

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte théorique	3
Définition selon l'approche descriptive et ampleur du phénomène.....	4
Compréhension du trouble de la personnalité limite selon une approche structurale.....	6
Symptômes.....	6
Faiblesse du Moi	7
Mécanismes de défense.....	8
Relations d'objet	9
Continuum : échelon supérieur à inférieur.....	10
Échelon supérieur : la personnalité hystérique	11
Échelon moyen : la personnalité infantile.....	11
Échelon inférieur : la personnalité narcissique	12
Pronostic de traitement psychothérapeutique	12
Évaluation des indicateurs d'abandon et d'engagement en thérapie	17
Études réalisées auprès de populations hétérogènes.....	18
Études réalisées auprès d'individus présentant un trouble de la personnalité ...	24
Études réalisées auprès d'individus présentant un trouble de la personnalité limite	26

Études réalisées avec le Rorschach auprès d'individus présentant un trouble de la personnalité limite.....	31
Pertinence et originalité de l'étude.....	33
Formulation des objectifs, hypothèses et questions de recherche.....	34
Méthode.....	37
Participant.es.....	38
Instruments de mesure.....	43
Questionnaire sociodémographique.....	44
Rorschach.....	44
Indices liés à la perception des relations.....	46
Autres indices liés aux relations d'objet.....	50
Dépendance orale.....	50
Récurrence de l'objet.....	52
Capacité d'expression subjective.....	55
Indices liés au narcissisme.....	56
Indices liés à la régulation émotionnelle et à la souffrance psychologique.....	56
Déroulement.....	59
Résultats.....	62
Analyse des données.....	63
Présentation des résultats.....	64
Indices liés à la perception des relations.....	64
Autres indices liés aux relations d'objet.....	68

Indices liés au narcissisme	69
Indices liés à la régulation émotionnelle et la souffrance psychologique	71
Discussion	74
Portrait général de l'ensemble des femmes	75
Caractéristiques sociodémographiques et cliniques	76
Perception des relations d'objet.....	76
Dépendance interpersonnelle et capacité d'expression subjective	78
Narcissisme.....	79
Régulation émotionnelle	80
Différences observées entre les deux groupes de femmes.....	81
Forces et limites de l'étude	85
Conséquences et retombées cliniques de l'étude	86
Conclusion	89
Références.....	91
Appendice A. Questionnaire sociodémographique.....	101
Appendice B. Formulaire de consentement téléphonique	106
Appendice C. Formulaire de consentement à la recherche.....	108

Liste des tableaux

Tableau

1 Répartition des participantes selon les caractéristiques sociodémographiques....	41
2 Répartition des participantes selon les caractéristiques psychologiques et cliniques	43
3 Constellations, indices et normes associées concernant la perception des relations	48
4 Catégories de réponses cotables à l'Échelle de dépendance orale du Rorschach	51
5 Niveaux d'objet récurrent et caractéristiques associées	53
6 Indices et normes associées liés au narcissisme.....	56
7 Constellation, indices et normes associées liés à la régulation émotionnelle et souffrance psychologique.....	58
8 Résultats de la comparaison des indices liés à la perception des relations	67
9 Résultats de la comparaison de l'indice lié à la récurrence de l'objet	69
10 Résultats de la comparaison des indices liés à la dépendance relationnelle et à la capacité d'expression subjective.....	69
11 Résultats de la comparaison des indices liés au narcissisme	71
12 Résultats de la comparaison des indices liés à la régulation émotionnelle et à la souffrance psychologique	73

Remerciements

L'auteure souhaite remercier Mme Suzanne Léveillé, Ph.D., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa grande disponibilité, son support et ses conseils judicieux prodigués tout au long de l'élaboration de cet essai doctoral. De par son expérience clinique et ses connaissances, Mme Léveillé a su éveiller et nourrir l'intérêt de l'auteure envers les troubles de la personnalité limite ainsi que leur traitement. Elle remercie également l'équipe de la Clinique du centre (spécialisée pour le traitement du trouble de la personnalité limite) du Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières, les femmes qui ont participé à l'étude ainsi que le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour leur collaboration qui a rendu possible l'élaboration de ce projet de recherche. Enfin, l'auteure remercie toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de cet essai doctoral, que ce soit par leurs encouragements, leurs conseils ou leur appui.

Introduction

Un taux élevé d'abandon psychothérapeutique serait observé chez des femmes présentant un trouble de la personnalité limite (Barnicot, Katsakou, Marougka, & Priebe, 2010). Au cours des dernières décennies, de nombreux auteurs se sont intéressés à ce phénomène afin d'en améliorer la compréhension. Toutefois, peu d'études se sont penchées sur l'évaluation du fonctionnement intrapsychique afin de mieux comprendre les enjeux pouvant être liés à l'abandon psychothérapeutique auprès de cette clientèle. L'objectif de ce travail de recherche consiste à évaluer les enjeux intrapsychiques d'un groupe de femmes présentant un trouble de la personnalité limite ayant complété au moins un an de thérapie et d'un groupe de femmes présentant un trouble de la personnalité limite ayant abandonné la thérapie au cours de la première année. L'étude des relations d'objet, du narcissisme, de la régulation émotionnelle et de la souffrance psychologique chez des femmes présentant un trouble de la personnalité limite à partir du test de Rorschach est une démarche empirique qui n'a jamais été effectuée.

Le premier chapitre présente le contexte théorique. Tout d'abord, le trouble de la personnalité limite est défini selon deux approches, soit descriptive et structurale. Ensuite, la conception théorique du pronostic thérapeutique est présentée, puis les études réalisées sur le thème de l'abandon psychothérapeutique. Le second chapitre porte sur la méthodologie privilégiée, alors que le troisième chapitre présente les résultats obtenus. Finalement, la discussion entourant les résultats est présentée dans le quatrième chapitre.

Contexte théorique

Ce premier chapitre constitue le contexte théorique du présent travail de recherche et se divise en quatre principales sections. La première section présente la compréhension du trouble de la personnalité limite d'après deux approches. Premièrement, selon une approche descriptive en exposant les critères diagnostiques du trouble conformément au *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; APA, 2013). Deuxièmement, la compréhension de l'organisation limite de la personnalité est abordée selon une approche structurale d'après les travaux d'Otto F. Kernberg (1989, 2001). La deuxième section traite de la conception théorique du pronostic de traitement chez la personnalité limite selon Kernberg (2001). La troisième section porte sur les études empiriques qui s'intéressent aux facteurs d'abandon psychothérapeutique auprès de diverses clientèles, particulièrement chez la personnalité limite. Finalement, la pertinence et l'originalité de l'étude sont présentées dans la quatrième section.

Définition selon l'approche descriptive et ampleur du phénomène

Selon l'APA (2013), le diagnostic d'un trouble de la personnalité limite s'établit en fonction de la présence ou non de certains critères; ces critères rendent compte de divers comportements pathologiques. De façon générale, le trouble de personnalité limite se caractérise par un mode d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée. Ce mode de fonctionnement apparaît au début

de l'âge adulte et se manifeste dans au moins deux des domaines suivants : (1) la cognition qui comprend la perception de soi, des autres et des événements; (2) l'affectivité, c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle; (3) le fonctionnement interpersonnel; et (4) le contrôle des impulsions. Le diagnostic de trouble de personnalité limite peut être posé lorsqu'un individu présente au moins cinq des neuf manifestations suivantes : (1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés; (2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation; (3) instabilité marquée et persistante de l'image de soi; (4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour l'individu; (5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations; (6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur; (7) sentiments chroniques de vide; (8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère; et (9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Selon l'APA (2013), 1,6 à 5,9 % de la population générale présente un trouble de la personnalité limite. Les individus qui souffrent de ce trouble sont des femmes dans 75 % des cas. La prévalence du trouble est de 10 % chez les individus consultant en psychiatrie et d'environ 20 % pour les patients hospitalisés au sein des services de psychiatrie.

Compréhension du trouble de la personnalité limite selon une approche structurale

Dans un premier temps, nous présentons une compréhension davantage descriptive du trouble de la personnalité selon Kernberg (1989, 2001) en décrivant les symptômes permettant d'indiquer la possible présence d'un trouble de la personnalité limite. Dans un deuxième temps, une compréhension structurale du trouble est présentée mettant en lumière différents éléments de la personnalité comme la faiblesse du moi, les processus de pensée, les mécanismes de défense, les relations d'objet ainsi que les trois échelons de la personnalité limite élaborés par Kernberg (1989, 2001).

Symptômes

Kernberg (1989, 2001) considère l'organisation limite de la personnalité comme étant une organisation pathologique, stable et spécifique. Elle ne constitue pas un état transitoire oscillant entre la névrose et la psychose. L'auteur fait mention de certains symptômes dont la présence de deux ou trois d'entre eux évoque la possibilité d'une organisation limite sous-jacente : (1) une angoisse chronique et diffuse; (2) au moins deux symptômes névrotiques tels les phobies multiples, les symptômes obsessionnels, les symptômes de conversion, les réactions dissociatives, l'hypocondrie ainsi que les tendances paranoïdes et hypocondriaques; (3) des tendances sexuelles perverses polymorphes; (4) une structure prépsychotique classique (paranoïde, schizoïde, hypomane et cyclothymique avec importantes tendances hypomanes); (5) une personnalité impulsive et la toxicomanie; ainsi qu'un (6) trouble de la personnalité d'échelon inférieur. Nous aborderons plus loin le concept d'échelon.

Faiblesse du Moi

Les symptômes décrits ci-dessus constituent des indices pouvant indiquer la présence d'une organisation limite sous-jacente. Toutefois, selon Kernberg (1989, 2001), le diagnostic de l'organisation limite dépend principalement de la faiblesse du moi. La faiblesse de moi se caractérise par des mécanismes de défense primitifs, un manque de tolérance à l'angoisse, un manque de contrôle pulsionnel ainsi qu'un manque de développement des voies de sublimation. La tolérance à l'angoisse représente la manière dont le moi réagit à toute charge d'angoisse supplémentaire. Le manque de tolérance à l'angoisse se traduit par la formation de nouveaux symptômes, de conduites pathologiques ou d'une régression du moi. Quant au manque de contrôle pulsionnel, il se traduit par une incapacité de l'individu à maîtriser ses pulsions et ses émotions. De ce fait, l'individu tend à adopter des comportements qui vont à l'encontre de son jugement et de ses intérêts. Pour ce qui est du manque de développement des voies de sublimation, Kernberg évoque l'incapacité de l'individu à développer sa créativité dans des domaines qui outrepassent les limites de son milieu, de son éducation ou de sa formation.

