques de ce syndrome pour finalement présenter les aspects psychologiques qui le composent.

Définition de la fibromyalgie

La fibromyalgie se définit dans un premier temps par ses origines, soit *fibro-my-algie*, où *fibro* vient du latin *fibra* signifiant filament, où *my* provient du grec ancien *myos* signifiant muscle et où *algie* provient du terme *algos* signifiant douleur (Allard-Cadieux, 2007). Bien que la somme de ses racines épistémologiques la définisse comme étant une douleur des filaments musculaires, la fibromyalgie se manifeste sous le jour d'un portrait clinique beaucoup plus complexe étant donné la présence possible de plusieurs symptômes concomitants. La fibromyalgie est diagnostiquée par des médecins généralistes et des rhumatologues sans pour autant être reconnue telle une maladie officielle. Étant donné que cette affection ne présente pas de marqueurs physiologiques spécifiques et représente davantage un ensemble de signes cliniques soulevant un écart à la norme, elle se définit tel un syndrome (Allard-Cadieux, 2007).

Les aspects physiologiques

La section qui suit traite des aspects physiologiques de ce syndrome en mettant en lumière les critères diagnostiques tout comme les symptômes concomitants qui la

caractérisent. Elle met ensuite de l'avant les statistiques qui font état de la prévalence et du pronostic de la fibromyalgie. Cette même section aborde également les diverses étiologies proposées par plusieurs domaines de recherches tout comme les traitements employés pour atténuer la douleur engendrée par ce syndrome.

Critères diagnostiques

La fibromyalgie comme toute affection médicale doit répondre à certains critères afin d'être diagnostiquée. Les critères diagnostiques utilisés actuellement pour ce syndrome sont ceux élaborés en 1990 par le Collège américain de rhumatologie (Wolfe & al., 1990) et adoptés en 1996 par le Collège des Médecins du Québec (Allard-Cadieux, 2007). Le premier de ces critères constitue la présence d'une douleur musculaire diffuse dans les quatre quadrants du corps depuis plus de trois mois. Cette douleur musculaire ne doit pas être explicable par d'autres causes de nature inflammatoires, métaboliques ou toxiques. Le second critère repose sur la présence de 11 points sensibles à la pression sur les 18 points qui sont généralement répertoriés sur le corps. Ces points corporels doivent correspondre à une sensibilité au toucher équivalente à une pression de 4 kg (Eisinger, 2000). Il importe de noter que la nature pathologique de la fibromyalgie ne repose pas sur le positionnement des points de pression sur le corps, mais plutôt sur le nombre de points de pression et l'intensité de la douleur ressentie au toucher de ceux-ci (Perrot, 2002).

Plusieurs affections pouvant ressembler à ce syndrome doivent être éliminées afin de diagnostiquer la fibromyalgie, notamment le syndrome de douleur myofasciale, l'hyperthyroïdie, l'hypothyroïdie, le lupus, le rhumatisme palindromique, la polyarthrite rhumatoïde et la dépression (Sordet-Guepet, 2004; Mezerai & Tachon, 2004; Guité, & Drouin-Bégin, 2000). De plus, l'hypothèse d'une affection similaire à la fibromyalgie, la neurasthénie qui se manifeste par la présence d'un épuisement physique et psychique lié conjointement à une douleur corporelle sans traces organiques apparentes, doit également être écartée pour pouvoir conclure au diagnostic de la fibromyalgie (Allard-Cadioux, 2007).

Les critères diagnostiques de ce syndrome font actuellement l'objet d'une révision afin d'en élaborer de nouveaux plus utiles pour la pratique des professionnels de la santé. Ces critères seront établis ultérieurement grâce à une étude effectuée par l'*European League Against Rheumatism* (EULAR) qui confronte la validité des trois outils diagnostics actuellement existant soient, les critères de l'ACR, deux questionnaires sur la douleur et l'impression du professionnel de la santé à elle seule, et ce, afin d'obtenir un seul outil diagnostique efficient pour diagnostiquer la fibromyalgie (Laroche, 2009).

Il importe ici de noter que les critères diagnostiques pris à eux seuls illustrent partiellement le portrait symptomatologique des personnes souffrant de fibromyalgie qui présentent, pour la plupart, des symptômes concomitants à cette affection (Guité &

Drouin-Bégin, 2000). La section suivante traite des divers symptômes souvent associés à la fibromyalgie.

Symptômes concomitants

Le syndrome de la fibromyalgie apparaît généralement avec d'autres manifestations symptomatologiques. Ces dernières peuvent être classées en deux catégories soit, les symptômes primaires et les symptômes secondaires (Guité & Drouin-Bégin, 2000). Les symptômes primaires regroupent la présence des deux critères diagnostiques mentionnés précédemment tout comme la présence d'une fatigue chronique et de troubles du sommeil vécus à des degrés différents selon les individus qui en souffrent. La fatigue chronique se présente tel un manque d'énergie donnant lieu à une grande faiblesse qui entrave le fonctionnement quotidien de la personne. Les troubles du sommeil, quant à eux, sont vécus de manière singulière chez chacun des individus souffrant de fibromyalgie. En ce sens, ils peuvent se manifester par de simples difficultés à accéder au sommeil ou, dans des cas plus sévères, par la disparition complète des stades de sommeil profond (Allard-Cadieux, 2007). La présence de troubles du sommeil chez la personne souffrant de fibromyalgie affecte indubitablement le niveau d'énergie et augmente la fatigue ressentie.

Les symptômes secondaires quant à eux correspondent aux manifestations physiologiques qui accompagnent les symptômes primaires. Ces symptômes varient d'un individu à l'autre et atteignent plusieurs des systèmes qui composent le corps

humain, notamment le système digestif, respiratoire, cardio-vasculaire, endocrinien, musculo-squelettique, génito-urinaire et nerveux (Guité & Drouin-Bégin, 2000; Laroche, 2009). Ces affections physiologiques dont on ignore souvent l'étiologie viennent complexifier le tableau clinique du diagnostic de la fibromyalgie (Allard-Cadieux, 2007).

Prévalence

À l'échelle planétaire, le nombre de personnes souffrant de fibromyalgie est en moyenne de 2,0 à 4,0 % (Laroche, 2009). Par ailleurs, il importe de mentionner que ce pourcentage représente la moyenne de plusieurs variations provenant de divers pays. En ce sens, la Norvège et Israël dénombrent plus de 6,0 % des individus souffrant de fibromyalgie tandis que le Danemark et la Finlande diagnostiquent moins de 1,0 % de leur population avec ce syndrome (Sordet-Guepet, 2004). Cette variation au niveau de la prévalence entre les pays serait possiblement influencée par la spécialité des professionnels qui émettent le diagnostic et par l'emploi de différents critères diagnostiques mentionnés précédemment. Ainsi, chez les rhumatologues qui travaillent au Canada, les consultations par des individus souffrant de fibromyalgie arrivent au 3^e rang et constituent 48,0 % de l'ensemble des consultations totales (Eisinger, 2002).

Au premier abord, ce syndrome semble être généralement associé aux femmes étant donné les études effectuées sur le sujet qui sont généralement constituées d'une population clinique féminine (Kahn, 2002). Ainsi, 4 à 7 femmes seraient diagnostiquées

fibromyalgiques pour chaque homme qui en souffre (Mezerai & Tachon, 2004; Laroche, 2009). Toutefois, il importe de mentionner que ce ratio n'est pas fixe puisque depuis 2000, de plus en plus de cas de fibromyalgie sont répertoriés chez les hommes. Selon le docteur Marchand (2003), la prévalence de ce syndrome actuellement plus importante chez les femmes proviendrait d'une cause de nature hormonale.

La résurgence de ce syndrome est apparue depuis l'année 1995. Cette augmentation du nombre de personnes souffrant de fibromyalgie est reconnue par plusieurs professionnels de la santé. En ce sens, les médecins généralistes et les rhumatologues témoignent d'une pseudo-épidémie en regard de l'augmentation des diagnostics de cette affection (Kahn, 2002; Guité & Drouin-Bégin, 2000; Sordet-Guepet, 2004).

Pronostic

La fibromyalgie fait l'unanimité quant à la complexité de sa prise en charge par le corps médical. Ces mêmes spécialistes conviennent de l'importance que cette prise en charge s'effectue le plus rapidement possible (Kahn, 2002; Prieur, 2000; Yunus, 1988). La fibromyalgie apparaît à partir de l'âge de 30 ans et évolue de manière différente selon les individus qui en souffrent. Les manifestations de cette évolution s'expriment par des poussées douloureuses dans le corps qui ne semblent apparentées à aucune décomposition de nature ostéoarticulaire (Sordet-Guepet, 2004). Le pronostic de cette affection est très diversifié au sein de la littérature médicale. À cet effet, certains

affirment une amélioration significative des symptômes dans 70,0 % des cas et même une guérison pour 25,0 à 30,0 % des individus atteints (Kochman, 2002). D'autres ne peuvent envisager la guérison de ce syndrome et mentionnent une persistance des symptômes sur 10 ans dans 85,0 % des cas (Kahn, 2002; Prieur, 2000).

Hypothèses étiologiques

La fibromyalgie reste encore à ce jour une affection complexe qui trouve difficilement sa place parmi l'éventail de classifications soulevées par sa diversification symptomatologique. À cet égard, le Dr. Marchand (2003) émet l'hypothèse que cette complexité quant à la classification résulterait du peu de recherches multidisciplinaires effectuées sur le sujet. Ainsi, plusieurs recherches seraient faites spécifiquement dans le domaine de la neurologie, la neuropsychologie, la génétique ainsi que la psychologie, mais ne prendraient pas en considération les éléments provenant d'une autre spécialité que la leur (Allard-Cadieux, 2007). La section qui suit met en lumière ces divers domaines d'études et leurs hypothèses étiologiques en regard du syndrome de la fibromyalgie.

Hypothèses neurologiques

À ce jour, les hypothèses quant à l'étiologie neurologique de la fibromyalgie constituent celles qui résultent du plus grand nombre de consensus au travers des chercheurs (Laroche, 2009). Ces recherches démontrent que la fibromyalgie serait occasionnée par une atteinte du système nerveux central qui engendrerait un trouble au

niveau musculaire (White & Oorey, 1997). D'autres recherches de ce même domaine soutiennent que le fonctionnement de certains neurotransmetteurs dont la sérotonine et la dopamine serait altéré chez les gens souffrant de fibromyalgie (Marchand, 2003). Cette affection serait donc engendrée par une baisse de ces neurotransmetteurs dans le liquide céphalo-rachidien. En prenant en considération que ces deux neurotransmetteurs sont impliqués dans le traitement de la douleur, plusieurs chercheurs émettent l'hypothèse que ce dysfonctionnement neurologique serait à la source d'un seuil de perception de la douleur plus bas chez les individus atteints de fibromyalgie (Abeles, Pillinger & Solitar, 2007). Dans un même ordre d'idées, la présence de stress dans la vie de l'individu fibromyalgique viendrait exacerber l'inhibition de ces neurotransmetteurs et influencerait le seuil de douleur chez ce dernier (Quinter, & Cohen, 1999). Le dysfonctionnement des systèmes sérotoninergiques présent à la fois chez les individus souffrant de fibromyalgie et les individus souffrant de dépression vient renforcer le lien préexistant entre ces deux affections (Sordet-Guepet, 2004). Un autre neurotransmetteur, couramment appelé substance P, serait à la source d'un dysfonctionnement chez la population souffrant de fibromyalgie. Cette substance impliquée dans la transmission des signaux de douleur au niveau de la moelle épinière atteindrait un taux anormalement élevé dans le liquide céphalo-rachidien ce qui aurait pour effet de perturber les systèmes qui ont pour fonction d'inhiber les messages de douleur (Lautenbacher & Rollman, 1997).

Par ailleurs, d'autres études mentionnent que les individus souffrant de fibromyalgie détiendraient un taux élevé de cytokines qui participent à l'équilibre du système immunitaire. Cet excès en cytokines provoquerait une augmentation de la substance P qui à son tour favoriserait la perception des messages douloureux au niveau du corps en abaissant le seuil de perception de la douleur (Laroche, 2009). Il importe de noter que les résultats provenant des recherches mentionnées précédemment ne présentent pas un lien de causalité (Yunus, 1988). Enfin, une équipe de chercheurs du Centre Hospitalo-universitaire de la Timone à Marseille aurait identifié la présence d'une anomalie quant à l'irrigation sanguine de certaines parties du cerveau. Ainsi, il y aurait un apport sanguin trop important dans certaines régions du cerveau qui ont pour fonction de transmettre le signal de douleur tandis qu'une autre zone impliquée dans la réponse émotionnelle à la douleur serait insuffisamment irriguée (Guedj, 2008).