L'auteur mentionne également l'importance de prendre en considération l'émergence des processus primaires de pensée, puisque selon lui, ils demeurent le témoin structurel le plus important de l'organisation limite de la personnalité. Les individus qui présentent une organisation limite montrent rarement de troubles formels de leurs processus de pensée. Cependant, les tests projectifs, plus principalement

l'exposition à des stimuli peu structurés, permettent de mettre en évidence les processus primaires de la pensée chez les individus (Kernberg, 1989, 2001).

Mécanismes de défense

Selon Kernberg (2001), la faiblesse du moi proviendrait principalement d'un manque d'intégration des introjections et représentations en un tout cohérent. La synthèse des introjections et des identifications précoces puis tardives représente une tâche essentielle lors du développement du moi et par le fait même d'une identité stable. Durant sa première année de vie, le nourrisson est incapable d'accomplir cette tâche en raison d'un manque de possibilité intégrative du moi. Les relations d'objet de ce dernier sont alors vécues comme « toutes bonnes » ou « toutes mauvaises », ce qui caractérise le mécanisme de défense de clivage. Habituellement, après la première année de vie, ce mécanisme est remplacé par d'autres mécanismes plus adaptés et efficaces tel que le refoulement, la formation réactionnelle et l'intellectualisation. Ces mécanismes de défense plus évolués ont pour but de protéger le moi des conflits intrapsychiques en mettant hors du champ de la conscience les pulsions ou les représentations mentales qui y sont associées. Chez l'individu présentant une organisation limite, le clivage demeure puisqu'il y a un manque d'intégration des introjections et des représentations. Dans ce cas, le mécanisme de clivage atténue la diffusion de l'angoisse et protège le moi construit autour des introjections et des représentations positives. Les introjections et les représentations positives sont maintenues séparées des introjections et représentations négatives qui sont conflictuelles. Des états contradictoires du moi sont alors activés tour

à tour et aussi longtemps que ces états sont maintenus séparés, l'angoisse est évitée. Le déni et l'identification projective sont aussi des mécanismes de défense primitifs qui permettent de maintenir séparées les représentations positives et négatives de soi et des autres. Le déni se manifeste par une incapacité à établir des liens affectifs entre deux états du moi, une méconnaissance d'un secteur de l'expérience subjective (déni affectif) ou encore une méconnaissance d'un secteur du monde externe (déni de réalité)¹. Pour ce qui est de l'identification projective, ce mécanisme de défense se caractérise principalement par une externalisation des représentations de soi et d'objet totalement mauvaises et agressives. L'identification projective a pour principale conséquence le développement d'objets dangereux que l'individu doit contrôler et contre lesquels il doit se défendre.

Relations d'objet

Au sein de l'organisation limite de la personnalité, la différenciation entre les représentations de soi et de l'objet a atteint un niveau suffisant pour permettre l'intégrité des frontières du moi dans la plupart des domaines. Les frontières du moi sont toutefois défaut dans les domaines où l'identification projective et la fusion aux objets internalisés prennent place, par exemple au sein des relations intimes ou dans la relation thérapeutique. L'intégration des sentiments d'amour et d'agressivité envers l'objet ne peut être reconnue ce qui entraîne des difficultés à éprouver des sentiments de

¹ Chez l'individu présentant une organisation limite de la personnalité, il est principalement question de déni affectif. Le déni de réalité se retrouve particulièrement chez l'individu présentant une structure psychotique de la personnalité.

culpabilité et de sollicitude envers les objets. Chez l'individu présentant une organisation limite de la personnalité, les réactions dépressives s'expriment sous forme de rage, plutôt que par des sentiments dépressifs devant de bons objets perdus. De plus, ces individus sont peu capables d'évaluer de façon réaliste les autres et de ressentir de l'empathie à leur égard. En effet, leurs relations d'objet se caractérisent par un aspect superficiel et les rapports aux autres sont vécus avec une certaine distance. D'une part, certains individus déploient des efforts pour s'éloigner de tout échange affectif trop proche qui risque d'activer des mécanismes de défense primitifs et de réveiller des craintes d'attaque provenant de l'objet qui est en train de prendre de l'importance. D'autre part, certains individus présentent des attitudes et comportements témoignant d'une grande dépendance envers l'objet, puis craignent continuellement d'être abandonnés (Kernberg, 2001).

Continuum : échelon supérieur à inférieur

Kernberg (2001) propose un diagnostic différentiel entre trois types de personnalités qu'il place sur le continuum de l'organisation limite, soit la personnalité hystérique sur l'échelon supérieur, la personnalité infantile sur l'échelon moyen et la personnalité narcissique sur l'échelon inférieur. Pour chaque échelon, les éléments suivants sont abordés soit le type de conflits psychiques dominant, la labilité émotionnelle, le contrôle pulsionnel ainsi que les relations d'objet.

Échelon supérieur : la personnalité hystérique. La personnalité hystérique présente une meilleure intégration du moi qui se traduit par une identité relativement stable. Les conflits psychiques, principalement œdipiens, entourent des enjeux de rivalité et de compétition. La personnalité hystérique présente une certaine stabilité émotionnelle ainsi qu'un bon contrôle pulsionnel. Des réactions émotionnelles inappropriées et un manque de contrôle des pulsions peuvent survenir dans certains domaines conflictuels lorsque l'angoisse atteint un point culminant. Au plan relationnel, la personnalité hystérique peut sembler adaptée. Toutefois, elle peut faire preuve d'une empathie superficielle dans ses relations. Dernièrement, il y a prédominance des processus secondaires de pensée chez la personnalité hystérique ainsi qu'une évaluation réaliste du monde externe (Kernberg, 2001).

Échelon moyen : la personnalité infantile. La personnalité infantile présente une identité diffuse et caractérise véritablement la personnalité limite. Les conflits psychiques sont principalement oraux et il y a peu d'aires libres de conflits au sein du moi. La personnalité infantile présente un manque de contrôle pulsionnel ainsi qu'une labilité émotionnelle qui sont généralisés. Le degré d'inadaptation sociale est plus élevé que chez la personnalité hystérique. En effet, la capacité d'entretenir des relations d'objet stables est réduite chez les individus présentant une personnalité infantile. Le mode relationnel démontre une dépendance à l'objet ainsi que des relations chargées d'agressivité orale (Kernberg, 2001).

Échelon inférieur : la personnalité narcissique. L'individu présentant une personnalité narcissique présente une conduite hautaine et grandiose qui constitue une défense contre les aspects paranoïdes liés à la projection sur l'objet d'une colère intense liée à l'envie et l'avidité orale. La personnalité narcissique présente un grand besoin d'être admirée, mais elle se montre incapable de dépendre d'autrui en raison de sa profonde méfiance. Le mode relationnel témoigne d'une incapacité à compter sur de bons objets internalisés et de relations d'objet internalisées intenses et primitives qui revêtent un caractère effrayant. La personnalité narcissique présente une vie affective superficielle et peu de contacts avec les sentiments d'autrui. Kernberg (2001) mentionne que la personnalité narcissique présente un meilleur contrôle pulsionnel, en apparence, que la personnalité infantile. De plus, ce qui distingue l'individu narcissique de l'individu limite est la présence d'un soi grandiose qui permet de compenser pour la faiblesse du moi. Kernberg évoque également que la personnalité antisociale constitue un sous-groupe de la personnalité narcissique. Le Surmoi, qui constitue une instance fragile chez l'organisation limite, est davantage déficitaire chez l'individu présentant une personnalité antisociale.

Pronostic de traitement psychothérapeutique

La prochaine section vise à présenter les caractéristiques abordées dans la section précédente étant intimement liées au pronostic de traitement psychothérapeutique selon Kernberg (2001), soit le diagnostic, le degré de faiblesse du moi, les relations d'objet, le surmoi et la réaction thérapeutique négative. Il est important de noter que l'auteur ne

définit pas clairement en quoi consiste le concept de bon ou mauvais pronostic de traitement. Toutefois, d'autres auteurs tels que Perron (2006) (cité dans Gaudriault & Joly, 2013) proposent qu'un pronostic favorable s'observe lorsque les relations s'assouplissent et se déconflictualisent, lorsque les processus intrapsychiques se font eux-mêmes plus souples et plus mobiles, lorsque s'apaise le tumulte des guerres intérieures, lorsque l'énergie est mieux économiquement employée, bref, lorsque le patient en vient à être plus heureux ou moins malheureux.

Le diagnostic occupe une importance particulière lorsqu'il est question de pronostic de traitement. Dans un premier temps, la présence d'angoisse et de souffrance est importante à considérer puisqu'elle représente un élément de pronostic favorable en début de traitement pour établir la relation thérapeutique. Toutefois, c'est la syntonie au Moi de la pathologie qui détermine si l'individu veut se libérer de ses symptômes ou plutôt se débarrasser de la menace que représente le traitement. Dans un deuxième temps, la configuration de la personnalité doit être prise en compte. En effet, les personnalités d'échelon supérieur (hystériques) et moyen (infantiles) présentent un meilleur pronostic que les personnalités d'échelon inférieur (narcissiques et antisociales). L'absence de symptômes névrotiques témoigne également d'un pronostic réservé. En effet, lorsque l'individu ne présente aucun symptôme ou inhibition névrotique, il est moins motivé à rechercher de l'aide et à poursuivre l'effort que demande la poursuite d'un processus psychothérapeutique (Kernberg, 2001).

Tel que mentionné précédemment, la faiblesse du moi influence grandement le diagnostic posé, mais aussi le pronostic de traitement. Selon Kernberg (2001), quatre manifestations doivent être prises en considération comme étant des facteurs de pronostic soit les mécanismes de défense, le contrôle pulsionnel, la tolérance à l'angoisse ainsi que la capacité de sublimation. Premièrement, la présence de mécanismes de défense de niveau supérieur ainsi que le degré atteint par le refoulement représentent des indications thérapeutiques importantes d'un meilleur pronostic. Deuxièmement, le manque global de contrôle des pulsions s'avère un facteur de pronostic réservé puisqu'il détermine et accroît une potentialité aux agirs au sein du transfert psychothérapeutique. En ce sens, le manque de tolérance à l'angoisse constitue aussi un facteur de pronostic défavorable lorsqu'à un certain moment du traitement l'augmentation de l'angoisse devient inévitable et provoque ainsi une perte de contrôle pulsionnel. Enfin, la présence de capacités de sublimation représente un important facteur de pronostic. En effet, la capacité à investir une profession ou une activité au-delà des besoins narcissiques, ou encore le fait d'avoir confiance en quelque chose de bon et de valable dans certains domaines de la vie (relations, travail, loisirs, etc.) se révèlent être des facteurs favorables de pronostic.

La qualité des relations d'objet, plus particulièrement la stabilité, la capacité d'individualisation ainsi que la profondeur affective, sont des facteurs favorables à considérer lorsqu'il est question de pronostic. Tout d'abord, la présence de relations relativement stables témoigne d'une capacité d'investissement d'autrui et renseigne

quant au type de relation susceptible de s'installer en contexte thérapeutique. Ensuite, la présence d'une capacité d'individualisation au sein des relations, soit la disposition à distinguer de façon réaliste les différentes relations interpersonnelles entretenues avec autrui, représente un facteur positif. Par exemple, un client qui conscientise ce qui est différent chez le thérapeute par rapport à ses autres objets de transfert fait preuve de cette capacité à entretenir des relations individualisées. Finalement, la capacité à tolérer des sentiments simultanés d'amour et de haine à l'égard d'une même personne représente un témoin favorable de pronostic traduisant une meilleure qualité de relations d'objet (Kernberg, 2001).

Tel qu'il a été abordé dans la section précédente, le Surmoi constitue une instance peu intégrée chez l'organisation limite et particulièrement chez l'individu antisocial. L'auteur souligne que plus les tendances antisociales sont syntones au Moi et s'intègrent à la personnalité apparente de l'individu, plus le pronostic s'avère réservé. Les tendances antisociales concernent entre autres un déficit quant au système de valeurs internalisées, un manque de conscience de tels systèmes de valeurs chez autrui ainsi qu'une faible considération des conséquences de ses agissements au plan relationnel. Le pronostic, chez l'ensemble des organisations limites, dépend grandement de la présence de capacités de sollicitude, de culpabilité, de dépression et d'introspection (Kernberg, 2001).

Kernberg (2001) aborde l'importance qu'occupent des traits de personnalité pathologiques traduisant la mise en œuvre d'une « idéologie autodestructrice ». Cette idéologie autodestructrice se rattache à la notion de réaction thérapeutique négative décrite pour la première fois par Freud en 1923 dans son article intitulé « Le moi et le ça ». Freud souligne que la réaction thérapeutique négative caractérise les individus qui réagissent aux progrès de la cure de façon inversée, c'est-à-dire qu'une amélioration des symptômes provoque un renforcement momentané de la souffrance et une opposition à la guérison. Dans ses écrits, Freud élabore à propos des causes de la réaction thérapeutique négative et identifie le masochisme comme étant la cause principale. Il distingue deux composantes au masochisme, soit une composante perverse (masochisme sexuel) et une composante névrotique (masochisme moral). L'auteur soutient que la réaction thérapeutique négative représente un exemple de ce mélange, puisqu'à une souffrance névrotique il y aurait une réponse perverse. Autrement dit, les patients trouvent satisfaction dans la souffrance et cherchent à la maintenir à tout prix. Le sentiment de culpabilité prédomine, c'est-à-dire que l'état de maladie procure une satisfaction et l'individu ne veut pas renoncer à la punition par la souffrance. Toutefois, le malade n'est pas conscient de sa culpabilité qui est remplacée par la maladie. La réaction thérapeutique négative est liée au concept de masochisme, mais fait aussi référence à la compulsion de répétition ainsi qu'à la pulsion de mort. La pulsion de mort tient un rôle important dans la réaction thérapeutique négative puisqu'elle signe l'arrêt définitif du processus thérapeutique en interdisant toute analyse des résistances et par le fait même toute évolution dans le temps. L'auteur présente cet obstacle qu'est la réaction

thérapeutique négative comme étant un facteur d'échec au cours du traitement, voire d'analyse interminable, mais il arrive aussi que ce phénomène apparaisse dès les premières séances et contribue au phénomène d'abandon précoce du traitement.

Dans un même ordre d'idées, Kernberg (2001) définit le concept de réaction thérapeutique négative ainsi que sa pertinence lorsqu'il est question de pronostic psychothérapeutique. Selon l'auteur, le phénomène consiste au besoin prédominant chez un individu de détruire toute source d'aide provenant de la psychothérapie. Plus une conduite peut être interprétée comme la recherche d'une autodestruction sociale, psychologique ou physique, plus le pronostic s'avère réservé. L'auteur prétend que la motivation derrière cette conduite consiste à détruire l'image d'une personne de l'entourage, y compris le thérapeute, inconsciemment haïe et enviée. Les cas les plus graves de réactions thérapeutiques négatives concernent les personnalités narcissiques qui présentent bien souvent le besoin inconscient de vaincre le thérapeute. Ce besoin est lié à l'envie et à la destruction de toute possibilité de source externe d'amour et de gratification. Le sentiment d'omnipotence relié à l'indépendance par rapport aux satisfactions extérieures est réaffirmé par le plaisir pris à l'autodestruction.

Évaluation des indicateurs d'abandon et d'engagement en thérapie

La section précédente permet de décrire les caractéristiques intrapsychiques pouvant affecter le pronostic de traitement psychothérapeutique selon Kernberg (2001), soit le diagnostic, la faiblesse du moi, les relations d'objet, le surmoi et la réaction

thérapeutique négative. En effet, ces éléments affectent la façon dont un individu se présente en thérapie et s'engage ou non au sein d'un traitement. La prochaine section vise à présenter les études qui s'intéressent aux facteurs, principalement individuels, étant associés à l'abandon psychothérapeutique. Premièrement, nous présentons les travaux réalisés auprès d'une population générale ou de clientèles hétérogènes. Deuxièmement, les recherches portant sur les troubles de la personnalité sont abordées, puis plus spécifiquement les études qui se penchent sur l'abandon psychothérapeutique chez des femmes présentant un trouble de la personnalité limite. Troisièmement, nous présentons les études qui utilisent le Rorschach afin d'évaluer les enjeux liés à l'abandon psychothérapeutique auprès d'une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite.

Études réalisées auprès de populations hétérogènes

La documentation démontre que près d'un individu sur cinq abandonne le traitement psychothérapeutique entamé (Swift & Greenberg, 2014). Il est important de mentionner que la majorité des études présentées dans cette section sont comparatives, réalisées auprès de larges échantillons principalement féminins. Certaines études, réalisées auprès d'individus tirés d'une population générale ne présentant pas de trouble de santé mentale spécifique, s'intéressent à la présence de variables sociodémographiques pouvant être associées à l'abandon en thérapie. Ces recherches démontrent un lien entre un pourcentage d'abandon élevé et un faible niveau de scolarité (Fenger, Mortensen, Poulsen, & Lau, 2011; Wierzbicki & Pekarik, 1993), un faible niveau socioéconomique

(Wierzbicki & Pekarik, 1993), être sans emploi (Berghofer, Schmidl, Rudas, Steiner, & Schmitz, 2002; Fenger et al., 2011) et un plus jeune âge (O'Brien, Fahmy, & Singh, 2009). Quelques études présentent des résultats contradictoires en ce qui a trait à certaines variables sociodémographiques telles que le genre, le niveau socioéconomique et l'ethnie (O'Brien et al., 2009). Quelques variables psychologiques ainsi que leur lien avec l'abandon sont aussi étudiés. Les résultats démontrent que la présence d'abus de substances (Fenger et al., 2011; O'Brien et al., 2009), d'impulsivité (Bados, Balaguer, & Saldaña, 2007), de problèmes avec la loi et de traits de la personnalité antisociale (O'Brien et al., 2009), de trouble du comportement alimentaire (Bados et al., 2007) et de faibles capacités d'introspection (O'Brien et al., 2009) sont davantage associés à l'abandon en thérapie. De plus, la méta-analyse de Sharf, Primavera et Diener (2010) démontre l'existence d'une relation entre l'abandon et l'alliance thérapeutique. Selon 11 études effectuées auprès de populations variées, une faible alliance thérapeutique, mesurée à l'aide de questionnaires auto-rapportés, est associée à un taux élevé d'abandon.

Des études réalisées auprès d'individus présentant un trouble de l'humeur démontrent un lien entre l'abandon et certaines variables dont la minorité raciale (Cooper & Conklin, 2015), la présence d'un diagnostic de trouble de la personnalité (Cooper & Conklin, 2015; Henzen, Moeglin, Giannakopoulos, & Sentissi, 2016; Schindler, Hiller, & Witthöft, 2013), plus spécifiquement narcissique ou histrionique (Tedlow et al., 1996) ainsi qu'une faible alliance thérapeutique (Cooper et al., 2016).

Certaines études démontrent des résultats contradictoires quant à la présence d'anxiété et l'âge des individus (Cooper & Conklin, 2015; Swift & Greenberg, 2012).

D'autres études s'intéressent à l'abandon en thérapie auprès de populations hétérogènes comprenant des individus présentant soit un trouble de l'humeur, un trouble anxieux et/ou un trouble de la personnalité. Certaines variables sociodémographiques s'avèrent liées à l'abandon, soit le jeune âge (Baruch, Vrouva, & Fearon, 2009; Swift & Greenberg, 2012) et le fait d'être sans abri (Baruch et al., 2009). D'autres facteurs ne semblent pas avoir un effet sur le phénomène, dont le fait d'avoir ou non un emploi ainsi que l'ethnie (Swift & Greenberg, 2012). Certains résultats contradictoires sont obtenus en ce qui concerne le genre, le statut marital et le niveau de scolarité (Swift & Greenberg, 2012). Quelques variables psychologiques sont retenues comme étant associées à l'abandon soit la présence d'un trouble de conduite à l'enfance (Anestis, Gottfried, & Joiner, 2015), de comportements externalisés (Anestis et al., 2015; Baruch et al., 2009; Loffler-Statska, Blueml, & Boes, 2010), d'hyperactivité (Baruch et al., 2009) ou de trouble du comportement alimentaire (Swift & Greenberg, 2012). Également, la présence d'un trouble de la personnalité constituerait un facteur associé à un taux élevé d'abandon (Minnix et al., 2005; O'Brien et al., 2009; Swift & Greenberg, 2012).

À notre connaissance, quelques études utilisent le test projectif du Rorschach afin d'évaluer les enjeux psychiques qui sont associés à l'abandon psychothérapeutique.

L'étude de Charnas, Hilsenroth, Zodan et Blais (2010), de type comparative, est réalisée auprès d'un échantillon essentiellement féminin (70 %) présentant majoritairement un diagnostic de trouble de l'humeur (54 %) ainsi qu'un trouble de la personnalité (53 %)¹. Les résultats démontrent que le groupe ayant abandonné la thérapie obtient un score D² significativement plus bas ($M = -1,17$) que le groupe ayant terminé le traitement ($M = -0,35$), traduisant qu'une plus grande proportion de femmes ayant abandonné la thérapie présentent une surcharge émotionnelle. Une analyse de variance est utilisée afin de traiter les données obtenues au Rorschach, ce qui soulève certains questionnements méthodologiques quant à la valeur et au sens des résultats.