Hypothèse neuroendocrine

L'hypothèse d'une cause hormonale au syndrome de la fibromyalgie représente l'objet de plusieurs autres recherches. Certaines études effectuées en 2002 par Okifuji et Turk avancent un lien corrélationnel entre la fibromyalgie et un dérèglement des systèmes endocriniens et immunitaires. Les travaux du Dr. Marchand effectués en 2003 appuient ce lien corrélationnel. En ce sens, en regard du plus grand nombre de femmes versus d'hommes souffrant de fibromyalgie, il émet l'hypothèse que les hormones sexuelles de la femme, soit l'œstrogène et la progestérone, favorisent une augmentation du message de la douleur tandis que la testostérone chez l'homme aurait pour effet de

diminuer ce même message. Par ailleurs, de nombreux travaux soutiennent la présence d'une anomalie au niveau du métabolisme du cortisol chez les gens souffrant de fibromyalgie. Bien que cette hypothèse soit commune à plusieurs études, les nuances entre celles-ci impliquent d'importantes vérifications avant qu'un lien significatif puisse être confirmé (Laroche, 2009).

Hypothèse génétique

Les études effectuées sur la possibilité d'une transmission génétique du syndrome fibromyalgique n'ont encore ciblées aucun gène responsable de celui-ci, et ce, bien qu'on observe une prévalence plus importante au sein de certaines familles. Ces mêmes recherches ont néanmoins soulevé plusieurs anomalies génétiques liées à d'autres pathologies d'ordre psychologique telles que la dépression et certains traits de personnalité (Laroche, 2009).

Hypothèse psychologique

Bien que l'ensemble des recherches qui adressent l'étiologie de la fibromyalgie s'appuient sur des aspects physiologiques, neurologiques et même génétiques ; certaines d'entre elles émettent des hypothèses de nature psychologique. Les aspects psychologiques prédisposant à cette affection seront traités dans la section qui suit portant sur les aspects psychologiques partagés par les individus souffrant de fibromyalgie.

Traitements

Les modalités de traitements existant à ce jour pour le syndrome de la fibromyalgie vont de pair avec les diverses hypothèses étiologiques présentées précédemment. Ainsi, on retrouve des traitements de nature pharmacologique, multimodale et psychothérapeutique.

Pharmacologique

Les traitements pharmacologiques sont généralement les premiers prescrits chez les individus souffrant de fibromyalgie. Ces traitements médicamenteux adressent en premier lieu, la douleur chronique ressentie par les fibromyalgiques puis, les autres symptômes tels que les troubles du sommeil et les manifestations de l'ordre de la dépression. Pour diminuer la douleur, sont prescrits les antalgiques classiques notamment, le tramadol et le paracétamol, et ce, bien que plusieurs études mettent de l'avant leur faible efficacité à long terme (Laroche, 2009). De plus, des anti-inflammatoires ainsi que des anesthésiques peuvent être prescrits pour amoindrir la douleur chronique (Allard-Cadieux, 2007). Les antidépresseurs, quant à eux, sont utilisés à la fois pour leur effet antalgique et pour adresser les troubles du sommeil tout comme les symptômes dépressifs. À ce jour, plusieurs types d'antidépresseurs sont employés dans le cadre du traitement de la fibromyalgie tel que les tricycliques, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS) et les inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa). Le choix de ceux-ci repose majoritairement sur la singularité du portrait symptomatologique de chaque individu

(Laroche, 2009). Au sein des tricycliques, la molécule amitriptyline représente une des seules à avoir démontré une efficacité significative pour réduire à la fois les troubles du sommeil et la douleur ressentie chez les individus fibromyalgiques (El-Hage, Lamy, Goupille, Gaillard, & Camus, 2006).

Il importe de noter que pour ce même syndrome, les médecins prescrivent une diversité de combinaisons médicamenteuses, et ce, étant donné l'éventail des tableaux diagnostics et de réponses au traitement observés chez ces individus. En ce sens, d'autres traitements pharmacologiques tels que les antiépileptiques et les myorelaxants sont actuellement à l'essai pour la gestion des douleurs chroniques (Laroche, 2009). Enfin, même s'ils améliorent le fonctionnement au quotidien des gens souffrant de fibromyalgie, les traitements pharmacologiques à eux seuls n'ont pas autant d'efficacité que lorsqu'ils sont combinés à un traitement psychothérapeutique.

Psychothérapeutique

Le traitement psychothérapeutique est parfois associé au traitement pharmacologique dans la prise en charge de ce syndrome. De façon générale, la psychothérapie aide l'individu dans l'acceptation de la douleur musculo-squelettique tout comme dans la gestion des émotions générées par celle-ci. Les approches psychothérapeutiques citées au sein de la littérature sont très diversifiées. D'une part, l'approche cognitivo-comportementale constitue, à ce jour, celle ayant prouvé son efficacité dans la diminution des symptômes douloureux (Laroche, 2009). Une récente

étude suggère un impact favorable à court terme chez les gens souffrant de fibromyalgie par l'écriture des émotions liées aux événements traumatiques de leur vie (Broderick, Junghaenel & Schwartz, 2005). D'autre part, une recherche portant sur l'intervention psychothérapeutique chez les femmes souffrant de fibromyalgie met en lumière l'efficacité de l'art-thérapie centrée sur l'expression non verbale des émotions (Grenier, 1999). Ainsi, les modalités quant au traitement par l'expression émotionnelle divergent d'une approche théorique à l'autre. Ces divergences soulèvent l'importance d'adresser les moyens psychothérapeutiques et leur efficacité au sein des futures études sur le sujet.

Multidisciplinaire

Plusieurs études soutiennent l'importance d'un traitement de nature multidisciplinaire qui met l'accent à la fois sur les manifestations symptomatologiques physique et émotionnelle de ce syndrome (Thieme, Turk, & Flor, 2004). Une médication appropriée à la singularité symptomatologique de l'individu combinée à un programme d'exercice physique ainsi qu'une psychothérapie axée sur l'expression des émotions semblent constituer le traitement multidisciplinaire le plus efficace pour la prise en charge de la fibromyalgie (Laroche, 2009).

Les aspects psychologiques

La section suivante aborde les aspects psychologiques de la fibromyalgie en regard de la comorbidité, des facteurs psychologiques prédisposant et des traits de personnalité présents chez les gens qui en sont atteints. Cette section fait également état

de la relation d'objet et des aspects identitaires observés au sein des recherches qui abordent la fibromyalgie avec une compréhension psychodynamique de cette dernière.

Bien que le syndrome de la fibromyalgie soit marqué par plusieurs symptômes de nature physique et neurologique, il présente également des manifestations psychologiques significatives. Les recherches de nature psychologique dépeignent un portrait de vulnérabilité psychique chez les individus souffrant de fibromyalgie qui se traduit par une hyperréactivité au stress, une tendance à la victimisation ainsi qu'un besoin de dépendance significatif à l'autre (Eisinger, 2002). Les paragraphes suivants mettent de l'avant les résultats actuels qui mettent en relief les similarités psychologiques chez les femmes souffrant de la fibromyalgie en regard des liens de comorbidité, des facteurs psychologiques prédisposant, des traits de personnalité, de la relation d'objet tout comme des aspects identitaires.

Comorbidité

Les études portant sur le sujet de la fibromyalgie soutiennent qu'il est rare d'observer chez une personne qui souffre de ce syndrome uniquement les symptômes liés de manière générale à celui-ci. On remarque plutôt la présence de plusieurs autres manifestations symptomatologiques, voire d'autres affections de nature psychologique qui en complexifient le portrait diagnostique. À cet effet, plusieurs études soutiennent la présence d'un lien significatif entre le syndrome de la fibromyalgie et l'expression d'anxiété et/ou de symptômes dépressifs (Laroche, 2009). À cet effet, plusieurs auteurs,

dont Eisinger (2002) rapportent qu'un épisode de dépression serait vécu chez environ un tiers des individus atteints de fibromyalgie. Cette prévalence significative de la dépression chez les fibromyalgiques est plus importante que celle retrouvée dans la population normale, mais reste similaire à d'autres affections présentant une douleur chronique (Thieme & al., 2004). Pour certains, cette coexistence entre la fibromyalgie et la dépression semble être le résultat d'une atmosphère familiale teintée d'éléments dépressifs (Prieur, 2000). Étant donné la nature chronique des symptômes liés à la fibromyalgie, certains auteurs suggèrent qu'elle serait plus associée à la dysthymie qu'à la dépression. D'autres études indiquent que la présence simultanée de douleur chronique dont souffrent les fibromyalgiques et des symptômes dépressifs serait possiblement le résultat d'un état de stress post-traumatique (Lorin, 2008). La section qui suit met de l'avant l'hypothèse de certains facteurs psychologiques prédisposant l'apparition du syndrome de la fibromyalgie chez un individu.

Facteurs psychologiques prédisposant

Les études effectuées par Van Houdenhove (2003) mettent de l'avant l'idée que les individus souffrant de fibromyalgie auraient vécu des expériences de vie plus difficiles que la moyenne. Dans le même ordre d'idées, d'autres chercheurs ont observé que les individus fibromyalgiques avaient fait l'expérience de plus de problèmes psychosociaux que la norme avant l'âge de 7 ans (Imbrierowicz & Egle, 2003). Des événements stressants vécus à l'enfance notamment des abus physiques et/ou sexuels, des traumatismes physiques (accidents) ainsi que des événements catastrophiques

semblent constituer des facteurs de risques dans l'apparition du syndrome de la fibromyalgie (Boisset-Piolo, Esdaile, & Fitzcharles, 1995; Laroche, 2009). En ce sens, le Dr Lorin (2008) soutient la présence de carences affectives et de négligences parentales au sein des antécédents des individus souffrant de fibromyalgie. Enfin, l'ensemble des études mentionnées précédemment nous porte à croire que l'histoire de vie des gens souffrant de fibromyalgie est imprégnée d'expériences marquantes qui ont possiblement contribué à l'émergence du syndrome. La section suivante présente les traits de personnalité qui semblent être partagés par les femmes souffrant de fibromyalgie.

Traits de personnalité

Les femmes souffrant de fibromyalgie partageraient des traits de personnalité singuliers. Certaines recherches soulèvent la présence de traits de personnalité tels que la « dramatisation » et le « catastrophisme » chez les individus souffrant de fibromyalgie (Sordet-Guepet, 2004). Ces traits de personnalités peuvent être perçus comme étant « une réponse cognitive et affective à la douleur avec ruminations, désespoir et impuissance » (Laroche, 2009, p. 532). Chez certaines femmes souffrant de fibromyalgie, cette exagération de l'expression émotionnelle est souvent considérée comme un trait de personnalité hystérique, voire histrionique. À ce jour, cette association entre la personnalité hystérique et la fibromyalgie reste encore critiquée (Lorin, 2008). D'autres recherches, quant à elles, mettent de l'avant la présence d'une alexithymie chez les sujets fibromyalgiques, soit une importante difficulté à verbaliser les émotions ressenties (Grenier, 1999; Laroche, 2009). Le paragraphe qui suit met de

l'avant les similitudes retrouvées chez les femmes atteintes du syndrome de la fibromyalgie en regard de leur relation d'objet.

Relation d'objet

La relation d'objet est un terme psychanalytique qui désigne : « le mode de relation du sujet avec son monde, relation qui est le résultat complexe et total d'une certaine organisation de personnalité et d'une appréhension plus ou moins fantasmatique des objets » (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 404). Au sein de la littérature existante sur le sujet, nous notons que certaines études soulèvent la présence d'une dépendance à l'autre dans le mode relationnel des gens souffrant du syndrome de la fibromyalgie (Sordet-Guepet, 2004). Une récente étude suggère que la relation d'objet des sujets fibromyalgiques prendrait racine dans certaines problématiques quant à la relation primaire vécue avec la mère. Cette dernière encouragerait un rapport à l'autre de nature fusionnelle ce qui ne permettrait pas à l'enfant de « développer un sentiment d'existence authentique, l'enfant développerait un *faux self* qui correspondrait à ce que la mère désire qu'il soit » et non à ce qu'il est véritablement (Allard-Cadieux, 2007, p. 198). Cette notion de *faux self* a été développée par Winnicott et représente un soi emprunté à l'autre afin de convenir aux exigences de l'environnement. Son existence chez les individus fibromyalgiques semble brimer la naissance d'un soi véritable et engendre une défaillance dans l'organisation du narcissisme primaire (Winnicott, 1960) ; notion sur laquelle nous nous pencherons dans la section suivante. Une autre étude suggère que le mode relationnel des femmes souffrant de fibromyalgie serait marqué par des rapports

de distance relationnelle qui sont soit très rapprochés, soit très éloignés (Allard-Cadieux, 2007; Grenier, 1999). Enfin, il est à noter que les études portant sur la relation d'objet des femmes souffrant de fibromyalgie adressent également l'identité de celles-ci en ayant à l'esprit que ces deux notions s'influencent mutuellement. La section qui suit traite des similitudes identitaires chez les femmes fibromyalgiques.

Aspects identitaires

Dans cette section, nous aborderons les hypothèses actuelles quant aux principaux enjeux identitaires vécus chez les femmes souffrant de fibromyalgie. D'un point de vue psychodynamique topique, l'identité regroupe plusieurs instances, notamment le Moi, le Surmoi, le Ça et l'Idéal du Moi. Selon les écrits actuels, les failles identitaires chez les individus atteints du syndrome de la fibromyalgie se retrouvent au niveau du Moi, une instance psychique qui correspond sémantiquement au « je » employé comme sujet dans une phrase. Le Moi se définit comme la somme des expériences vécues chez un individu et constitue une instance psychique en construction dès la naissance de celui-ci (Bergeret, 2004; Laplanche, & Pontalis, 2004). Cette genèse n'est pas encore complètement élucidée et il arrive que le Moi « se forme à la suite d'identifications successives à des objets extérieurs qui sont ainsi intériorisés, incorporés au Moi » (Bergeret, 2004, p. 59). En ce sens, une étude émet l'hypothèse que la figure maternelle jouerait un rôle de miroir engendrant une identification intériorisée chez les femmes souffrant de fibromyalgie. Cette intériorisation d'un *Moi autre* amène certaines

femmes atteintes du syndrome à « se voir qu'à travers le miroir que lui offrait leur mère » (Allard-Cadieux, 2007, p. 188) sans pouvoir exprimer un *Moi authentique*.

À cet effet, une étude observe la présence d'une faille dans la différenciation entre soi et autrui chez les individus souffrant du syndrome de la fibromyalgie (Grenier, 1999). Cette altération des limites entre l'autre et soi quant à l'identité prendrait racine dans le narcissisme primaire de l'individu. Un des principaux éléments qui composent l'identité est le narcissisme qui se subdivise en deux, soit le narcissisme primaire et le narcissisme secondaire. Le narcissisme primaire se construit préalablement aux premières années de vie par un investissement « libidinal du sujet lui-même » et est tributaire de la différenciation des sexes (Bergeret, 2004, p. 73). Le narcissisme secondaire, quant-à-lui, symbolise la relation entretenue avec soi-même après avoir investi d'autres objets/sujets (Laplanche & Pontalis, 2004). Grenier (1999) soulève la présence d'une faille au niveau du narcissisme primaire chez les femmes atteintes de fibromyalgie. Cette entrave engendre une confusion dans la différenciation entre le soi et le non-soi. À cet effet, l'étude effectuée par Grenier (1999) sur le fonctionnement intrapsychique des femmes souffrant de fibromyalgie suggère que l'altérité ne se présente pas comme une complétude, mais plutôt comme une opposition. Les individus fibromyalgiques sont ainsi maintenus dans un mouvement d'individuation limité.

Cette faille du narcissisme primaire semble être également à la source d'une identification sexuelle mal fixée, voire indéfinie, chez les femmes souffrant de

fibromyalgie. Ces mêmes résultats soulèvent un dilemme dans le rapport au féminin chez les femmes souffrant de ce syndrome (Grenier, 1999). Les résultats de l'étude effectuée par Allard-Cadieux (2007) vont dans ce sens et suggèrent la présence de certains troubles du corps féminin partagés par les participantes fibromyalgiques. Ainsi, certaines d'entre elles semblent symboliser les difficultés de ce rapport par certains aspects de leur histoire personnelle, notamment par une opération de l'utérus ou par le refus de leur propre féminité, voire de leur nature maternelle. Enfin, la littérature actuelle sur le sujet de la fibromyalgie suggère que la construction identitaire des femmes qui souffrent de ce syndrome est précaire, c'est pourquoi elle donne lieu parfois à un certain infantilisme, voire une immaturité, dans le fonctionnement psychique (Lorin, 2008).

Pertinence et objectif de l'essai

L'exploration des études portant sur la fibromyalgie nous permet de constater que très peu d'entre elles utilisent les méthodes projectives afin d'observer le monde intrapsychique des gens souffrant de ce syndrome. À notre connaissance, l'étude de Grenier (1999) semble être la seule à employer une méthode projective de nature graphique en vue de soulever les similitudes entre les femmes souffrant de fibromyalgie. L'étude actuelle s'inscrit d'ailleurs dans la même lignée que celle de Grenier (1999). À cet égard, il nous semble pertinent d'approfondir les aspects significativement communs chez les femmes souffrant de fibromyalgie, soit les perturbations identitaires tout comme la relation d'objet. De plus, n'ayant répertorié aucune étude employant spécifiquement le

Rorschach auprès de cette clientèle, nous croyons que son utilisation pourrait permettre de soulever des indices similaires au sein des protocoles des femmes souffrant de fibromyalgie en regard de leur fonctionnement psychologique. Et ultimement, permettre une meilleure compréhension du syndrome et des enjeux psychiques dans le but de développer des traitements plus appropriés.

L'objectif de cette étude est donc d'observer comment se présentent les perturbations identitaires inconscientes tout comme le mode de relation à l'autre chez les femmes souffrant de la fibromyalgie au sein de leurs projections au Rorschach.

Méthode

La section qui suit aborde la méthodologie employée au sein de la présente étude. Tout d'abord, elle traite de la déontologie de l'étude et des critères de participation utilisés. Elle présente ensuite le processus de sélection des participantes et les étapes qui composent le déroulement de l'étude. Enfin, cette section aborde le choix de l'instrument de mesure employé et met de l'avant une brève description de ce dernier.

Déontologie de l'étude

Les participantes de l'étude sont informées préalablement à leur participation des mesures prises afin d'assurer la confidentialité de leurs résultats. Elles sont également avisées de leurs droits à s'abstenir de répondre à une question ou à se soustraire de l'étude. Le formulaire d'information et de consentement se retrouve à l'appendice A de cette étude.

Critères de participation

Les critères d'inclusion et d'exclusion retenus par cette étude s'appuient sur la prévalence du syndrome de la fibromyalgie ainsi que ses critères diagnostiques. Les participantes sont de sexe féminin et âgées de plus de 30 ans. Ces femmes ont reçu un diagnostic du syndrome de la fibromyalgie par un professionnel de la santé, et ce, depuis plus de deux ans. De plus, elles répondent aux critères diagnostiques de ce syndrome

adoptés par le Collège des Médecins du Québec en 1996 dont le premier constitue la présence d'une douleur musculaire diffuse dans les quatre quadrants du corps depuis plus de trois mois. Cette douleur musculaire ne peut être explicable par d'autres causes de natures inflammatoires, métaboliques ou toxiques. Le second critère, quant à lui, repose sur la présence de 11 points sensibles à la pression sur les 18 points qui sont généralement répertoriés sur le corps. Ces points corporels doivent être d'une sensibilité au toucher équivalente à une pression de 4 kg (Eisinger, 2000). Au-delà de la douleur musculaire, les participantes de cette étude souffrent également de symptômes de fatigue chronique.

Sélection des participantes

La sélection des participantes s'effectue parmi les clientes souffrant de fibromyalgie actuellement en suivi psychologique au CSSS de la Pointe-de-l'Île. Dans un premier temps, nous avisons les psychologues du CSSS qui suivent certaines femmes souffrant de fibromyalgie telle que définie par notre étude. Nous les invitons à informer leurs clientes de la possibilité de participer à ce projet de recherche. Par la suite, les premières clientes qui démontrent de l'intérêt parmi les celles identifiées nous sont référées par ces mêmes professionnels. Ainsi, trois femmes sont retenues comme participante volontaire. Enfin, nous prenons contact avec ces trois femmes par téléphone afin de déterminer le moment de la première rencontre lors de laquelle nous présentons le formulaire d'information et de consentement à cette étude.

Déroulement

Cette étude comprend trois entrevues individuelles semi-dirigées. Les deux premières entrevues sont effectuées à une semaine d'intervalle chacune tandis que la dernière a lieu un mois après la deuxième. L'ensemble de ces rencontres est effectué par nous-même et réalisé dans un local de consultation psychologique du CSSS de la Pointe-de-l'Île.

La première entrevue est allouée à la signature du formulaire de consentement ainsi qu'à la transmission des informations relatives à la nature des deux rencontres subséquentes. Lors de cette rencontre, nous remettons le formulaire et explicitons les éléments liés à l'étude sans toutefois mentionner le nom du test projectif qui sera utilisé pour effectuer la passation. Cette réserve nous permet à la fois de protéger l'effet de la nature projective du test sur la participante tout comme l'obtention de données plus valides quant à la réalité inconsciente de celle-ci. Enfin, lorsque la participante donne son consentement par le biais d'une signature du formulaire, nous effectuons la planification d'un échéancier pour les rencontres à venir.

La seconde entrevue d'une durée d'une heure et demie est dédiée à la passation du test Rorschach afin d'évaluer le fonctionnement psychique de la participante. Dans l'optique de prévenir les répercussions psychologiques de cette expérience projective, nous gardons 15 minutes à la fin de la rencontre pour faire verbaliser la participante sur

l'expérience vécue. Il est à noter que les éléments verbalisés lors de ce dernier moment ne sont pas pris en considération au sein des résultats obtenus dans cette étude.

La troisième et dernière entrevue d'une durée d'une heure et demie comprend deux objectifs, soit la restitution des résultats obtenus au Rorschach et l'investigation de l'état psychique de la cliente après sa participation à la présente étude.

Choix de l'instrument de mesure

Au sein de la présente étude, nous optons pour l'emploi d'un test projectif, soit le Rorschach qui fait appel à l'inconscient des participantes. Les méthodes projectives permettent d'avoir une certaine ouverture sur la complexité des éléments latents qui composent le psychisme de ces femmes souffrant de fibromyalgie. Les méthodes projectives nous donnent ainsi l'occasion de considérer à la fois le discours manifeste et le discours latent. Ainsi, le Rorschach permet d'amener à la conscience des enjeux relationnels et identitaires appartenant à un stade développemental souvent enfouis dans l'inconscient et difficilement accessibles. Cet éclairage nous permet donc d'entrevoir la nature des enjeux primaires, voire archaïques de l'individu en prenant appui sur l'inconscient dynamique de ce dernier (Chabert, 2004). Ainsi, nous figurons que le test projectif Rorschach constitue un outil de choix pour investiguer les aspects de nature psychologique chez les femmes atteintes du syndrome de la fibromyalgie.

Rorschach

Le Rorschach est un test psychologique qui comprend dix planches sur lesquelles sont imprimées des tâches d'encre de façon bilatérale, de couleurs chromatiques et achromatiques. La passation de ce test s'effectue en deux temps au sein d'une même rencontre et ne requiert aucune habileté précise de la part de la participante. Tout d'abord, la personne évaluée doit exprimer verbalement ce qu'elle voit à partir des tâches d'encre qui lui sont présentées. Ensuite, l'évaluateur doit reprendre chacune des réponses de la personne dans l'ordre où elle les a formulées et investiguer l'endroit où elle a vu ses réponses ainsi que les éléments caractéristiques qui lui ont fait voir celles-ci.

Tel que mentionné précédemment, la nature projective de l'expérience que suscite le Rorschach permet d'entrevoir certains éléments inconscients chez les participantes. En ce sens, les caractéristiques manifestes et latentes des planches utilisées comme stimuli engendrent la verbalisation de réponses tout à fait singulières. Les caractéristiques manifestes des tâches se retrouvant sur les planches détiennent à la fois une dimension structurale et une dimension sensorielle. La dimension structurale, soit la bilatéralité et la forme ouverte ou fermée des tâches, permet de mettre en lumière l'organisation perceptuelle, la constitution identitaire et le niveau de perméabilité de la limite entre l'intérieur et l'extérieur chez la participante. La dimension sensorielle, quant à elle, renvoie aux couleurs chromatiques ou achromatiques des tâches. Cette dimension permet d'évaluer la sensibilité de la participante à divers affects, notamment les affects

dépressifs, agressifs, libidinales ainsi qu'au mouvement régressif que peut susciter certaines de ces planches. Par ailleurs, les sollicitations latentes singulières de chacune des planches permettent d'entrevoir les enjeux identitaires et relationnels prédominants chez chacune des participantes (Chabert, 2004). Enfin, la cotation de ce test projectif fut standardisée par Exner en 2002 pour la population nord-américaine.

Résultats

La présente section met de l'avant les résultats obtenus au sein des protocoles de Rorschach des trois participantes de cette étude. Dans un premier temps, cette section traite de la méthodologie employée afin d'analyser les résultats recueillis. Dans un second temps, elle aborde les résultats selon une analyse quantitative et en dernier lieu, elle fait état de ces mêmes résultats sous une analyse qualitative de ceux-ci. Au sein de chacune des analyses, nous présentons d'abord les indices présents chez chacune des participantes au Rorschach, puis les indices qui sont communs à 2 des 3 participantes de l'étude. Cette dernière comparaison des protocoles au test Rorschach nous permet d'entrevoir des hypothèses quant aux ressemblances du fonctionnement psychologique des femmes atteintes du syndrome de la fibromyalgie.

Analyse des résultats

Les résultats du test Rorschach sont analysés selon les méthodes établies et validées à cet effet. En ce sens, l'analyse des données recueillies au Rorschach a fait l'objet d'une analyse qualitative en se basant sur la méthode française de Chabert (1997) et d'une analyse quantitative en se basant sur la méthode d'Exner (2003). Par la suite, nous confrontons ces deux analyses au sein de la section discussion afin de faire ressortir une synthèse des données recueillies.

Afin de mesurer le degré de consistance de ce test, les résultats trouvés font l'objet d'un accord inter-juges entre nous-même et madame Catherine Sylvestre, toutes deux internes en psychologie. Ainsi, nous procédons indépendamment à la cotation du Rorschach au niveau quantitatif ainsi qu'au niveau qualitatif pour chacune des participantes de cette étude, puis nous confrontons les résultats obtenus. Cet accord inter-juges permet d'apporter une certaine objectivité quant à la nature subjective de l'interprétation des résultats de ce test.