L'étude de Hilsenroth, Handler, Toman et Padawer (1995), réalisée auprès de patients consultant dans une clinique universitaire de services psychologiques, met en lumière l'influence du mode relationnel sur l'engagement en thérapie à l'aide du Rorschach³. Les résultats démontrent qu'un indice « texture » inférieur à 1 constitue un indice d'abandon précoce en thérapie alors qu'un indice « texture » égal ou supérieur à 1 indique une plus grande dépendance à la relation psychothérapeutique. En ce sens, un indice texture inférieur à 1 démontre habituellement une difficulté à nouer des relations et une tendance à faire preuve de prudence au sein des relations, alors qu'un indice texture égal ou supérieur à 1 traduit un désir de relation pouvant aller jusqu'à un besoin

¹ Les protocoles de Rorschach sont cotés selon le Système Intégré d'Exner (2003b). Les indices suivants ont été retenus : GHR, PHR, COP, AG, T, ES, EA, D, AdjD, Sum6, X-%, PTI.

² Le score D nous renseigne quant à la surcharge émotionnelle vécue de façon situationnelle par un individu. Un score de 0 témoigne d'un équilibre entre les forces du sujet et les exigences perçues, alors qu'un score inférieur à 0 démontre la présence d'une surcharge émotionnelle.

³ Les protocoles de Rorschach sont cotés selon le Système Intégré d'Exner (2003b). L'indice texture (T) retenu par les auteurs réfère au besoin de proximité et à l'ouverture aux relations affectives proches.

intense de proximité. L'étude de Gaudriault (1987), réalisée auprès d'adultes consultant dans un service de soins en santé mentale, indique qu'un indice texture égal ou supérieur à 1 n'apparaît pas comme étant lié à l'engagement dans les soins psychologiques. Cependant, l'auteur met en lumière une seconde variable, soit la présence de réponses expressives¹, comme étant associée à l'engagement psychothérapeutique. La présence de réponses expressives est associée à la capacité de l'individu à manifester la représentation qu'il entretient de lui-même. Les déterminants expressifs sont ceux de kinesthésie qui consistent à associer un mouvement à un élément formel du stimulus, de texture qui associent une qualité tactile à l'estompage du stimulus, de profondeur qui associent une qualité tridimensionnelle à l'estompage du stimulus, puis les déterminants clair-obscur (Rausch de Traubenberg, 1997). Au Rorschach, un nombre plus élevé de réponses expressives constitue un indicateur d'une meilleure représentation d'objets et d'une capacité à préserver les limites de soi. À l'inverse, un protocole trop formel et perceptif démontre une lutte contre une crainte d'être absorbé dans la relation examinateur-examiné vécue comme angoissante et intrusive (Gaudriault & Guilbaud, 2005; Gaudriault & Joly, 2013). Les résultats obtenus par Gaudriault (1987) illustrent que les sujets qui s'engagent dans une psychothérapie donnent davantage de réponses expressives que les sujets qui abandonnent leur suivi ou qui ne demandent pas de psychothérapie, traduisant une capacité d'expression subjective dans la relation à l'examineur. Également, Mouret et Gaudriault (2011) s'intéressent à certaines

¹ Les protocoles de Rorschach sont cotés selon le Système Intégré d'Exner (2003b) pour l'indice texture, mais aussi en fonction de l'approche de Nina Rausch de Traubenberg (1997) pour ce qui est des réponses expressives.

variables associées à l'engagement au sein d'une relation psychothérapeutique auprès de femmes boulimiques. Les auteurs traitent particulièrement du phénomène d'illusion de récurrence qui consiste en la réapparition d'une même réponse plus ou moins définie à plusieurs planches du Rorschach. Ce phénomène se produirait lorsqu'une relation d'une certaine intensité émotionnelle s'instaurerait entre le sujet et l'examineur. Les résultats de leur étude démontrent que la récurrence de l'objet s'avère plus fréquente chez les patientes qui s'engagent en thérapie que chez celles qui ne s'y engagent pas de façon stable.

Certaines études, réalisées auprès d'une population étudiante, s'intéressent au lien entre la dépendance interpersonnelle, évaluée à l'aide du Rorschach, et l'engagement psychothérapeutique. Les résultats démontrent qu'un score élevé à l'*Échelle de dépendance orale du Rorschach* (Masling, Rabie, & Blondheim, 1967, cité dans Mouret & Gaudriault, 2011) est associé à davantage d'attitudes et de comportements de conformité, de coopération et de recherche d'aide dans une variété de situations (Masling, Weiss, & Rothschild, 1968; Shilkret & Masling, 1981). Bornstein (2005) indique que les patients dépendants manquent peu de séances de thérapie et adhèrent de façon plus consciencieuse que les patients non dépendants au cadre médical et psychothérapeutique. En effet, un haut niveau de dépendance interpersonnelle observé dans les protocoles de Rorschach est associé à davantage de comportements d'adhésion et d'engagement dans le processus thérapeutique (Mouret & Gaudriault, 2011).

Les résultats présentés précédemment démontrent les efforts réalisés au cours des dernières décennies afin de mieux comprendre les enjeux psychologiques reliés à l'abandon thérapeutique chez des individus provenant de diverses populations. Toutefois, les caractéristiques étudiées jusqu'à maintenant, particulièrement les caractéristiques individuelles (âge, ethnie, sexe, niveau socioéconomique, diagnostic de santé mentale etc.) apparaissent comme n'ayant pas ou peu d'incidence sur la propension à abandonner ou non un suivi psychothérapeutique. Toutefois, certaines études réalisées à partir du test de Rorschach suggèrent quelques variables étant intimement liées aux relations d'objet et pouvant nous renseigner sur les aptitudes d'un individu à s'engager au sein d'une psychothérapie. Ces variables sont la récurrence de l'objet, la capacité d'expression subjective ainsi que la dépendance interpersonnelle. De plus, les recherches démontrent que les individus souffrant de troubles psychologiques plus sévères seraient davantage susceptibles de mettre fin précocement à la thérapie. Parmi ces individus, on compte ceux présentant des comportements agressifs, étant plus hostiles et présentant un trouble de la personnalité (Gaudriault & Joly, 2013). Il s'avère pertinent de se questionner sur les enjeux présents chez les individus qui souffrent d'un trouble de la personnalité et qui abandonnent la psychothérapie.

Études réalisées auprès d'individus présentant un trouble de la personnalité

Les études portant sur l'abandon thérapeutique chez une clientèle présentant un trouble de la personnalité démontrent que certaines caractéristiques sociodémographiques seraient davantage associées à l'abandon, dont le jeune âge

(Martino, Menchetti, Pozzi, & Berardi, 2012; Ogrodniczuk et al., 2008; Thormählen, Weinryb, Norén, Vinnars, & Bågedahl-Strindlund, 2003), le faible niveau de scolarité (Karterud et al., 2003; Ogrodniczuk et al., 2008) et le fait d'être sans emploi (Karterud et al., 2003).

Quelques études s'intéressent à l'abandon psychothérapeutique et aux troubles de la personnalité classifiés selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; APA, 1994). Alors qu'une étude indique que la présence de plus d'un diagnostic de trouble de la personnalité chez un même individu est associée à l'abandon (Karterud et al., 2003), d'autres études démontrent que ce sont principalement les troubles de la personnalité des clusters A et B, particulièrement paranoïde, limite et antisocial qui sont associés à l'abandon (Loffler-Statska et al., 2010; Martino et al., 2012; Ogrodniczuk et al., 2008; Thormählen et al., 2003). Hilsenroth, Holdwick, Castlebury et Blais (1998) étudient l'abandon et les critères diagnostique du cluster B, trois critères s'avèrent positivement associés à la poursuite d'une thérapie : *efforts pour éviter les abandons réels ou imaginés* (critère 1 TPL), *crises de colère intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler colère* (critère 8 TPL), *considérer les relations plus intimes qu'elles ne le sont vraiment* (critère 8 histrionique). Quant aux critères associés à l'abandon, les auteurs indiquent : *requiert une admiration excessive* (critère 4 narcissique), *absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui* (critère 7 antisocial). Ces derniers critères, étant associés à l'abandon et appartenant aux troubles de la personnalité narcissique et

antisociale, reflètent un haut niveau de centration sur soi, peu de préoccupations pour les autres ainsi qu'une distance relationnelle favorisant peu la collaboration entre le patient et le thérapeute.

Alors que certaines études s'intéressent au diagnostic de trouble de la personnalité, d'autres se penchent sur la présence de symptômes et de variables comportementales. En ce sens, l'abandon psychothérapeutique serait davantage associé à une impulsivité élevée (McMurrin, Huband, & Overton, 2010), de faibles habiletés de résolution de problèmes (McMurrin et al., 2010) ainsi que la présence d'abus de substances (Farrand, Booth, Gilbert, & Lankshear, 2009). Finalement, une faible alliance thérapeutique serait associée à un taux plus élevé d'abandon (Lingiardi, Filippucci, & Baiocco, 2005; Martino et al., 2012). Joyce, Piper, Ogrodniczuk et Klein (2007) soulignent que le type de trouble de la personnalité influence considérablement le mode relationnel de l'individu, ce qui peut altérer le processus thérapeutique.

Études réalisées auprès d'individus présentant un trouble de la personnalité limite

La majorité des études présentées dans la prochaine section proviennent de la recension de la littérature de Barnicot et al. (2010) portant sur 41 études réalisées entre 1980 et 2009. Ces études évaluent les caractéristiques reliées à l'abandon psychothérapeutique chez une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite. Le taux d'abandon rapporté varie entre 36 et 100 % dépendamment des études. Des recherches démontrent que l'abandon n'est pas associé à des variables

sociodémographiques telles que l'âge, le genre, le statut marital, le niveau de scolarité, l'ethnie, la religion, le fait de vivre seul ou d'avoir ou non un emploi. Des études ne faisant pas partie de la recension de la littérature de Barnicot et al. (2010) démontrent des résultats différents en ce qui concerne l'âge, le niveau de scolarité, le statut marital et le genre. Trois de ces études démontrent que l'âge serait associé de façon inversement proportionnel à l'abandon, c'est-à-dire que plus un individu est jeune, plus il est susceptible d'abandonner la thérapie (Kröger, Harbeck, Armbrus, & Kliem, 2013; Links, Mitton, & Steiner, 1990; Smith, Koenigsberg, Yeomans, Clarkin, & Selzer, 1995; Wnuk et al., 2013). Pour ce qui est du niveau de scolarité, les études de Jørgensen et Kjølbye (2007) ainsi que de Perroud, Uher, Dieben, Nicastro et Huguelet (2010) indiquent que l'abandon serait lié à un faible niveau de scolarité. Finalement, selon Links et al. (1990), le fait d'être célibataire, séparé ou divorcé ainsi que d'appartenir au genre masculin constitueraient des facteurs étant reliés à l'abandon psychothérapeutique.

Barnicot et al. (2010) s'intéressent aussi aux différences entre les individus qui abandonnent un traitement psychothérapeutique et ceux qui le complètent en considérant la présence ou l'absence d'une comorbidité à l'axe I. Les données indiquent que la présence d'une comorbidité à l'axe I n'est pas associée à l'abandon ou à l'engagement thérapeutique. Ces résultats diffèrent de ceux obtenus par d'autres études ne figurant pas dans la revue de Barnicot et al. (2010). C'est le cas des recherches de Kröger et al. (2013) ainsi que de Kelly et al. (1992) qui soulignent que les individus présentant un trouble de la personnalité ainsi qu'un trouble d'abus de substances seraient plus

susceptibles d'abandonner la thérapie. De plus, une autre étude démontre que l'abandon serait associé à la présence de plus d'un diagnostic à l'axe I chez un même individu (Wnuk et al., 2013).

Dans un même ordre d'idées, les études relevées par Barnicot et al. (2010) montrent que la présence d'un trouble de la personnalité additionnel au trouble de la personnalité limite n'est pas associée à l'abandon ou à l'engagement thérapeutique. Ce constat diffère de celui obtenu par d'autres recherches qui démontrent que l'abandon serait lié à la présence d'une comorbidité à l'axe II (Wnuk et al., 2013), dont la présence de traits de la personnalité antisociale (Kröger, Röepke, & Kliem, 2014; Links et al., 1990; Perroud et al., 2010).

Les résultats présentés par Barnicot et al. (2010) ainsi que ceux obtenus par d'autres études indiquent que l'abandon ne serait pas associé à la sévérité des symptômes du trouble de la personnalité limite ni au nombre de critères diagnostiques (De Panfilis et al., 2012; Gunderson et al., 1989). Toutefois, des résultats différents sont obtenus quant à la dépression. En effet, Barnicot et al. indiquent que la présence de symptômes dépressifs ne seraient pas associée à l'abandon, alors que d'autres études mentionnent que les individus susceptibles de demeurer en thérapie présenteraient davantage de symptômes dépressifs (Gunderson et al., 1989; Kelly et al., 1992).

En ce qui a trait à l'historique de soins en santé mentale, certaines études démontrent que l'abandon serait lié à un nombre plus élevé d'hospitalisations psychiatriques (Kröger et al., 2014; Perroud et al., 2010), alors qu'une autre étude souligne que les antécédents d'hospitalisations n'auraient aucune influence sur l'abandon thérapeutique (Rüsch et al., 2008). Gunderson et al. (1989) indiquent que les gens qui s'engageraient davantage en thérapie seraient ceux qui auraient reçu davantage de traitements psychiatriques et psychothérapeutiques au cours de leur vie.

Barnicot et al. (2010) relèvent certains facteurs étant davantage présents chez les individus qui abandonnent la psychothérapie, ces résultats sont pour la plupart appuyés par d'autres études n'ayant pas été considérées par les auteurs. Premièrement, l'abandon serait associé à davantage d'impulsivité (Joyce et al., 2007; Kelly et al., 1992; Yeomans et al., 1994), de colère (Arntz, Stupar-Rutenfrans, Bloo, van Dyck, & Spinhoven, 2015; Rüsch et al., 2008; Smith et al., 1995; Wnuk et al., 2013), d'anxiété (Rüsch et al., 2008) ainsi qu'à une faible tolérance aux frustrations (Joyce et al., 2007). Deuxièmement, les individus susceptibles d'abandonner le traitement présenteraient moins de comportements suicidaires avant d'entamer le processus psychothérapeutique (Gunderson et al., 1989; Rüsch et al., 2008). Toutefois, ce constat est réfuté par certaines études qui présentent des résultats différents, c'est-à-dire que l'abandon psychothérapeutique serait liée à une histoire plus importante de comportements suicidaires (De Panfilis et al., 2012; Kröger et al., 2014; Wnuk et al., 2013).

Certaines études (Barnicot et al., 2010) se penchent davantage sur les processus psychologiques et soulignent le lien entre l'abandon ainsi que la présence d'une motivation externe à s'engager en thérapie. De plus, Barnicot et al. (2010) s'intéressent au processus thérapeutique et démontrent un lien entre l'abandon et les composantes suivantes, soit une communication davantage dénuée d'affects avec le thérapeute et une alliance thérapeutique plus pauvre. L'étude de Wnuk et al. (2013) ainsi que celle de Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman et Arntz (2007) corroborent des résultats similaires.

À la lumière des résultats présentés, il s'avère pertinent de considérer l'influence de la présence d'un trouble de la personnalité limite sur l'établissement de l'alliance thérapeutique, et par le fait même sur l'abandon psychothérapeutique. Tout d'abord, il importe de considérer le mode relationnel de ces individus, souvent caractérisé par des relations d'objet instables et conflictuelles. En ce sens, la capacité à être et à demeurer engagé dans le processus thérapeutique pourrait être variable, voire absente traduisant des difficultés à réguler l'anxiété face à la crainte de l'abandon ou de l'engouffrement. Le thérapeute doit souvent faire face à des crises associées à la pauvre régulation émotionnelle du patient et l'utilisation de mécanismes de défense primitifs tel que le déni, l'évitement, l'agir, la projection et l'identification projective; la fin de la thérapie étant souvent caractérisée par ces crises (Joyce et al., 2007). Il est démontré que la difficulté à établir une relation de confiance et la tendance à démontrer une hostilité extrême, constituent des moyens pour parer à la peur de la vulnérabilité chez cette

clientèle. De plus, la méfiance et l'hostilité seraient associées au développement d'une réaction thérapeutique négative chez les patients présentant un trouble de la personnalité limite (Skodol, Buckley, & Charles, 1983; Smith et al., 1995; Waldinger & Gunderson, 1984). Gaudriault et Joly (2013) soulignent que l'alliance entre le patient et le thérapeute se révèle être un critère nécessaire afin que l'engagement en thérapie puisse avoir lieu. Les auteurs ajoutent l'importance des phénomènes de transfert dans la mise en place de tout processus psychothérapeutique. Ces phénomènes peuvent agir, à la fois, à titre de moteur de la cure ou à titre de résistance rendant la thérapie difficilement praticable.

Études réalisées avec le Rorschach auprès d'individus présentant un trouble de la personnalité limite

Quelques recherches portent sur l'évaluation du changement psychothérapeutique (Diamond, Kaslow, Coonerty, & Blatt, 1990; Luiza de Mattos Fiore, Lottenberg Semer, & Yazigi, 2016), toutefois, ce travail de recherche s'attarde essentiellement aux recherches portant sur l'abandon psychothérapeutique. À notre connaissance, deux études se penchent sur l'étude de l'abandon psychothérapeutique à partir du test de Rorschach auprès d'une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite. Horner et Diamond (1996) procèdent à l'évaluation des relations d'objet de 12 femmes présentant un trouble de la personnalité limite et s'engageant dans une thérapie d'approche psychodynamique. Trois échelles permettant d'évaluer les relations d'objet au Rorschach sont utilisées soit : *Separation-Individuation Scale* (Coonerty, Diamond, Kaslow, & Blatt, 1987, cité dans Horner & Diamond, 1996), *Mutuality of Autonomy Scale* (Urist, 1977) et *Concept of the Object Scale* (Blatt, Brenneis, Schimek, &

Glick, 1976). De plus, une échelle globale des relations d'objet est utilisée afin d'évaluer la différenciation et la cohésion des représentations de soi et des autres soit le *Differentiation-Relatedness Scale of Self and Object Representations* (Diamond, Blatt, Stayner, & Kaslow, 1992, cité dans Horner & Diamond, 1996). Les résultats obtenus démontrent que la prédominance de traits narcissiques est un facteur qui distingue les femmes ayant abandonné le traitement à celles l'ayant complété. En ce sens, les femmes ayant abandonné présentent davantage d'enjeux liés à l'autonomie, à l'envie et sont plus centrées sur elles-mêmes, traduisant une tendance à dénier les besoins difficilement tolérables de dépendance interpersonnelle. Dans un même ordre d'idées, ces femmes présenteraient des mécanismes de défense s'apparentant au contrôle omnipotent, à la dévaluation et à l'idéalisation. Ces constats sont cohérents avec la théorie de Kernberg (2001) qui démontre que le narcissisme pathologique constitue une menace à la continuité du traitement et à l'établissement d'une alliance thérapeutique. Horner et Diamond (1996) ajoutent que ce n'est pas le degré de pathologie générale qui détermine la poursuite du traitement, mais plutôt la qualité et la nature des relations d'objet.

Une deuxième étude, réalisée auprès d'une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite, s'intéresse à l'abandon psychothérapeutique en utilisant le test du Rorschach. L'étude de Fowler, Brunnschweiler, Swales et Brock (2005), réalisée auprès de 66 femmes hospitalisées présentant un trouble de la personnalité limite, révèle qu'un niveau plus élevé de dépendance interpersonnelle (mesurée à l'aide de l'Échelle de

dépendance orale du Rorschach) est associé à davantage de comportements de conformité et de participation au processus de traitement psychothérapeutique.