Analyse quantitative

À l'exception des ensembles qui portent sur le stress situationnel de la passation et sur les capacités de contrôle du stress, chacun des ensembles que comporte l'analyse quantitative selon Exner (2003) est utilisé dans cette section, et ce, afin de présenter de manière exhaustive les similitudes retrouvées entre les protocoles des femmes souffrant de fibromyalgie. L'appendice B présente les résumés structuraux de chacune des participantes.

Au sein de l'analyse quantitative des protocoles des participantes, nous observons que le nombre de réponses émises au Rorschach se situe dans la norme attendue et varie de 20 à 36 réponses. Ces mêmes participantes présentent un Lambda qui se situe entre 0,33 et 0,82. Ainsi, les protocoles de deux des participantes indiquent un style de coping introversif tandis qu'un seul met de l'avant un style extratensif.

Affects

L'observation des indices qui composent l'ensemble affects indique peu de similitudes entre les protocoles de cette étude. Néanmoins, nous notons dans chacun de ceux-ci que la valeur de l'index d'intellectualisation se situe significativement au-dessus de la norme attendue (norme = 0 à 4) variant entre 7 et 8 ; et que deux des trois protocoles présentent une valeur de Lambda qui suggère un style introversif de coping. Il importe également de noter que l'indice de dépression n'est pas significatif pour chacun des protocoles à l'étude.

Traitement de l'information

L'ensemble des indices qui évalue le traitement de l'information au sein des résultats représente le premier de la triade cognitive qui comprend également l'ensemble médiation cognitive et l'ensemble idéation (Exner, 2003). Au sein de cet ensemble, nous pouvons observer que la valeur des indices qui composent le rapport W : D : Dd (indices de localisations) diffère de la norme attendue (norme = 1 : 1,3 à 1,6 : Dd < 4) au sein de chacun des protocoles. Dans deux des trois protocoles des femmes souffrant de fibromyalgie, nous notons des séquences de localisations irrégulières ainsi qu'une valeur de Zd supérieure (7, 4) à la norme attendue (norme = 3 à -3).

Médiation cognitive

Au sein des indices en lien avec la médiation cognitive qui met en lumière le testing de la réalité, nous remarquons que la valeur du X-% (réponse moins) est

significativement plus élevée (40, 33, 20) que la norme attendue (norme ≤ 15), et ce, pour chacun des protocoles des femmes souffrant de fibromyalgie. Ces mêmes protocoles présentent une valeur de X+% (réponse o) nettement inférieure à la moyenne générale des adultes (norme ≥ 50). Enfin, deux protocoles sur trois indiquent une valeur de XA% (réponse de bonne forme) (64, 55) et de WDA% (réponses de bonne forme dans localisations W et D) (70, 62) inférieure à la norme attendue (norme XA% = 78 à 90).

Idéation

L'ensemble des indices de cette section évalue la façon dont les participantes traduisent et conceptualisent leurs pensées afin de leur octroyer une signification. Plusieurs indices de cet ensemble mettent de l'avant certaines similarités chez chacune des participantes. Ainsi, les trois protocoles évalués démontrent une fréquence (4) de réponses MOR (réponse morbide) qui excède la norme attendue. Ces mêmes protocoles indiquent des valeurs (7, 8, 8) qui sont nettement supérieures aux valeurs généralement observées en ce qui a trait à l'index d'intellectualisation (norme = 4 à 6). Les protocoles des trois participantes présentent un rapport de scores spéciaux (Sum6 et WSum6) significativement au-delà de la norme (norme WSum6 > 6), soit de 63, 47 et 23. Nous observons également une qualité formelle négative pour au moins un mouvement humain dans chaque protocole analysé. Enfin, deux protocoles sur trois présentent un rapport a : p (mouvement actif : mouvement passif) qui excède la norme attendue où la valeur d'un des deux côtés est plus de deux fois supérieur à l'autre. Ainsi, la

participante 1 montre un nombre de mouvements passifs deux fois supérieur (10) au nombre de mouvements actifs (4) tandis que les résultats de la participante 3 suggèrent un nombre de mouvements actifs trois fois supérieur (7) au nombre de mouvements passifs (2).

Perception des relations et comportements interpersonnels

Au sein de l'ensemble des indices qui mettent en lumière les relations interpersonnelles des participantes, nous retrouvons certaines ressemblances quant aux résultats obtenus. Dans chacun des protocoles des participantes souffrant de fibromyalgie, nous remarquons une valeur de SumT de zéro. Ces mêmes protocoles présentent un nombre de cotations spéciales PER (réponses personnelles) plus élevé que la norme (norme = 1), soit de deux pour les participantes 1 et 2 et de six dans le protocole de la participante 3. De plus, le nombre de réponses données qui contient un contenu humain de type H Pur est significativement inférieur à la norme habituelle en fonction du style de coping associé à la valeur du Lambda, et ce, chez chacune des participantes de cette étude. D'autres indices de cet ensemble sont similaires à l'intérieur des protocoles de deux des trois participantes souffrant de fibromyalgie. À cet effet, deux des trois protocoles présentent une réponse Food (réponse alimentaire), un indice HVI significatif ainsi qu'une valeur de PHR (pauvre représentation humaine) supérieure à la valeur de GHR (bonne représentation humaine) obtenu. Le Tableau 1 présente les résultats des trois participantes aux variables structurelles de l'ensemble « Perception des relations et comportements interpersonnels » en regard de la norme attendue.

Tableau 1

Comparaison des résultats à l'ensemble « Perception des relations et comportements interpersonnels » pour les trois participantes en regard de la norme attendue

| Variables structurelles | Participant 1 | | Participant 2 | | Participant 3 | |
|----------------------------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|
| | r | norme | r | norme | r | norme |
| CDI | 2 | | 2 | | 3 | |
| HVI | 4 | | 5 | | 1 | |
| EBper | N/A | | N/A | | N/A | |
| a : p | 4 : 10 | a ≈ 3p | 8 : 6 | a ≈ 3p | 7 : 2 | a ≈ 3p |
| Food | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Sum T | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Somme des contenus humains | 13 | 4-7 | 8 | 5-8 | 3 | 5-8 |
| H pur | 3 | 2,1 | 1 | 4,8 | 0 | 4,8 |
| GHR : PHR | 4 : 11 | GHR > PHR | 6 : 4 | GHR > PHR | 3 : 4 | GHR > PHR |
| PER | 2 | 0-1 | 2 | 0-1 | 6 | 0-1 |
| COP : AG | 2 : 1 | COP > AG | 5 : 2 | COP > AG | 2 : 0 | COP > AG |
| Index d'isolement | 0,31 | < 0,26 | 0,15 | < 0,26 | 0,20 | < 0,26 |

Note. Norme attendue selon Exner (2003).

Perception de soi

À l'intérieur de l'ensemble des indices qui évaluent la perception de soi, nous observons plusieurs similitudes entre les trois participantes de cette étude. En ce sens, nous notons une absence de déterminant Fr ou rF (réponse reflet ou miroir) dans chacun des protocoles. Nous remarquons également un nombre (4) de réponses MOR (contenu morbide) nettement supérieur à la norme attendue (norme = 0 à 1), et ce, au sein des protocoles de chacune des participantes souffrant de fibromyalgie. Dans tous les protocoles, nous notons que les réponses qui représentent un contenu humain (H, (H), (Hd), Hd) sont généralement accompagnées de cotations spéciales que l'on perçoit habituellement lors de perturbations cognitives. De plus, nous observons un nombre de réponses H pure (contenu humain) nettement inférieur au nombre généralement présent au sein des protocoles adultes, et ce, à l'intérieur des deux protocoles dont le style de coping est introversif. Nous remarquons également que l'indice HVI (sentiment de vulnérabilité) est significatif pour deux des trois protocoles. Enfin, il importe de souligner que deux protocoles sur trois ne comportent aucune réponse FD (perspective) ou Vista, indices des capacités d'introspection. Le Tableau 2 présente les résultats des trois participantes aux variables structurelles de l'ensemble « Perception de soi » en regard de la norme attendue.

Tableau 2
 Comparaison des résultats à l'ensemble « Perception de soi » pour les trois participantes
 en regard de la norme attendue

| Variables structurelles | <u>Participante 1</u> | | <u>Participante 2</u> | | <u>Participante 3</u> | |
|-------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------|
| | r | norme | r | norme | r | norme |
| R | 36 | | 20 | | 20 | |
| EB | 5 : 7,5 | | 6 : 4 | | 3 : 1 | |
| OBS | 0 | | 0 | | 0 | |
| HVI | 4 | | 5 | | 1 | |
| Reflets | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Index égocentrisme | 0,36 | 0,33-0,45 | 0,35 | 0,33-0,45 | 0,20 | 0,33-0,45 |
| FD | 0 | 1-2 | 2 | 1-2 | 0 | 1-2 |
| SumV | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| H : (H)+Hd+(Hd) | 3 : 10 | 2,1 : 3,5 | 1 : 7 | 4,8 : 2,2 | 0 : 3 | 4,8 : 2,2 |
| An + Xy | 0 | 0-1 | 1 | 0-1 | 0 | 0-1 |
| MOR | 4 | 0-1 | 4 | 0-1 | 4 | 0-1 |

Note. Norme selon Exner (2003).

Bien que cette analyse quantitative suggère plusieurs similitudes entre les protocoles des participantes souffrant de fibromyalgie, il importe d'analyser ces mêmes protocoles de manière qualitative afin d'avoir une compréhension globale des résultats obtenus.

Analyse qualitative

Cette section traite des similitudes observées au sein des protocoles des trois participantes souffrant du syndrome de la fibromyalgie lors de l'analyse qualitative de ceux-ci. Les ressemblances entre ces protocoles sont présentées sous un angle psychodynamique qui permet d'éclaircir divers facettes de l'identité et de la relation d'objet des participantes dans ce qu'elles ont de singulier. Cette analyse est effectuée selon la méthode de Chabert (1997) et présente les aspects psychiques suivants : l'identité, la relation d'objet, l'angoisse dominante, les conflits intrapsychiques, le rapport avec la réalité ainsi que la perception des limites internes/externes. L'appendice C présente la synthèse de l'analyse qualitative de chacune des participantes de cette étude.

Identité

L'analyse qualitative des protocoles de Rorschach de chacune des participantes suggère plusieurs similitudes quant aux enjeux psychiques liés à l'identité. Nous remarquons une confusion identitaire au sein de chacun des protocoles qui se manifeste à travers l'élaboration de plusieurs aspects qui composent le Moi. Ainsi, nous observons

que la différenciation des sexes semble confuse, voire absente dans chacun des protocoles. En ce sens, les résultats obtenus à la planche III du Rorschach laissent entrevoir une indifférenciation des sexes chez chacune des participantes ainsi que des êtres déshumanisés chez deux participantes. De plus, les projections d'atteintes corporelles telles que « déchirures des tissus du vagin » et « manque du ventre » verbalisées respectivement par les participantes 2 et 3 suggèrent la présence d'une problématique identitaire liée au féminin. Ces verbalisations nous amènent à nous questionner sur la représentation du féminin chez ces participantes. Nous observons également une confusion entre le règne animal et humain, et ce, en concordance avec les scores spéciaux de l'analyse quantitative chez chacune des participantes.

Au travers de ces mêmes protocoles, nous remarquons une blessure identitaire qui se traduit par l'emploi de plusieurs qualificatifs tels que « déchirées, écorché, écrasé, etc. » en lien avec certains percepts projetés. Dans tous les cas, nous observons un nombre de percepts animal (A) nettement plus élevé que le nombre de percepts humain (H) au sein de chacun des protocoles. Enfin, dans deux protocoles (2/3) nous observons une insistance sur le pareil entre les percepts projetés, et ce, par l'emploi des verbalisations suivantes : « des jumelles identiques » et « l'autre pareil ».

Relation d'objet

Les indices liés à la représentation de la relation d'objet présentent, tout comme les indices liés à l'identité, des éléments semblables chez chacune des participantes à

l'étude. À cet effet, nous remarquons que la relation à l'autre présente un axe de symétrie entre les êtres en relation où le positionnement est verbalisé comme étant « face à face » chez deux participantes (2/3). Nous observons également une similitude significative au sein des protocoles en ce qui a trait aux rapprochements qui amène souvent des mouvements fusionnels dans chacun des protocoles. Chez chacune des participantes, nous notons un besoin d'étayage qui se manifeste autant dans la relation avec l'examinatrice durant la passation du test que dans la verbalisation des relations projetées au Rorschach.

Angoisse

Nous observons chez chacune des participantes, et ce de manière générale, une angoisse de perte, voire de séparation. Ainsi, plusieurs éléments de réponses au Rorschach, notamment le nombre supérieur de réponses à la norme à la planche X en regard de la moyenne de réponses émises à chacune des planches ainsi que l'évitement de la séparation des liens relationnels ou des composantes d'un objet, laissent entrevoir une angoisse de séparation chez deux participantes (2/3). Par ailleurs, nous notons que la régression peut amener une manifestation d'angoisse d'anéantissement chez deux participantes (2/3).

Conflit psychique

L'analyse qualitative met en lumière la présence de conflits intrapsychiques quant à l'élaboration de la pulsion agressive chez deux participantes. Ainsi, une seule

participante intègre la couleur rouge et l'affect en lien avec celui-ci. Les deux autres participantes, quant à elles, semblent éviter la pulsion agressive et la renverser en son contraire.

Rapport à la réalité

De manière générale, nous observons une capacité à percevoir la réalité comme tout le monde chez chacune des participantes. Toutefois, nous remarquons que deux participantes (2/3) présentent par moments une perte de contact avec le test tout comme une perte de leur conscience interprétative lors de la verbalisation de leurs réponses. Par exemple, les participantes 1 et 3 verbalisent par moment une crainte, une peur en regard des percepts projetés. La participante 3, quant-à-elle, nous dit percevoir des objets qui appartiennent à sa réalité personnelle au sein des planches du Rorschach tel que démontré par les verbalisations suivantes : « C'est vraiment mes oiseaux. », « ...on dirait que c'est un peu ma vie, on dirait que je suis là... ». Ces éléments de réponses nous amènent à nous questionner sur la conscience interprétative et le contact avec le test chez ces deux participantes. Enfin, nous observons, par moment, une tendance à ajuster la réalité extérieure afin de la faire correspondre à la représentation internalisée de celle-ci. Par exemple, à la planche I, la participante 3 verbalise : « ...je le vois bleu, c'est fou mais je le vois bleu, parce qu'il n'est pas bleu, mais moi dans ce que je verrais, il serait bleu... ». Cette réponse nous laisse présager la présence, chez cette participante, d'un besoin d'ajuster le percept projeté à l'image intérieure qu'elle a de celui-ci

Limites internes et externes

Nous remarquons que les limites qui définissent l'extérieur versus l'intérieur d'un même percept peuvent devenir floues par moments chez chacune des participantes. Ainsi, lorsque se présente un mouvement régressif chez elles, les limites entre l'interne et l'externe se fragilisent. Toutefois, de manière générale la différenciation entre dedans/dehors semble maintenue pour chacune des participantes.

En somme, l'analyse quantitative et qualitative des protocoles de chacune des participantes à cette étude nous permet de dégager certaines similitudes quant au fonctionnement psychique des femmes souffrant de fibromyalgie. Nous remarquons que ces similitudes se retrouvent de façon plus significative dans l'analyse des aspects identitaires des participantes. Il importe de mentionner que ces protocoles comportent certes des ressemblances, mais présentent également des divergences sur plusieurs aspects qui ne sont pas mentionnées dans la précédente présentation des résultats, et ce, afin d'alléger la lecture de ceux-ci.

La discussion qui suit approfondit les ressemblances relevées chez les participantes quant aux aspects identitaires et relationnels pour ensuite les confronter à la littérature actuellement existante sur le sujet.

Discussion

Dans cette section, nous expliciterons les résultats obtenus aux analyses quantitative et qualitative par les participantes de l'étude. Par la suite, nous confronterons ces mêmes résultats à la littérature existante sur le sujet de la fibromyalgie. Au sein de cette analyse, nous approfondirons donc les similitudes partagées par les participantes au Rorschach quant aux aspects identitaires puis nous nous pencherons sur les éléments communs quant à la relation d'objet. Pour ce faire, nous utiliserons la compréhension psychanalytique de Chabert (1997) et Exner (2003) afin d'étayer certains indices partagés par les participantes atteintes de fibromyalgie. Enfin, nous aborderons les forces tout comme les limites de la présente étude ainsi que ses possibles retombées scientifiques.

Aspects identitaires

Dans un premier temps, si nous adressons les aspects identitaires en regard des résultats obtenus aux analyses quantitative et qualitative du Rorschach, nous remarquons plusieurs similitudes qui laissent entrevoir la présence d'une distorsion quant à la représentation de soi chez les femmes souffrant de fibromyalgie. Celle-ci s'exprime, entre autres, par la présence d'un nombre de percepts animal nettement supérieur au nombre de percepts humain projetés dans chacun des protocoles. Selon Chabert (1997), cet écart significatif peut suggérer la présence d'une personnalité créée autour d'un *faux*

self qui permet à l'individu de se protéger d'une véritable relation à l'autre. Cette compréhension théorique de nos résultats est similaire à celle évoquée par Allard-Cadieux (2007). Cette auteure soulève la notion de *faux self* dans le développement identitaire des femmes atteintes du syndrome de la fibromyalgie. En ce sens, cette même auteure suggère que durant l'enfance, la mère entretiendrait un rapport à l'enfant qui empêcherait ce dernier de se construire une identité singulière qui est distincte du miroir imposé par cette figure maternelle. Nos résultats appuient donc l'hypothèse de cette même auteure quant à la possibilité d'une identité reposant sur un *faux self* chez les femmes souffrant de fibromyalgie.

D'autres indices au sein des analyses effectuées ont permis de soulever la présence d'une distorsion dans la représentation de soi chez les femmes fibromyalgiques. Ainsi, nous remarquons au sein de chacun des protocoles la présence d'une double appartenance au règne humain et animal pour certains des percepts projetés. Nous observons également que deux protocoles (2/3) présentent une identification de l'autre tel un double de soi par les verbalisations suivantes : « jumelles identiques » et « l'autre pareil ». Selon Chabert (1997), ces indices laissent entrevoir une frontière confuse entre le sujet et l'autre. En ce sens, la présence de ces deux indices soulève de la possibilité d'une faille dans le processus d'individuation. Les résultats d'une recherche effectuée par Grenier (1999) sont en concordance avec ceux-ci et soulignent une confusion dans la différenciation entre le soi et le non-soi. Comme si la possibilité d'une singularité identitaire ne pouvait exister.

Cette entaille quant à la construction identitaire est également observée dans les résultats obtenus à la planche III du Rorschach. Ces derniers laissent entrevoir une indifférenciation des sexes chez chacune des participantes ainsi que des êtres dépourvus de nature humaine chez deux participantes (2/3). Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Grenier (1999) qui suggèrent la présence d'une faille au niveau du narcissisme primaire chez les femmes souffrant de fibromyalgie. Selon Chabert (1997), ces indices peuvent indiquer une conflictualité dans la prise de position relative à l'identité sexuelle de l'individu. Dans un même ordre d'idées, certaines projections au Rorschach nous amènent à nous questionner quant à la nature du rapport au féminin chez les femmes fibromyalgiques. À cet égard, nous notons la présence des verbalisations suivantes : « déchirures des tissus du vagin » et « manque du ventre » au sein des protocoles de deux participantes (2/3). Ces résultats sont également analogues à ceux de Grenier (1999) qui mettent de l'avant la présence d'un rapport problématique avec la féminité chez les femmes souffrant de fibromyalgie.

De plus, les trois protocoles évalués indiquent une fréquence (4) de réponses MOR (réponse morbide) qui excède la norme attendue. Cet écart dénote la présence d'une image de soi fortement marquée par des attributions négatives (Exner, 2003). Ces dernières nous semblent symbolisées par des qualificatifs tels que « déchirées, écorché, écrasé, etc. » en lien avec certains percepts projetés chez chacune des participantes. Nous remarquons également une absence de déterminant Fr ou rF (réponse reflet ou miroir) dans chacun des protocoles. L'absence de cet indice juxtaposé à la fréquence

élevée des réponses MOR laisse entrevoir une image de soi négative, voire blessée. D'autres indices analysés soulèvent des conclusions similaires. En ce sens, nous observons que chacun des protocoles détient une valeur de PHR (pauvre représentation humaine) supérieure à la valeur de GHR (bonne représentation humaine) obtenu. En plus, l'indice HVI (sentiment de vulnérabilité) est significatif au sein de deux protocoles (2/3). La somme des indices précédemment cités semble indiquer la présence d'une blessure identitaire qui engendre une faible estime de soi, voire un sentiment de vulnérabilité. Bien que nos résultats suggèrent la présence d'un narcissisme blessé, il importe de noter que l'indice de dépression n'est pas significatif pour aucun des protocoles analysés. Ces résultats confrontés aux données actuelles qui soulignent le lien significatif entre le diagnostic de fibromyalgie et la présence de symptômes dépressifs (Laroche, 2009) nous laissent devant plusieurs questionnements qui pourraient être approfondis lors d'une prochaine étude.

En résumé, l'analyse des résultats nous permet d'observer plusieurs similarités dans les aspects identitaires observées au sein des protocoles des participantes fibromyalgiques. Ainsi, nos résultats suggèrent la présence d'une faille au sein de la construction identitaire qui semble donner lieu à l'intériorisation d'une représentation de soi marquée par un miroir maternel imposé. Ce dernier occasionnerait une distorsion dans le processus d'individuation des femmes fibromyalgiques et donnerait lieu à la construction d'un *faux self*. Nos résultats indiquent également une confusion quant à la frontière qui permet la différenciation entre ce qui appartient à l'autre versus à soi-

même. De plus, l'analyse des résultats suggère la présence de certaines conflictualités quant à l'identité sexuelle intériorisée ainsi que dans le rapport au féminin chez cette clientèle. Enfin, nos résultats laissent entrevoir une représentation de soi imprégnée d'attributions négatives et de blessures en regard de l'identité.

Relation d'objet

Dans un second temps, si nous approfondissons les résultats de la relation d'objet, nous dénotons la présence de plusieurs particularités observées au sein des protocoles analysés. À cet effet, les analyses quantitative et qualitative de chacun des protocoles indiquent la présence d'un mouvement à l'autre de dépendance, voire d'étayage, qui est partagé par chacune des participantes de cette étude. Il importe de noter que ce mouvement est présent à la fois dans les verbalisations qui composent les protocoles et dans les sollicitations faites à l'examinatrice. Ces résultats sont en concordance avec ceux de Sordet-Guepet (2004) qui soulèvent la présence d'un mode relationnel caractérisé par une dépendance à l'autre chez les femmes souffrant de fibromyalgie.

Bien que ces protocoles suggèrent la présence d'un mouvement d'étayage au niveau relationnel on dénote, par la fréquence de plusieurs indices observés au sein des protocoles, la présence d'une méfiance dans le rapport à l'autre. Dans un premier temps, les verbalisations associées à la planche III (susitant un scénario relationnel) mettent en scène chez deux (2/3) des participantes une méfiance relationnelle. À cet égard, l'emploi

des termes suivant : « gangs de boxe » et « je n'amènerais pas cette carte chez moi » verbalisés respectivement par les participantes 1 et 3 laissent entrevoir des éléments de protection. Dans un second temps, les participantes 1 et 2 démontrent un indice *HVI* significatif ce qui suggère une tendance à être excessivement prudentes dans leurs relations aux autres et mettent de l'avant un mode défensif en regard des relations interpersonnelles (Exner, 2003). De plus, la présence d'un nombre de cotations spéciales *Per* (réponses personnelles) plus élevé que la norme chez chacune des participantes nous amène à nous questionner sur la notion de contrôle relationnel. Selon Exner (2003), ces résultats pourraient indiquer la présence d'un certain désir de contrôler le contenu du discours afin de ne pas être ébranlé « si l'individu se sent contesté » (p. 302). Ces résultats sont donc en concordance avec ceux mentionnés précédemment puisqu'ils font aussi état de la présence d'un mode défensif au regard de la relation à l'autre.

En troisième lieu, l'absence de réponses *T* (texture) dans chacun des protocoles indique la possibilité d'une certaine prudence dans les contacts relationnels qui impliquent la proximité physique tout comme les échanges tactiles avec autrui (Exner, 2003). Nous pouvons ainsi noter que le matériel projectif de cet échantillon semble faire état de la réalité physiologique des femmes souffrant de fibromyalgie, soit celle d'être sensible au toucher, voire de ne pouvoir supporter ce dernier tellement il est souffrant. À la lumière des indices sur le mode relationnel précédemment énoncés, nous pensons que cette mise à distance relationnelle de l'autre pourrait être un moyen de se protéger de la souffrance que le contact avec celui-ci pourrait engendrer. À cet effet, Chabert (1997)

affirme que « l'absence de texture au sein d'un protocole souligne les difficultés du sujet à se laisser aller vers des positions régressives » (p. 181). Considérant que la régression réanime les expériences précoces des soins maternels, nous nous questionnons à l'égard de l'intériorisation de la relation primaire vécue au contact de la mère chez les femmes souffrant de fibromyalgie. Les manifestations d'une angoisse de séparation au sein des protocoles de Rorschach nous amènent également à nous interroger sur la relation objectale vécue par les participantes de l'étude.

En dernier lieu, nous remarquons que deux (2/3) protocoles mettent en scène une relation qui positionne les sujets identiques face à face. Il importe de mentionner que les verbalisations de ces scénarios relationnels sont observées à la planche VII ; planche qui éveille la relation archaïque vécue avec la mère. Ainsi, en tenant compte des résultats de l'étude d'Allard-Cadieux (2007) en ce qui concerne les particularités observées quant à la relation vécue avec l'imgo maternel et du contenu latent de cette planche, nous croyons que la projection de ce positionnement pourrait renvoyer au miroir identitaire internalisé par les femmes fibromyalgiques. Rappelons que les résultats de cette auteure suggèrent la présence d'un rapport fusionnel entre la mère et l'enfant qui brimerait la naissance d'un soi véritable chez les sujets fibromyalgiques.