Pertinence et originalité de l'étude

Les études portant sur l'abandon psychothérapeutique s'avèrent difficilement comparables considérant l'hétérogénéité des modalités de traitements employées et des clientèles étudiées. De plus, la définition de l'abandon thérapeutique diffère largement d'une étude à l'autre expliquant, en partie, la variabilité des taux d'attrition au sein des recherches. Bien qu'un grand nombre d'études aient été réalisées sur le sujet, la recension de la littérature présentée rend compte d'une difficulté à étudier le concept d'abandon thérapeutique et à en cerner les facteurs explicatifs. Cependant, certaines variables sont proposées dans les études afin de permettre de mieux comprendre l'abandon thérapeutique. Premièrement, l'alliance thérapeutique s'avère être un concept de plus en plus étudié au sein des recherches. Toutefois, bien que cette variable ait été étudiée et que les résultats démontrent qu'une pauvre alliance thérapeutique serait liée à un risque plus élevé d'abandon, l'alliance a principalement été évaluée à l'aide de questionnaires auto-rapportés ne permettant pas de bien cerner les caractéristiques individuelles du client le prédisposant ou non à établir une alliance auprès du thérapeute. Quelques auteurs soulignent la pertinence de s'intéresser au narcissisme et à la qualité des relations d'objet afin de mieux cerner la capacité d'un individu à s'investir au sein d'une relation psychothérapeutique. Deuxièmement, quelques études soulèvent la pertinence de considérer la modulation affective ainsi que la présence de souffrance

psychologique afin de mieux comprendre l'abandon psychothérapeutique. Des variables telles que l'impulsivité, la colère et la dépression ont été étudiées, toutefois peu de résultats ont été obtenus à ce sujet auprès d'une population féminine présentant un trouble de la personnalité limite. De plus, ces variables ont essentiellement été évaluées à l'aide de questionnaires. À la lumière de ces constats, il s'avère nécessaire de s'interroger davantage au fonctionnement intrapsychique des individus et, par le fait même, de recourir aux tests projectifs afin d'en permettre l'évaluation.

Alors, la pertinence et l'originalité de notre étude résident dans le choix des variables étudiées, de la population ciblée et de l'instrument de mesure privilégié. En effet, notre recherche vise à évaluer la qualité des relations d'objet, le narcissisme, la modulation affective et la souffrance psychologique chez des femmes présentant un trouble de la personnalité limite à partir du test de Rorschach.

Formulation des objectifs, hypothèses et questions de recherche

L'objectif général de la présente étude consiste à évaluer les enjeux psychiques d'un groupe de femmes présentant un trouble de la personnalité limite ayant complété au moins un an de thérapie et d'un groupe de femmes présentant un trouble de la personnalité limite ayant abandonné la thérapie au cours de la première année. Pour ce faire, les deux groupes sont comparés selon différents indices au Rorschach ayant trait aux relations d'objet, au narcissisme, à la régulation émotionnelle ainsi qu'à la souffrance psychologique.

Objectif 1 : Évaluer la perception des relations d'objet au sein des deux groupes à l'aide d'indices au Rorschach liés à la perception des relations. Étant donné que la documentation consultée ne fournit pas suffisamment de données empiriques pour permettre de formuler une hypothèse de recherche, une question de recherche est préconisée pour ce premier objectif.

Question 1: Est-ce que des différences s'observent entre les deux groupes quant à la façon dont les femmes perçoivent leurs relations interpersonnelles?

Objectif 2 : Évaluer la dépendance relationnelle et la capacité d'expression subjective au sein des deux groupes à l'aide de certains indices apparaissant dans les protocoles de Rorschach.

Hypothèse 1 : Il est attendu que les femmes ayant abandonné la thérapie au cours de la première année présentent moins d'indices liés à la dépendance relationnelle et à la capacité d'expression subjective que les femmes ayant complété un an de thérapie.

Objectif 3: Évaluer le narcissisme au sein des deux groupes à l'aide d'indices au Rorschach liés à la perception de soi.

Hypothèse 2: Il est attendu que les femmes ayant abandonné la thérapie au cours de la première année présentent davantage d'indices liés à une surévaluation de la valeur personnelle ainsi qu'à de faibles capacités d'introspection.

Objectif 4: Évaluer la régulation émotionnelle et la présence de souffrance psychologique au sein des deux groupes à l'aide d'indices au Rorschach liés à l'impulsivité, à l'agressivité et aux affects dépressifs.

Hypothèse 3: Il est attendu que les femmes ayant abandonné la thérapie au cours de la première année présentent davantage d'indices liés à un problème de régulation émotionnelle et moins d'indices liés à la présence de souffrance psychologique.

Méthode

Ce chapitre présente la méthodologie de ce travail de recherche. Tout d'abord, les participantes ainsi que leur sélection sont décrites. Les instruments de mesure utilisés ainsi que les indices ciblés au Rorschach sont ensuite décrits. Le déroulement de la recherche est présenté en dernier lieu.

Participantes¹

La présente étude s'inscrit dans un projet de recherche² portant sur la symptomatologie et l'évolution psychosociale d'individus présentant un trouble de la personnalité limite et consultant au sein d'une clinique spécialisée. Le traitement proposé par la clinique du Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières (CHRTR) est spécifique au trouble de la personnalité limite et s'échelonne sur une période d'un an et demi. Ce dernier comporte trois modalités d'intervention qui permettent l'intégration d'un modèle à la fois psychoéducatif et psychodynamique. La première modalité comprend un suivi de groupe de type psychoéducatif basé sur l'approche comportementale dialectique de Shearin et Linehan (1994). Le suivi de groupe a lieu une fois par semaine. Lors de ce suivi, deux professionnels (infirmière, travailleuse sociale ou ergothérapeute) interviennent en tant que cothérapeutes. Le contenu psychoéducatif

¹ Nous tenons à remercier les femmes ayant participé à ce projet pour leur engagement, leur générosité et leur ouverture. De plus, nous tenons à remercier les intervenants de la clinique du Centre (CHRTR) pour leur collaboration qui a rendu possible l'élaboration et le déroulement de ce projet de recherche.

² Un certificat éthique a été obtenu afin de pouvoir mener à terme ce projet de recherche (CER-09-149-06.03).

porte sur la compréhension du trouble de la personnalité limite, l'affirmation de soi et la gestion de la colère. Pour ce qui est de la deuxième modalité, elle consiste en une psychothérapie individuelle basée sur approche psychodynamique. Ces rencontres sont offertes une fois par semaine lorsque le suivi de groupe est terminé. La troisième modalité comprend des rencontres, au besoin, avec le psychiatre pour l'ajustement de la médication. Le traitement proposé par la clinique du CHRTR comporte un cadre thérapeutique strict présenté en début de traitement à chacun des patients. Ces derniers s'engagent à respecter les règles contenues dans le formulaire d'engagement au traitement incluant les modalités liées au cadre (p.ex. présence au groupe, respect des autres, etc.).

L'échantillon à l'étude se compose de femmes¹ qui consultent et reçoivent un traitement psychothérapeutique au CHRTR à la clinique spécialisée pour le traitement du trouble de la personnalité limite. L'engagement au traitement s'est fait de façon volontaire pour l'ensemble des femmes. Les critères d'inclusion de la recherche sont les suivants : être âgée de 18 ans et plus, présenter un diagnostic de trouble de la personnalité limite selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; APA, 1994) émis par un psychiatre et/ou un psychologue, puis entamer le programme de traitement spécialisé pour le trouble de la personnalité limite. Pour ce qui est des critères d'exclusion, les individus ne devaient pas présenter de déficience

¹ Notre échantillon se compose essentiellement de participantes de sexe féminin puisqu'elles représentent la principale clientèle de la clinique et que ce sont majoritairement des femmes qui ont accepté de participer à l'étude.

intellectuelle ni de trouble neurologique empêchant la compréhension du contenu des questions des instruments de mesure.

Dans le cadre de la présente étude, l'échantillon (N = 19) se divise en deux sous-groupes de participantes, soit un groupe de femmes ayant complété au moins un an de traitement ($n = 11$) et un groupe de femmes ayant abandonné le traitement au cours de la première année ($n = 8$). Ainsi, nous disposons des données de 19 femmes âgées entre 19 et 51 ans. L'âge moyen des femmes est sensiblement le même pour les deux groupes, soit 38 ans pour celles ayant abandonné la thérapie et 34 pour celles l'ayant complétée. Plus de la moitié des femmes sont célibataires, soit 62,5 % des femmes ayant abandonné la thérapie et 54,5 % des femmes l'ayant complétée. La majorité des femmes ayant abandonné la thérapie possèdent un diplôme de 12^e ou une équivalence (37,5 %), suivi par une formation universitaire (25 %), alors que pour les femmes ayant terminé la thérapie la plupart d'entre elles détiennent une scolarité collégiale (36,4 %) ou universitaire (36,4 %). L'ensemble des femmes (100 %) ayant abandonné la thérapie ainsi que 63,7 % des femmes l'ayant complétée sont sans emploi. Une différence statistiquement significative est démontrée pour ce qui est de l'emploi. L'ensemble des femmes (100 %) du groupe « Abandonnée » n'ont pas d'emploi, contrairement à 63,64 % des femmes du groupe « Complétée » ($\chi^2(1, N = 19) = 3,69, p < 0,05$). En ce sens, 36,36 % des femmes du groupe « Complétée » occupent un emploi. Le Tableau 1 présente l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques des femmes de l'échantillon.

Tableau 1

Répartition des participantes selon les caractéristiques sociodémographiques

Constellations et Indices	Groupe « Complétée » (n = 11)		Groupe « Abandonnée » (n = 8)		X ²
	n	%	n	%	
Tranches d'âge					
18-25 ans	2	18,18	1	12,5	0,21
26-35 ans	3	27,27	2	25,0	
36-45 ans	4	36,36	3	37,5	
46 ans et plus	2	18,18	2	25,0	
Niveau de scolarité					
7 ^e à 10 ^e (sans diplôme)	0	0,00	1	12,5	3,28
Diplôme de 12 ^e	2	18,18	3	37,5	
Cegep ou cours classique	4	36,36	1	12,5	
Formation professionnelle	1	9,09	1	12,5	
Université	4	36,36	2	25,0	
Statut marital					
Mariée ou conjointe de fait	4	36,36	2	25,0	0,29
Séparée ou divorcée	1	9,09	1	12,5	
Célibataire	6	54,55	5	62,5	
Emploi					
Oui	4	36,36	0	0,0	3,69*
Non	7	63,64	8	100,0	

*p < 0,05.