En somme, l'analyse des résultats portant sur la relation d'objet des femmes atteintes de la fibromyalgie laisse entrevoir un rapport à l'autre qui se caractérise notamment par un lien de dépendance tout comme par un mode défensif. Ce dernier

semble s'exprimer par de la méfiance ainsi que par un besoin de contrôler l'espace relationnel que ce soit par la parole ou par la distance entre les sujets. En ce sens, l'approfondissement des résultats suggère que les femmes souffrant de fibromyalgie se protégeraient des contacts tactiles avec autrui puisque ceux-ci pourraient éveiller des expériences archaïques troublantes. Ces dernières semblent symbolisées par un rapport « face à face » qui laisse miroiter aux femmes fibromyalgiques une indifférenciation identitaire en regard de leur mère.

En tenant compte des deux analyses, soit celle des aspects identitaires et celle de la relation d'objet, nous pouvons mettre sous hypothèse que le mouvement d'étayage et de protection observé chez les femmes fibromyalgiques serait possiblement la réponse à une construction identitaire fragilisée par un miroir faussé de sa singularité.

Forces et limites de l'étude

En observant l'ensemble de cette étude, nous dénotons plusieurs forces et limites en regard de son déroulement tout comme des résultats obtenus. En premier lieu, il importe de souligner la qualité novatrice de cette recherche. À notre connaissance, aucune étude ne met en évidence l'emploi du Rorschach pour approfondir le fonctionnement psychique des individus souffrant de fibromyalgie. Cet éclairage qui adresse le monde intrapsychique des participantes fibromyalgiques permet d'élargir les connaissances actuelles du fonctionnement psychologique de cette clientèle singulière au travers de ces particularités identitaires et relationnelles. Bien que nos résultats ne

permettent que de dégager des hypothèses, nous estimons que cet approfondissement constitue un apport pertinent pour les professionnels de la santé œuvrant dans les secteurs psychosociaux, notamment en ce qui a trait à la compréhension et à l'élaboration des suivis psychothérapeutiques.

Une autre force de cette étude réside dans le choix de l'outil d'évaluation. En effet, l'utilisation du Rorschach auprès de cette clientèle est non seulement novatrice, mais également avisée étant donné que cet instrument nous permet d'observer les éléments latents du monde intrapsychique de l'individu. Par ailleurs, l'attention accordée à la validité des résultats à la fois par les analyses quantitative et qualitative et par l'accord inter-juges des protocoles recueillis confèrent à cette recherche une certaine justesse quant aux hypothèses proposées. De plus, les caractéristiques similaires des participantes, notamment leur diagnostic et leur participation à un suivi en psychologie lors du déroulement de l'étude, donnent lieu à une certaine homogénéité de l'échantillon.

Bien que cette étude apporte un approfondissement des composantes identitaires et du mode relationnel des femmes souffrant de fibromyalgie, nous estimons qu'elle demeure une étude exploratoire dont les résultats comportent certaines limites. En ce sens, elle s'appuie sur les résultats de trois participantes ce qui amoindrit la portée des similitudes présentées. Nous croyons que reproduire cette même recherche avec un plus grand nombre de sujets permettrait d'obtenir une meilleure validité écologique et ainsi

dégager des hypothèses plus significatives. De plus, l'ajout d'un autre test projectif tel que le TAT pourrait favoriser la validité des résultats obtenus par une convergence des indices analysés. Néanmoins ces limites, nous considérons que l'apport de l'accord interjuges aux résultats obtenus tout comme la profondeur des analyses effectuées ont permis de dégager des hypothèses intéressantes pour les futures recherches sur le sujet.

Retombées possibles de l'étude

Enfin, cette étude constitue un préambule à d'autres recherches sur le fonctionnement psychique des individus souffrant de fibromyalgie. En ce sens, les retombées possibles de cette étude sont de l'ordre d'une vérification, voire d'un approfondissement des hypothèses et similarités identifiées. Les résultats donnent lieu à de premiers éclairages sur les enjeux identitaires et relationnels retrouvés chez les femmes souffrant du syndrome de la fibromyalgie par le biais des indices du Rorschach. Par ailleurs, ces indices nous ont également permis d'observer des ressemblances en lien avec la perception de la réalité chez les femmes souffrant de fibromyalgie. Cet élément n'a pas été étayé au sein de la présente étude, mais n'en figure pas moins un aspect qui pourrait représenter l'objet d'études subséquentes à celle-ci.

Conclusion

Pour conclure, l'objectif de cette recherche était de dégager les similitudes du fonctionnement psychique des femmes souffrant de fibromyalgie en regard de leurs aspects identitaires et relationnels par le biais du Rorschach. Bien que les résultats obtenus présentent certaines hétérogénéités, nous constatons plusieurs ressemblances. Ainsi, les similitudes dégagées ont permis de dépeindre un portrait identitaire caractérisé par la présence de failles dans le processus d'individuation qui semblent être liées à la relation vécue avec l'imgo maternel. Les résultats obtenus suggèrent également la présence d'un *faux self* et d'une image de soi blessée. De plus, un mouvement d'étaillage tout comme de méfiance quant aux contacts relationnels a été observé chez chacune des participantes. Les constats de cette étude sont en concordance avec la littérature actuelle et approfondissent les hypothèses actuelles sur le sujet. Bien que cette étude soit de nature exploratoire, nous estimons que les retombées de celles-ci permettent d'éclaircir certaines particularités des femmes souffrant de fibromyalgie et aider les professionnels de la santé à mieux comprendre les enjeux psychiques qui influencent l'efficacité des traitements employés pour cette clientèle.

Références

- Abeles, A. M., Pillinger M. H., & Solitar, B. M. (2007). The pathophysiology of fibromyalgia. *Ant Int Med*, 146, 726-734.
- Allard-Cadieux, J. (2007). *Expérience subjective de quatre femmes atteintes de fibromyalgie*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Bergeret, J. (2004). *Psychologie pathologique* (9^e éd.). Paris : Masson.
- Boisset-Pioro, M. H., Esdaile, J. M., & Fitzcharles, M. A. (1995). Sexual and physical abuse in woman with fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, 38(2), 235-241.
- Broderick, J., Junghaenel, D., & Schwartz, J. (2005). Written emotional expression produces health benefits in fibromyalgia patients. *Psychosomatic Medicine*, 67(2), 326-334.
- Chabert, C. (1997). *Le Rorschach en clinique adulte : Interprétation psychanalytique*. (2^e éd.). Paris : Dunod.
- Chabert, C. (2004). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris : Dunod.
- Chronic Pain Association of Canada (2009). *Pain Facts*. Document consulté le 5 mai 2010 de : <http://www.chronicpaincanada.com>
- Eisinger, J. (2000). Nouvelles approches diagnostiques des fibromyalgies. *Lyon Med*, 36, 63-68.
- Eisinger, J. (2002). Générique de fin. *Myalgies-international*, 2(4), 48.
- El-Hage, W., Lamy, C., Goupille, P., Gaillard, P., & Camus, V. (2006). Fibromyalgie : une maladie du traumatisme psychique? *La Presse médicale* 35(11), 1683-1689.
- Exner, J., E. (2003). *Manuel d'interprétation du Rorschach en système intégré*. Paris : Éditions Frison-Roche.
- Grenier, D. (1999). *Le corps imaginaire et le corps réel dans la fibromyalgie*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Concordia.
- Guedj, E. (2008). *Journal of Nuclear Medicine*, 49, 1798-1803.

- Guité, M., & Drouin-Bégin, A. (2000). *La fibromyalgie*. Éditions Multimondes.
- Imberowicz, K., & Egle, U. (2003). Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of Pain*, 7, 113-119.
- Kahn, M.-F. (2002). La fibromyalgie existe-t-elle? *L'observatoire de la douleur*, 11, 6-8.
- Kochman, F. (2002). Fatigue chronique et fibromyalgie : une recherche encore balbutiante. *Quotidien du Médecin*, vol. 7082.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (2004). *Vocabulaire de la psychanalyse* (4^e éd.). Paris : Presse Universitaire de France.
- Laroche, F. (2009). Fibromyalgia syndrome : What's new in 2009? *Revue du Rhumatisme*, 76, 529-536.
- Lautenbacher, S., & Rollman, G. B. (1997). Possible deficiencies of pain modulation in fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain*, 13(3), 189-196.
- Lorin, F. (2008). Fibromyalgie : le point de vue du psychiatre. *PsychiatrieMed-Graphosphère*. Document consulté le 10 juin 2009 de : <http://www.psychiatriemed.com>
- Marchand, S. (2003, Mai). *La physiopathologie de la fibromyalgie*. Communication présentée à la Journée internationale de la fibromyalgie, Sherbrooke, Canada.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: An examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106, 127-133.
- Merskey, H. M., & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain* (2^e éd.). Seattle : International Association for the Study of Pain Press.
- Mezerai, M., & Tachon, J.-P. (2004). Actualité de la fibromyalgie. *L'information psychiatrique*, 80(9), 739-744.
- Okifugi, A., & Turk, D. (2002). Stress and psychophysiological dysregulation in patients with fibromyalgia syndrome. *Applied Psychophysiology and biofeedback*, 27(2), 129-141.
- Ospina, M., & Harstall, C. (2002). *Prevalence of chronic pain : an overview*. Health Technology Assessment 28 Series A, Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Edmonton, Alberta.

- Perrot, S. (2002). Les médicaments pour la fibromyalgie : un mythe? *L'observatoire de la douleur*, 11, 28-31.
- Prieur, A. M. (2000). Syndromes musculosquelettiques chez le grand enfant et adolescent. *Le concours médical*, 122(23), 1572-1576.
- Quinter, J. L., & Cohen, M. L. (1999). Fibromyalgia falls foul of a fallacy. *Lancet*, 353, 1092-1094.
- Sordet-Guepet, H. (2004). L'insaisissable fibromyalgie. *L'évolution psychiatrique*, 69, 671-689.
- Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Med*, 66, 837-844.
- Van Houdenhove, B. (2003). Chronic Fatigue Syndrome, Fibromyalgia, and Complex Regional Pain Syndrome. *Psychosomatics*, 44(2), 173-174.
- White, P., & Oorey, S. (1997). Psychosomatic illnesses are not "all in the mind". *Journal Psychosomatic*, 42, 329-332.
- Winnicott, D.W.W. (1960). *Distorsion du Moi en fonction du vrai et du faux self*. Processus de maturation chez l'enfant. Paris : Payot.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., & al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*, 33, 160-172.
- Yunus M. B. (1988). Diagnostic, cause, etiology of fibromyalgia syndrome. *Compr Ther*, 14(4), 8-20.

Appendice A
Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre : La fibromyalgie et ses aspects intrapsychiques

Chercheurs principaux : Dallaire, E. Étudiante au doctorat à l'UQTR; interne au CLSC de Pointe-aux-Trembles. Lavallée, F. Psychologue clinicienne et enseignante à l'UQTR.

Co-chercheurs : Sylvestre, C. Étudiante au doctorat à l'UQTR; interne au CLSC de Joliette.

Bonjour,

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche. Veuillez prendre le temps de considérer les renseignements contenus dans le présent formulaire d'information et de consentement avant de vous décider. Il se peut que cette lettre contienne des mots ou des expressions que vous ne comprenez pas ou que vous ayez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à nous en faire part. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider. Votre participation à ce projet est volontaire.

1) **Description du projet de recherche**

La fibromyalgie est un diagnostic de plus en plus fréquent chez les femmes âgées de 30 ans et plus. À cet effet, les recherches actuellement effectuées sur ce sujet divergent quant à la source de ce syndrome en mettant de l'avant plusieurs hypothèses neurologiques, neuropsychologiques et psychologiques. Au sein de la présente étude, nous nous pencherons davantage sur l'hypothèse d'une origine de nature psychologique, et ce, tout en étant conscients que la fibromyalgie est un phénomène complexe qui comporte plusieurs autres facteurs. Le principal but visé par ce projet de recherche est d'éclaircir la relation possible entre le monde psychique des femmes atteintes de fibromyalgie et les douleurs physiques ressenties quotidiennement.

2) **Participation attendue au projet**

La participation à ce projet requiert 3 entrevues individuelles avec Mme Elisabeth Dallaire, étudiante-chercheuse. Les entrevues s'effectueront au CLSC de Pointe-aux-Trembles dans un local réservé à cet effet et seront toutes enregistrées sur une bande sonore. Les deux premières entrevues s'effectueront à une semaine d'intervalle et la dernière entrevue un mois après la seconde.

Description des 3 entrevues

- La première entrevue est allouée à la signature du formulaire d'informations et de consentement au projet de recherche.
- La seconde entrevue d'une durée d'une heure et demie sera dédiée à la passation d'un test psychologique.
- La dernière entrevue d'une durée d'une heure et demie comprend deux objectifs, soit la restitution des résultats obtenus aux deux tests psychologiques et l'investigation de l'expérience de la participante à la présente étude.

3) Avantages de la participation au projet

Vous ne retirerez aucun avantage personnel à participer à ce projet de recherche. Cependant, votre participation aidera à mieux comprendre le syndrome de la fibromyalgie et à faire avancer les connaissances dans ce domaine.

4) Risques et inconvénients de la participation au projet

Il y a peu de risques liés à votre participation. Toutefois, il se peut que les questions posées vous amènent à aborder certaines difficultés que vous avez éprouvées. Si vous ressentez un malaise, n'hésitez pas à en parler avec l'étudiante-chercheuse. Elle pourra vous diriger vers des ressources appropriées.

Les inconvénients à votre participation concernent le temps nécessaire aux entrevues et le déplacement qu'elles impliquent.

5) Confidentialité des données de la recherche

Tous les renseignements recueillis seront traités de manière confidentielle dans les limites prévues par la loi et ne seront utilisés que pour ce projet de recherche. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de vos renseignements, on vous attribuera un numéro de code reliant votre nom à votre dossier de recherche et seule l'étudiante-chercheuse aura la liste correspondante. Les renseignements seront conservés dans un classeur sous clé situé dans le bureau fermé de l'étudiante-chercheuse. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Vos renseignements personnels seront détruits 1 an après la fin du projet de recherche, soit en juin 2011.

À des fins de surveillance ou de contrôle de la recherche, il est possible que les chercheurs doivent permettre l'accès à votre dossier de recherche au comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et aux organismes subventionnaires de la recherche. Tous adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

Vous pouvez, en tout temps, demander au chercheur de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiante-chercheuse responsable du projet détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

6) Diffusion des résultats de la recherche

Les résultats du projet seront diffusés en tant que données de groupe. Cela signifie que vous ne pourrez pas obtenir vos résultats individuels. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des résultats généraux de la recherche, veuillez indiquer une adresse où nous pourrions vous le faire parvenir par lettre.

7) Compensation financière pour la participation à la recherche

Aucune compensation financière ne sera accordée aux participantes.

8) Liberté de participation à la recherche et droit de retrait

Votre participation est volontaire. Vous pouvez refuser de participer au projet sans avoir besoin de vous justifier, et sans que cela nuise à vos relations avec les chercheuses responsables du projet et les autres intervenants.

De plus, même si vous acceptez d'y participer, vous pourrez vous retirer de la recherche en tout temps sur simple avis verbal, sans explication et sans que cela ne vous cause un quelconque tort. Les renseignements que vous aurez déjà donnés seront alors détruits.

L'étudiante-chercheuse pourrait elle aussi décider d'interrompre votre participation ou d'arrêter la recherche.

9) Responsabilité en cas de préjudice

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheuses ou le CLSC de Pointe-aux-Trembles de leur responsabilité civile et professionnelle.

10) Personnes- ressources

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter Elisabeth Dallaire au numéro de téléphone suivant : 514-642-4050, poste 692 ou par courriel à elisabeth.dallaire@uqtr.ca ou encore Françoise Lavallée, Ph.D., directrice de cette étude au département de psychologie de l'U.Q.T.R au numéro de téléphone suivant : 1-819-376-5011 au poste 3522 ou par courriel à francoise.lavalle@uqtr.ca

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler toute plainte, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal au numéro suivant : 514-528-2400, poste 3262 ou poste 3974 ou encore par courriel à ethique@santepub-mtl.qc.ca

11) Consentement à la recherche

Je comprends le contenu de ce formulaire et je consens à participer à cette recherche sans contrainte ni pression. J'ai pu poser toutes mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'ai eu tout le temps nécessaire pour prendre ma décision.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Nom de la participante

Signature

Date

12) Déclaration de la chercheuse

Je certifie avoir expliqué à la participante la nature de la recherche ainsi que le contenu de ce formulaire et lui avoir indiqué qu'elle reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet. Je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom de l'étudiante-chercheuse

Signature

Date

Appendice B
Résumés structuraux des participantes

===== ROR-SCAN =====

V6.05

SCORING SUMMARY

| | | | | | | | |
|---------|--|-----|--|--------|--|--------------|--|
| Name: 1 | | Ed: | | Sex: F | | Examiner: | |
| ID: | | | | Age: | | Date Tested: | |

| Zf | 9 | Loc | W | D | W+D | Dd | S | DQ | + | o | v | v/+ | FQ | + | o | u | - | no |
|------|------|-----|---|----|-----|----|---|-----|---|----|---|-----|-------|---|----|----|----|----|
| Zsum | 34.5 | Loc | 5 | 22 | 27 | 9 | 0 | DQ | 9 | 21 | 6 | 0 | FQx | 0 | 10 | 13 | 12 | 1 |
| Zest | 27.5 | FQ- | 1 | 6 | 7 | 5 | 0 | FQ- | 2 | 8 | 2 | 0 | FQW+D | 0 | 9 | 10 | 7 | 1 |
| Zd | +7.0 | S | 0 | 0 | 0 | 0 | | W | 4 | 0 | 1 | 0 | FQM | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 |
| | | | | | | | | | | | | | FQS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | |
|---------------------|-----|-----|-----|-------|------|-----------------|------|---------|---------|
| DETERMINANTS | | FC | 5,1 | | | BLENDS:R | | 5:36 | |
| Single,Blend | | CF | 1,2 | FC' | 1,1 | FV | 0,0 | Mp.FMao | FMa.CFu |
| | | C | 1,0 | C'F | 1,0 | VF | 0,0 | FC'.mpu | FC.FMpu |
| Pure F 14 | | Cn | 0,0 | C' | 0,0 | V | 0,0 | mp.CF- | |
| | | | | SumC' | 3 | SumV | 0 | | |
| | | a/p | Fr | 0,0 | FT | 0,0 | FY | 0,0 | |
| M | 4,1 | 0/5 | rF | 0,0 | TF | 0,0 | YF | 0,0 | |
| m | 1,2 | 0/3 | | | T | 0,0 | Y | 0,0 | |
| FM | 3,3 | 4/2 | FD | 0,0 | SumT | 0 | SumY | 0 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|----|-------------------|------|--------------|-------|--------------|------|-------|-----------|-----------|-------|-----|-------------|---------------|------|
| COMPOSITES | | (EB=M : WsumC) | | An+Xy:R | | 0:36 | | | | | | | | | |
| R | 36 | L | 0.64 | EB | 5:7.5 | EA | 12.5 | Extra | Isolate/R | 0:31 | | | | | |
| | | (eb=FM+m : TYVC') | | EBPer (N.A.) | | 2AB+Art+Ay:R | | 7:36 | | | | | | | |
| XA% | 64 | WDA% | 70 | eb | 9:3 | es | 12 | adjes | 10 | H+A:Hd+Ad | 19:11 | | | | |
| X+% | 28 | F+% | 43 | Pure C | | 1 | Ego | .36 | D | 0 | Adj D | 0 | SumC':WsumC | 3:7.5 | |
| Xu% | 36 | Pop | 6 | FC:CF+C | 6:4 | Afr | .57 | (2) | 13 | Ma:Mp | 0:5 | W:M | 5:5 | H:Hd+(H)+(Hd) | 3:10 |
| X-% | 33 | S-% | 0 | Fr+rF | | 0 | a:p | 4:10 | W:D:Dd | 5:22:9 | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------|-------|-------|---------------------------------------|------------------|---------|---------------------|------------|
| SPECIAL SCORES | | | INDICES (*=age adjusted score) | | | | |
| (FQ-) | level | 1,2 | Aggression | S>3 | - | XA%<70 & WDA%<75 | + |
| AB | 1 (1) | DV | 2,0 | ZI>12 | - | X-%>29 | + |
| AG | 1 | INC | 1,1 | SumH>6 | + | Lvl2>2 & FAB2>0 | - |
| COP | 2 | DR | 3,5 | Zd>+3.5 | + | R<17 & *Wsum6>12 | - |
| CP | 0 | FAB | 1,0 | Sum()>3 | - | or R>16 & *Wsum6>17 | + |
| MOR | 4 (2) | ALG | 1 | H+A:Hd+Ad<4:1 | + | M>1 or X-%>40 | + |
| PER | 2 | CTM | 1 | Cg>3 | + | (pos>=3) | PTI = 4 |
| PSV | 0 | Sum6 | 15 | (if T=0, pos>=4) | | | |
| | | Wsum6 | 63 | T=0 | HVI = 4 | (EII = 4.2) | (SCZI = 5) |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----|-----|---|----------------|---|-------------------|---|------------------|---|----------|----------|-------------|---|------|---|---------|---|-------|---|
| CONTENTS | | | | SumV>0 or FD>2 | | | | C-S BI>0 or S>2 | | | | SumV+FD>2 | | | | CF+C>FC | | | |
| H | 3 | An | 0 | Fd | 1 | *Ego>.44 & Sumr=0 | - | C-S BI>0 | - | X+%<70 | + | Ego<.31>.44 | - | S>3 | - | MOR>3 | + | P<3>8 | - |
| Hd | 7 | Art | 4 | Ge | 0 | or *Ego<.33 | - | b>e or SumC'>2 | + | Zd>+3.5 | + | Pure H<2 | - | R<17 | - | es>EA | - | | |
| (H) | 3 | Ay | 1 | Hh | 0 | MOR>2 or Intel>3 | + | COP<2 or Iso>.24 | + | (pos>=8) | SCON = 3 | | | | | | | | |
| (Hd) | 0 | Bl | 1 | Id | 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| Hx | 0 | Bt | 8 | Ls | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| A | 13 | Cg | 5 | Na | 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| Ad | 4 | Cl | 0 | Sc | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| (A) | 0 | Ex | 0 | Sx | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| (Ad) | 0 | Fi | 0 | Xy | 0 | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------------|---|---------|-------|------------------|---------|------------------------|---------|---|--|
| INDICES | | Scores: | | Conditions: | | EA<6 or AdjD<0 | | - | |
| HVI | + | Dd>3 | (a) + | abcd | - | COP<2 & AG<2 | - | | |
| PTI | + | Zf>12 | (b) | abcd>2 & FQ+>3 | - | WsumC<2.5 or *Afr<.46 | - | | |
| DEPI | - | Zd>+3 | (c) + | abcde>3 & X+%>89 | - | p>a+1 or PureH<2 | + | | |
| SCON | - | Pop>7 | (d) | FQ+>3 & X+%>89 | - | T>1 or Iso>.24 or Fd>0 | + | | |
| OBS | - | FQ+>1 | (e) | | | | | | |
| CDI | - | | | (pos>=1) | OBS = 0 | (pos>=4) | CDI = 2 | | |

¹ Les résumés structuraux sont tirés du RORSCAN© (Caracena, 2006)

===== ROR-SCAN =====

V6.05

SCORING SUMMARY

| | | | |
|-------|-----|--------|--------------|
| Name: | 2 | Sex: F | Examiner: |
| ID: | | Age: | Date Tested: |
| | Ed: | | |

| Zf | 14 | Loc | W | D | W+D | Dd | S | DQ | + | o | v | v/+ | FQ | + | o | u | - | no |
|------|------|-----|----|---|-----|----|---|-----|---|----|---|-----|-------|---|---|---|---|----|
| Zsum | 49.5 | Loc | 10 | 5 | 15 | 5 | 0 | DQ | 8 | 11 | 1 | 0 | FQx | 0 | 8 | 8 | 4 | 0 |
| Zest | 45.5 | FQ- | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | FQ- | 1 | 3 | 0 | 0 | FQW+D | 0 | 8 | 5 | 2 | 0 |
| Zd | +4.0 | S | 0 | 0 | 0 | 0 | | W | 3 | 6 | 1 | 0 | FQM | 0 | 1 | 3 | 2 | 0 |
| | | | | | | | | | | | | | FQS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----|---------|-----|--------|------|------------|------|------------|----------|--|
| DETERMINANTS | | FC | 0,4 | | | : BLENDS:R | | 9:20 | | |
| Single,Blend | | CF | 0,2 | FC' | 1,0 | FV | 0,0 | : YF.Mau | Mp.FCu | |
| | | C | 0,0 | C'F | 0,0 | VF | 0,0 | : FC.FD- | YF.mpo | |
| Pure F 5 | | Cn | 0,0 | C' | 0,0 | V | 0,0 | : FMa.FDu | Ma.FCu | |
| | | SumC' 1 | | SumV 0 | | : FC.FMpo | | FMa.CF.Ma- | | |
| | | a/p | Fr | 0,0 | FT | 0,0 | FY | 0,0 | : CF.mpu | |
| M | 2,4 | 4/2 | rF | 0,0 | TF | 0,0 | YF | 0,2 | | |
| m | 0,2 | 0/2 | | | T | 0,0 | Y | 0,0 | | |
| FM | 3,3 | 4/2 | FD | 0,2 | SumT | 0 | SumY | 2 | | |

| | | | | | |
|-------------------|----|------------------|------|---------------|--------|
| COMPOSITES | | (EB=M : WsumC) | | An+Xy:R | 1:20 |
| R | 20 | L | 0.33 | Isolate/R | 0.15 |
| | | (eb=FM+m : TYVC) | | 2AB+Art+Ay:R | 8:20 |
| XA% | 80 | WDA% | 87 | H+A:Hd+Ad | 15:5 |
| X+% | 40 | F+% | 60 | SumC':WsumC | 1:4.0 |
| Xu% | 40 | Pop | 7 | H:Hd+(H)+(Hd) | 1:7 |
| X-% | 20 | S-% | 0 | | |
| | | Pure C | 0 | Ego | .35 |
| | | FC:CF+C | 4:2 | (2) | 7 |
| | | Afr | .82 | Ma:Mp | 4:2 |
| | | Fr+rF | 0 | a:p | 8:6 |
| | | | | W:M | 10:6 |
| | | | | W:D:Dd | 10:5:5 |