Les femmes ayant abandonné la thérapie consomment de l'alcool dans 25 % des cas et ce nombre augmente à 37 % pour ce qui est de la consommation de drogues. Quant aux femmes ayant complété la thérapie, 45 % d'entre elles consomment de l'alcool et 63 % consomment des drogues. La majorité des femmes appartenant aux deux groupes présentent des idées suicidaires récurrentes, soit 75 % des femmes ayant abandonné et 100 % des femmes ayant complété la thérapie. De plus, 100 % des femmes ayant abandonné la thérapie et 91 % des femmes l'ayant complétée ont déjà fait au moins une tentative de suicide. La majorité des femmes présentent des comportements d'automutilations, soit 88 % des femmes ayant abandonné et 100 % des femmes ayant complété la thérapie. Ensuite, 75 % des femmes ayant abandonné la thérapie et 91 % des femmes l'ayant complétée ont déjà démontré des comportements violents à l'égard d'autrui. Finalement, une minorité de femmes présentent des antécédents criminels, soit 13 % des femmes ayant abandonné la thérapie et 36 % des femmes l'ayant complétée. Une différence statistiquement significative entre les deux groupes est démontrée quant aux hospitalisations psychiatriques. L'ensemble des femmes (100 %) du groupe « Abandonnée » ont déjà été hospitalisées en psychiatrie au cours de leur vie, contrairement à 63,64 % des femmes du groupe « Complétée » ($\chi^2(1, N = 19) = 3,69, p < 0,05$). Ce résultat souligne que davantage de femmes du groupe « Abandonnée » ont présenté des difficultés psychologiques, au cours de leur vie, nécessitant une hospitalisation. Le Tableau 2 présente façon détaillée les caractéristiques psychologiques et cliniques. Il est à noter que la présence de ces caractéristiques a été évaluée sur l'ensemble de la vie des participantes.

Tableau 2

Répartition des participantes selon les caractéristiques psychologiques et cliniques

Constellations et Indices	Groupe « Complétée » (<i>n</i> = 11)		Groupe « Abandonnée » (<i>n</i> = 8)		χ^2
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Hospitalisations psychiatriques	7	63,64	8	100,0	3,69*
Consommation d'alcool	5	45,45	2	25,0	0,83
Consommation de drogue	7	63,64	3	37,5	1,27
Idées suicidaires	11	100,00	6	75,0	1,66
Données manquantes			1	12,5	
Tentatives de suicide	10	90,91	8	100,0	0,77
Automutilations	11	100,00	7	87,5	1,45
Violence physique hétérodirigée	10	90,91	6	75,0	0,58
Données manquantes			2	25,0	
Antécédents criminels	4	36,36	1	12,5	0,73
Données manquantes			2	25,0	

* $p < 0,05$.

Instruments de mesure

Cette sous-section de la méthode a pour objectif de présenter les instruments de mesure utilisés dans le cadre de la présente étude, soit un questionnaire sociodémographique et le test du Rorschach.

Questionnaire sociodémographique

Un questionnaire a été administré aux participantes, sous la forme d'une entrevue semi-structurée, afin de recueillir les données sociodémographiques et situationnelles pertinentes. Il comprend des questions sociodémographiques, des questions portant sur l'histoire de la psychopathologie ainsi que sur le fonctionnement psychosocial actuel. Ce questionnaire a été élaboré pour les fins du projet de recherche et s'inspire du *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID) développé par Spitzer, First, Gibbon et Williams en 1990. Le questionnaire sociodémographique se retrouve à l'Appendice A.

Rorschach

Le test du Rorschach a été créé en 1921 par Hermann Rorschach (Rorschach, 1993). Ce test projectif permet d'obtenir une description exhaustive des caractéristiques psychologiques (fonctionnement cognitif et affectif, rapport à soi et au monde) d'un individu, dont un aperçu de ses ressources ainsi que de ses vulnérabilités psychologiques. À partir de ces éléments, peuvent prendre appui certaines considérations relatives au diagnostic de la personnalité, aux indications thérapeutiques ainsi qu'au pronostic de traitement (Exner, 1995). Le Rorschach fait à la fois appel à des mécanismes perceptifs et projectifs chez chaque individu. D'une part, le test repose sur un phénomène perceptif puisque le stimulus présenté, soit la tache d'encre, permet l'émergence d'une réponse qui rend compte d'images articulées à partir d'une réalité matérielle (la planche). D'autre part, le Rorschach est considéré comme un test projectif

puisqu'il permet une élaboration de la perception de l'individu en fonction de ses préoccupations, des modes d'aménagement de ses relations d'objets, de ses fantasmes et de ses affects (Chabert, 2012). De ce fait, l'épistémologie sous-jacente à ce test considère que chaque individu perçoit comme il est, c'est-à-dire que la façon d'entrer en contact visuel avec la réalité varie en fonction des dispositions psychiques de chacun (Englebert, 2013).

Plus concrètement, le Rorschach se compose de dix planches sur lesquelles sont imprimées, de façon symétrique, des taches d'encre de couleurs chromatiques et achromatiques. La passation du test se déroule en deux étapes. La première étape est une d'association libre et consiste à demander au sujet « Qu'est-ce que cela pourrait être? » pour chaque planche présentée. La deuxième étape constitue l'enquête qui a pour but d'investiguer la localisation ainsi que les caractéristiques de chaque réponse donnée par le sujet. Finalement, la passation, la cotation et l'interprétation des réponses données sont effectuées à partir du Système Intégré d'Exner (Exner, 2002, 2003a). Ce système est fondé sur des données empiriques et permet une analyse quantitative des réponses à laquelle correspondent des statistiques normatives (Andronikof, 2004). Plusieurs méta-analyses ont évalué les propriétés psychométriques du Rorschach (Atkinson, 1986; Hiller, Rosenthal, Bornstein, Berry, & Brunell-Neuleib, 1999; Mihura, Meyer, Dumitrascu, & Bombel, 2013; Parker, Hanson, & Hunsley, 1988). Dans chaque cas, les résultats supportent les qualités psychométriques du test projectif et démontrent que ses propriétés psychométriques sont comparables à celles du *Minnesota Multiphasic*

Personality Inventory (MMPI; Hathaway & McKinley, 1940). Enfin, le système de cotation retenu a fait l'objet d'accord interjuge afin de renforcer la fidélité des résultats obtenus. Pour chaque protocole, la cotation des indices a fait l'objet d'une procédure d'accord interjuge par consensus par les auteurs (deux) de la présente étude. Des études antérieures démontrent un niveau d'accord interjuge variant entre 0,83 et 0,93 (Acklin, McDoweli & Ormodoff, 1992; Hilsenroth, Charnas, Zodan, & Streiner, 2007; Meyer et al., 2002; Meyer, Mihura, & Smith, 2005).

La prochaine section présente les indices du Rorschach utilisés dans le présent essai. Tout d'abord, les indices liés aux relations d'objet sont présentés, soit les indices liés à la perception des relations ainsi que les autres indices répertoriés dans les études, soit l'indice de dépendance orale, la récurrence de l'objet et la capacité d'expression subjective. Ensuite, les indices liés au narcissisme sont présentés, puis finalement les indices liés à la régulation émotionnelle ainsi qu'à la souffrance psychologique.

Indices liés à la perception des relations. Cet ensemble constitué de 13 indices (Index d'incompétence sociale (CDI), Index d'hypervigilance (HVI), a : p, Contenu alimentaire, Réponses texture (SumT), Contenus humains, Réponses H, GHR: PHR, COP, AG, PER, Indice d'isolement social) renseigne quant à la façon de percevoir les autres et de réagir dans diverses situations interpersonnelles. Les constellations, les indices et les normes associées sont résumés dans le Tableau 3. Les prochaines lignes

visent à présenter de façon plus détaillée les deux constellations, soit le CDI et le HVI (Exner, 2003b).

Le CDI est coté positivement lorsque au moins quatre des onze indices qui le constituent se révèlent vrais. Un CDI positif indique la présence de caractéristiques associées à une inaptitude ou à une immaturité sociale. L'individu est disposé à vivre des difficultés au sein de ses interactions avec autrui. En ce sens, les relations stables et de proximité sont souvent difficiles à créer et/ou maintenir. Ces individus peuvent être perçus par les autres comme étant distants et peuvent avoir tendance à manquer de sensibilité à l'égard des besoins et d'intérêts d'autrui. Malgré leurs difficultés, ces personnes désirent être en relation, toutefois leur inaptitude sociale contribue à les rendre plus vulnérables au rejet. Elles sont alors plus enclines à s'isoler et à adopter un mode relationnel superficiel. Finalement, ces individus sont susceptibles de vivre des insatisfactions face à leur vie et de ressentir un sentiment de confusion face à leur situation sociale (Exner, 2003b). L'Index d'incompétence sociale est présenté de façon détaillée dans le Tableau 3.

Le HVI est coté positivement lorsque le premier indice ($SumT = 0$) et au moins quatre items suivants se révèlent vrais. Un HVI positif démontre que l'individu déploie une énergie considérable à assurer sa protection et à maintenir une attitude de méfiance envers l'environnement. Ces personnes ont tendance à être très prudentes dans leurs relations avec autrui ainsi qu'à entretenir peu de relations proches à moins de se sentir en contrôle. Elles ne recherchent habituellement pas de proximité au sein des relations et

peuvent devenir suspicieuses face aux attitudes et comportements des autres. La présence d'un HVI positif ne s'avère pas pathologique, toutefois une exacerbation des caractéristiques associées peut s'apparenter à des manifestations paranoïdes (Exner, 2003b). Le HVI est présenté de façon détaillée dans le Tableau 3.

Tableau 3

Constellations, indices et normes associées concernant la perception des relations

Index d'incompétence sociale (CDI)	
L'index est coté lorsque au moins quatre des items suivants s'avèrent vrais	
EA < 6	Faible niveau de ressources internes
AdjD < 0	Surcharge émotionnelle chronique
COP < 2	Difficultés à percevoir les relations interpersonnelles comme étant bienveillantes
AG < 2	Agressivité consciente pas pathologique
WSumC < 2,5	Internalisation des affects
Afr < 0,46	Faible intérêt à composer avec les stimulations affectives
$p > a + 1$	Orientation passive dans les relations interpersonnelles
H < 2	Faible intérêt à composer avec les humains.
Texture > 1	Carence affective
Indice d'isolement social > 0,24	Isolement social perçu
Contenu alimentaire > 0	Dépendance affective
$(H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3$	Détachement du monde réel, investissement dans un monde imaginaire
$H + A : Hd + Ad < 4 : 1$	Éléments paranoïdes
$Cg > 3$	Besoin de se protéger, méfiance

Tableau 3

Constellations, indices et normes associées concernant la perception des relations (suite)

Index d'hypervigilance (HVI)	
L'index est coté si le premier critère est coché et au moins quatre des items suivants	
Texture = 0	Méfiance et superficialité dans les relations interpersonnelles
Zf > 12	Tendance à trop analyser les informations de l'environnement
Zd > + 3,5	Tendance à faire plus de liens entre les éléments que la moyenne des gens (scrutateur, surincorporatif)
S > 3	Agressivité inconsciente non mentalisée
H + (H) + Hd + (H) > 6	Intérêt envers les autres
Indices et normes associées	
a > p + 1	Orientation active dans les relations interpersonnelles
Contenu alimentaire = 0	Absence de dépendance affective
Texture = 1	Absence de superficialité et/ou de méfiance dans les relations interpersonnelles. Les besoins affectifs ne sont pas plus grands que ceux de la moyenne des gens.
Contenus humains = 2-11 H = 2-7	Absence de difficultés relationnelles
GHR > PHR	Perception adéquate et positive des relations interpersonnelles
COP = 1-2	Capacité à percevoir les relations interpersonnelles comme étant bienveillantes
AG = 0-1	Agressivité consciente qui ne s'avère pas problématique ou pathologique
PER = 0-2	Contrôle et autoritarisme qui ne s'avère pas problématiques au sein des relations interpersonnelles
Indice d'isolement social = 0-0,25	Absence d'isolement social

Autres indices liés aux relations d'objet. Les autres indices ne font pas partie du Système Intégré d'Exner et sont tirés d'études portant sur l'abandon psychothérapeutique chez diverses clientèles. Il s'agit de l'indice relié à la dépendance orale, la récurrence de l'objet et la capacité d'expression subjective.