| | | | |
|-----------------------|-------|-------|-----------------------|
| SPECIAL SCORES | | | |
| (FQ-) | level | 1,2 | Aggression Categories |
| AB | 2 (1) | DV | 2,0 AgC 0 |
| AG | 2 (1) | INC | 4,0 AgPot 0 |
| COP | 5 (1) | DR | 0,0 AgPast 0 |
| CP | 0 | FAB | 2,0 SM 0 |
| MOR | 4 (2) | ALG | 1 |
| PER | 2 (1) | CTM | 0 GHR:PHR |
| PSV | 0 | Sum6 | 9 6:4 |
| | | WSum6 | 23 (pos) |

| | | | |
|---------------------------------------|---|---|------------------------|
| INDICES (*=age adjusted score) | | | |
| S>3 | - | : | XA%<70 & WDA%<75 - |
| Zf>12 | + | : | X-%>29 - |
| SumH>6 | + | : | Lvl2>2 & FAB2>0 - |
| Zd>+3.5 | + | : | R<17 & *Wsum6>12 - |
| Sum()>3 | + | : | or R>16 & *Wsum6>17 + |
| H+A:Hd+Ad<4:1 | + | : | M->1 or X-%>40 + |
| Cg>3 | - | : | |
| (if T=0, pos>=4) | | : | (pos>=3) PTI = 2 |
| T=0 | | : | |
| HVI = 5 | | : | (EII = 1.1) (SCZI = 3) |

| | | | |
|-----------------|----|-----|--------|
| CONTENTS | | | |
| H | 1 | An | 1 Fd 1 |
| Hd | 1 | Art | 2 Ge 0 |
| (H) | 3 | Ay | 2 Hh 1 |
| (Hd) | 3 | Bl | 0 Id 0 |
| Hx | 2 | Bt | 1 Ls 0 |
| A | 10 | Cg | 2 Na 1 |
| Ad | 1 | Cf | 0 Sc 2 |
| (A) | 1 | Ex | 0 Sx 2 |
| (Ad) | 0 | Fi | 0 Xy 0 |

| | | | | |
|-------------------|---|---|-------------------|-----------|
| SumV>0 or FD>2 | - | : | SumV+FD>2 - | CF+C>FC - |
| C-S Bl>0 or S>2 | - | : | C-S Bl>0 - | X+>70 + |
| *Ego>.44 & Sumr=0 | - | : | Ego<.31>.44 - | S>3 - |
| or *Ego<.33 | - | : | MOR>3 + | P<3>8 - |
| *Afr<.46 or Bl<4 | - | : | Zd>+.3.5 + | PureH<2 + |
| b>e or SumC'>2 | - | : | es>EA + | R<17 - |
| MOR>2 or Intel>3 | + | : | | |
| COP<2 or Iso>.24 | - | : | (pos>=8) SCON = 5 | |
| (pos>=5) DEPI = 1 | | : | | |

| | | | | | | | |
|----------------|---|---------|-------|------------------|---|--------------------------|--|
| INDICES | | Scores: | | Conditions: | | EA<6 or AdjD<0 - | |
| HVI | + | Dd>3 | (a) + | abcde | - | COP<2 & AG<2 - | |
| PTI | - | Zf>12 | (b) + | abcd>2 & FQ+>3 | - | WSumC<2.5 or *Afr<.46 - | |
| DEPI | - | Zd>+3 | (c) + | abcde>3 & X+>89 | - | p>a+1 or PureH<2 + | |
| SCON | - | Pop>7 | (d) | FQ+>3 & X+>89 | - | T>1 or Iso>.24 or Fd>0 + | |
| OBS | - | FQ+>1 | (e) | | | | |
| CDI | - | | | (pos>=1) OBS = 0 | : | (pos>=4) CDI = 2 | |

===== ROR-SCAN =====

V6.05

SCORING SUMMARY

Name: 3 ID: Ed: Sex: F Age: Examiner: Date Tested:

Table with columns: Zf, Zsum, Zest, Zd, Loc, W, D, W+D, Dd, S, DQ, +, o, y, v/t, EQ, +, o, u, -, no

DETERMINANTS table with columns: FC, CF, C, Cn, Fr, rF, FD, FC', C'F, C', SumC', FT, TF, T, SumT, FV, VF, V, SumV, FY, YF, Y, SumY, BLENDS:R, Ma:FC'o, mp:FC-, Y.ma

COMPOSITES table with columns: R, L, XA%, X+%, Xu%, X-%, WDA%, F+%, Pop, S-%, EB, EA, eb, es, Ego, Fr+rF, An+Xy:R, Isolate/R, 2AB+Art+Ay:R, H+A:Hd+Ad, SumC':WSumC, H:Hd+(H)+(Hd), Ma:Mp, W:M, W:D:Dd

SPECIAL SCORES table with columns: (FQ-), level, DV, INC, DR, FAB, ALG, CTM, Sum6, WSum6, Aggression Categories, GHR:PHR

CONTENTS table with columns: H, Hd, (H), (Hd), Hx, A, Ad, (A), (Ad), An, Art, Ay, Bl, Bt, Cg, Cl, Ex, Fi, Fd, Ge, Hh, Id, Ls, Na, Sc, Sx, Xy

INDICES (*=age adjusted score) table with columns: S>3, Zf>12, SumH>6, Zd>+3.5, Sum()>3, H+A:Hd+Ad<4:1, Cg>3, HVI, SumV>0 or FD>2, C-S BI>0 or S>2, *Ego>.44 & Sumr=0, or *Ego<.33, *Afr<.46 or Bl<4, b>e or SumC'>2, MOR>2 or Intel>3, COP<2 or Iso>.24, XA%<70 & WDA%<75, X-%>29, Lvl2>2 & FAB2>0, R<17 & *WSum6>12, or R>16 & *WSum6>17, M->1 or X-%>40, PTI = 3, (EII = 2.8), (SCZI = 4), DEPI = 3, (pos=>=5)

INDICES table with columns: HVI, PTI, DEPI, SCON, OBS, CDI, Scores: Dd>3 (a) +, Zf>12 (b), Zd>+3 (c), Pop>7 (d), FQ+>1 (e), Conditions: abcde, abcd>2 & FQ+>3, abcde>3 & X+%>89, FQ+>3 & X+%>89, EA<6 or AdjD<0, COP<2 & AG<2, WSumC<2.5 or *Afr<.46, p>a+1 or PureH<2, T>1 or Iso>.24 or Fd>0, (pos=>=1), OBS = 0, (pos=>=4), CDI = 3

Appendice C
Synthèse des analyses qualitatives des participantes

Analyse qualitative : Participante 1

Identité

- Insistance sur le pareil
- Confusion identitaire significative
- Confusion de règne
- Identité sexuelle non fixée
- Dénier de la différenciation des sexes et comble en ajoutant un aspect phallique (ne peut renoncer au manque)
- Les aspects phalliques déterminent l'identité par sa puissance
- Blessure au niveau identitaire (manque narcissique)
- Le nouveau engendre une régression
- Le contact avec la mère archaïque renvoie au pareil
- Ambivalence identitaire notable
- Présence d'immaturation (A □ H)

Sollicitation à l'examinatrice

- Demande d'étayage
- Méfiance

Relation d'objet

- Le relationnel renvoie au pareil, au féminin, voire au maternel
- L'oralité amène à la fusion
- Ambivalence
- Le relationnel est de nature passive, figée
- Étayage vers l'extérieur, vers les éléments phalliques
- La proximité relationnelle amène un mouvement fusionnel au niveau identitaire
- Teinte libidinal dans le rapport aux autres
- Idéalisation du phallique
- Méfiance et vigilance avec contact relationnel

Défenses

- Beaucoup de forme (contrôle)
- Hypomanie
- Mise en tableau
- Clivage
- Méfiance et vigilance
- Utilise l'agressivité pour contrer les émotions dysphoriques

Angoisse

- Angoisse de perte lié au phallique
- Le rapprochement amène la fusion
- La puissance phallique de l'imago paternel semble pouvoir blesser

Symbolisme

- Capacité de symbolisme au niveau phallique
- Parfois perte de conscience interprétative et de distance avec la planche
- Compréhension hermétique
- Symbolisme à la fois du féminin et du phallique
- Symbolisme maternel amène un mouvement fusionnel

Conflit

- Pulsions libidinales liées à l'agressivité
- Ambivalence entre la pulsion de vie et de mort
- Traits obsessionnels
- Hystérie, théâtralisme

Rapport à la réalité

- Capacité de percevoir la réalité comme tout le monde maintenu en général
- Dénis de sa perception à plusieurs reprises
- Semble perdre partiellement le contact avec le test aux planches relationnelles

Processus primaires

- Surinvestissement des limites (vêtements)
- Capacité de contenir les processus primaires
- Les processus primaires amènent une perte de distance avec la planche

Limites

- L'émotion peut amener une perte de limites
- Quand il y a régression, les limites peuvent devenir fragilisées surtout au niveau relationnel et identitaire (confusions de règne)

Analyse qualitative : Participante 2

Identité

- Identité blessée, abîmée
- Identité confuse
- Manque identitaire (incomplétude)
- Blessure au niveau de l'identité en lien avec un mauvais objet internalisé (mère archaïque investie comme mauvais objet)
- Confusion de règne
- Le relationnel amène une régression ou niveau identitaire
- L'extérieur semble perçu comme celui qui peut combler le manque identitaire
- Se sert de la couleur pour identifier et nommer les percepts qui perdent ainsi leur identité
- L'individualité amène la séparation de l'autre et ainsi l'angoisse de séparation
- Immaturité notable (A□H)

Sollicitation à l'examinatrice

- Demande d'étayage lors d'une nouvelle situation

Relation d'objet

- Relations non développées
- Relations avec un individu pareil (*jumelles ou aliens*)

Défenses

- Vigilance, méfiance (*yeux, regard, oreilles et antennes*)
- Intellectualisation
- Hypomanie
- Dénier de sa projection, mais se reprend
- Étayage sur les éléments extérieurs
- Mise à distance du test en enlevant l'identité de l'objet
- Fuite du test en posant des questions à l'examinatrice
- Teste les limites du test en ne voulant pas révéler sa projection
- Défense narcissique

Angoisse

- Présence d'oralité
- Le rapprochement semble engendrer un mouvement fusionnel
- Angoisse de séparation, de perte (dominant)

Symbolisme

- Conscience interprétative généralement préservée

Conflit

- L'imago maternel n'est pas désorganisant, mais renvoie au pareil, l'indifférenciation identitaire
- La toute-puissance a un potentiel de destruction, peut blesser
- L'agressivité est renversée en son contraire (inhibition de l'agressivité)
- Dégoût devant la pulsion agressive
- N'intègre pas la couleur (l'affect)
- La pulsion libidinale est figée
- Mouvement de dévitalisation
- La régression mène à l'oralité et même parfois à l'incorporation

Rapport à la réalité

- Capacité de percevoir la réalité comme tout le monde en générale
- Ajouts d'éléments irréels aux percepts

Processus primaires

- Présence de processus primaires, mais capacité à reprendre le contrôle aisément

Limites

- Le féminin semble engendrer la régression et la perte des limites internes/externes

Analyse qualitative : Participante 3

Identité

- Confusion identitaire
- Identité indéfini
- Manque au niveau narcissique, blessure
- Immaturité (A □ H)
- Confusion de règne
- Deux identités nommées pour se définir elle-même
- La planche relationnelle (III) amène une régression au niveau identitaire
- La planche maternel (VII) amène au pareil « deux anges face à face »
- Manque identitaire en lien avec le maternel
- Présence de dévitalisation
- Parfois perte de l'identité

Sollicitation à l'examinatrice

- Manque de frontières relationnelles avec l'examinatrice
- Demande d'étayage au début et à la fin de la passation

Relation d'objet

- Présence d'un vide relationnel
- Vigilance et méfiance (pinces, yeux, nez)
- Les relations sont généralement dans une position « face à face »

Défenses

- Hypomanie
- Clivage
- Idéalisation et dévalorisation
- Hystérie, théâtralisme
- Identification projective

Angoisse

- Angoisse d'abandon dominante
- Se dévalorise par moments
- La régression vers l'oralité amène l'angoisse de destruction

Symbolisme

- Perte de conscience interprétative par moments
- Compréhension hermétique par moments
- Perte de distance avec le test par moments

Conflit

- L'affect amène vers une régression orale
- Dénier de l'agressivité (Évitement du rouge)
- Négation des aspects dysphoriques
- La couleur est utilisée pour délimiter et non pour l'intégrer au percept
- Pulsions libidinale et phallique symbolisées
- Relation primaire à l'imgo maternel perçue comme monstrueuse
- La toute-puissance phallique engendre une peur et est axée sur la grosseur

Rapport à la réalité

- Moule parfois la réalité extérieure afin qu'elle corresponde à la représentation internalisée
- Plusieurs débordements en alternance avec mouvements de contenance
- Perte de contact avec le test par moments

Processus primaires

- La régression peut amener à l'agir de l'agressivité qui devient débordante et ne peut être contenue davantage

Limites

- Peuvent devenir floues par moments