Dépendance orale. L'échelle de dépendance orale du Rorschach (ROD) a été développée en 1967 par Masling et al. Elle constitue l'instrument projectif le plus utilisé depuis les 35 dernières années pour mesurer la dépendance interpersonnelle. Les bases théoriques de cette échelle reposent sur le modèle psychanalytique de Freud (théorie des stades du développement psychoaffectif) qui propose que la dépendance soit liée aux concepts de fixation et régression au stade oral. La fixation au stade orale prédispose l'individu à adopter des conduites de dépendance, de demande de protection et d'appui dès l'adolescence et se poursuivant à l'âge adulte (Bornstein & Masling, 2005).

Un point est attribué pour chaque réponse qui contient un ou plusieurs percepts des seize catégories présentées dans le Tableau 4. Les verbalisations obtenues lors de l'enquête ne sont pas considérées dans la cotation de l'échelle, seules les associations libres initiales sont cotables. Compte tenu que la version française de l'échelle n'existe pas, nous l'avons par conséquent traduite (voir Tableau 4). Sa validité sur une population française n'a pas encore été vérifiée, toutefois la documentation démontre la fidélité et la validité de la version anglaise. L'échelle de dépendance orale présente une bonne fidélité interjuge variant de 0,85 à 0,95, ainsi qu'une bonne validité convergente

et discriminante (Bornstein, 1996). Le nombre de réponses contenant au moins un percept « oral-dépendant » est divisé par le nombre total de réponses afin de contrôler les variations de productivité de réponses chez les divers participants. L'indice de dépendance orale correspond à cette proportion (Mouret & Gaudriault, 2011).

Tableau 4

Catégories de réponses cotables à l'Échelle de dépendance orale du Rorschach

Catégories	Exemples de réponses
1. Nourriture et boissons	a) Tout ce qui peut être mangé ou bu en l'état présent (ex : viande, pain, lait, légumes) b) Un animal est coté seulement s'il est associé à un état comestible (ex : rôti de dinde)
2. Sources de nourriture	a) Sources évidentes (restaurant, pique-nique, fête d'anniversaire) b) Sources inférées (sein, soutien-gorge, femme aux formes généreuses)
3. Objets liés à la nourriture	Bouilloire, verre, argenterie, carafe Un pot ou un chaudron est seulement coté s'il implique l'action de cuisiner
4. Pourvoyeurs de nourriture	Serveur, cuisinier, barman
5. Receveurs passifs de nourriture	Oiseau dans le nid, tirelire en forme de cochon, références aux formes corporelles (grosse, mince, maigre), gros estomac, estomac dégonflé
6. Mendicité et prière	Chien faisant le beau, personne faisant des prières, demandant pardon
7. Organes liés à la nourriture	Bouche, estomac, lèvres, mâchoire, foie, intestins, dents
8. Instruments oraux	Rouge à lèvres, clarinette, cigarette, tuba, sifflet, dentier, brosse à dents, téléphone, mégaphone

Tableau 4

Catégories de réponses cotables à l'Échelle de dépendance orale du Rorschach (suite)

Catégories	Exemples de réponses
9. Protcteurs	Parents, mère, père, docteur, infirmière, Jésus, Dieu, génie, ange, sauveur, bonne fée
10. Cadeaux et donateurs	Arbre de Noël, Père Noël, corne d'abondance
11. Symboles de porte-bonheur	Os à vœux, trèfle à quatre feuilles, patte de lapin
12. Activité orale	Manger, parler, chanter, embrasser, fumer, chien aboyant, traces de rouge à lèvres
13. Passivité et impuissance	a) Constat explicite d'impuissance ou de passivité (personne confuse, incapable de se protéger elle-même, perdue) b) Embryon est coté, bébé est coté seulement s'il y a suggestion de passivité ou de fragilité
14. Grossesse et organes reproducteurs	Placenta, utérus, ovaires, grossesse Les organes sexuels externes ne sont pas cotés (pénis, vagin, etc.)
15. Réponses « langage enfantin »	Personne toute petite, jeu de mains, Jeannot lapin, minette
16. Négations des perceptions oraux-dépendants	Pas de bouche, femme sans seins, négation de la grossesse

Réurrence de l'objet. Ewald Bernhard Bohm (1985) est le premier à s'intéresser à ce phénomène qu'il appelle *illusion de similitude* et qu'il interprète comme étant un indice de projection. En effet, l'illusion de similitude s'observe fréquemment chez les patients présentant une tendance à la projection défensive (Gaudriault, 1987). Gaudriault (1978) constate que la réurrence de l'objet est si fréquente dans les protocoles de Rorschach qu'elle ne peut uniquement traduire une réaction pathologique propre à

certaines personnalités. L'auteur démontre que le phénomène est lié à la projection pathologique seulement lorsque l'illusion de récurrence est intense. Il établit alors trois niveaux d'objets récurrents qui sont présentés dans le Tableau 5.

Tableau 5

Niveaux d'objet récurrent et caractéristiques associées

Niveaux d'objet	Caractéristiques associées
ORec1	Le sujet fait quelques allusions à la réapparition d'un contenu qui se répète, il emploie des adverbes (encore, toujours), des adjectifs (pareil, même) ou toute autre expression qui exprime son sentiment de déjà-vu. Exemple : « C'est encore un insecte ».
ORec2	Le sujet éprouve la même impression d'un contenu répétitif, mais d'une façon beaucoup plus pressante, ce qui le conduit à des réactions de recherche, d'agacement ou d'évitement. Exemple : « Comment se fait-il que je vois encore un insecte ici? Il devrait pouvoir y avoir autre chose... ».
ORec3	Il s'agit de la véritable illusion de similitude; c'est la tache elle-même ou un objet global, mal défini, qui donne la conviction d'une répétition. La conscience interprétative est nettement diminuée. Exemple : « Est-ce que vous ne m'avez pas déjà montré celle-ci? Toutes vos planches se rapportent manifestement au corps humain. ».

En 1988, Gaudriault s'intéresse au lien possible entre l'illusion de récurrence et la relation examinateur-examiné pendant le test du Rorschach. Cette hypothèse s'appuie sur l'idée selon laquelle le Rorschach est reconnu comme étant un test permettant entre autres d'évaluer la façon dont un individu entre en relation avec autrui. Certains auteurs, dont Anzieu (1973), démontrent que les tests projectifs comme le Rorschach sont

susceptibles d'activer chez l'examiné des effets de transfert très vifs pouvant par le fait même s'apparenter à ce qui sera mobilisé dès le début d'une thérapie entre le patient et le thérapeute. L'illusion de récurrence d'une image plus ou moins définie mais réapparaissant à plusieurs planches au Rorschach se produit lorsque s'instaure entre le sujet et l'examineur une relation d'une certaine intensité émotionnelle. Par contre, si l'illusion de récurrence se manifeste de façon plus répétitive et insistante, au point de perturber et limiter la diversité des réponses, elle démontre une demande plus intense qui s'avère un indice défavorable d'engagement stable en thérapie. Ce phénomène apparaît particulièrement dans les protocoles de patients davantage perturbés psychologiquement pour qui la projection déborde bien souvent la perception de l'autre (Gaudriault, 1988). Gaudriault (1987) observe certaines différences quant à l'objet récurrent rapporté par les sujets stables et instables entamant un suivi psychothérapeutique. Chez les sujets stables, l'objet récurrent est plus souple, nuancé et prend des formes variées, tandis que chez les sujets instables l'objet présente une grande rigidité et est davantage stéréotypé. Il donne l'impression de constituer un élément séparé du protocole, étranger à l'examiné et produit chez ce dernier une certaine gêne voire une angoisse.

Selon Mouret et Gaudriault (2011), il est possible de distinguer deux niveaux d'objet récurrent dans un protocole, qui seront d'ailleurs utilisés dans le cadre du présent travail. Le premier niveau (ORec1) est coté lorsqu'un objet récurrent est cité au moins une fois dans le protocole ou lorsque le rapport ORec/R est inférieur à 0,20. Le second niveau (ORec2) est coté lorsqu'un objet récurrent est cité au moins à cinq planches ou

lorsque le rapport ORec/R est supérieur ou égal à 0,20. L'indice d'objet récurrent est coté 1 pour le premier niveau et 0 pour l'absence d'objet récurrent ou la présence du second niveau.

Capacité d'expression subjective. Selon Nina Rausch de Trautenberg (1997), il existe deux groupes de déterminants de réponses au Rorschach qui relèvent de deux modes d'activité différents. Le premier groupe est constitué des déterminants dits « perceptifs » puisque l'appréhension sensorielle est dominante. Elle concerne les contours, les configurations des taches et les qualités sensorielles de surface (ex : couleurs). Le deuxième groupe est composé des déterminants dits « expressifs » et fait davantage appel aux projections du sujet. On retrouve quatre types de déterminants expressifs¹. Premièrement, les déterminants dus à la kinesthésie qui consistent à associer un mouvement à un élément formel du stimulus. Deuxièmement, les déterminants de texture qui associent une qualité tactile à l'estompage du stimulus. Troisièmement, les déterminants de profondeur qui associent une qualité tridimensionnelle à l'estompage du stimulus, puis les déterminants clair-obscur qui associent à la fois la masse de la tache, sa tonalité sombre et son ambiance dysphorique (Mouret & Gaudriault, 2011). Dans le cadre du présent travail, l'indice de capacité d'expression subjective correspond à la

¹ Selon le Système Intégré d'Exner (2003b), les déterminants de kinesthésie correspondent aux mouvements qu'ils soient de nature humaine, animale ou d'objet (M, FM et m). Les déterminants de texture font référence aux déterminants T, FT et JF, alors que les déterminants de profondeur sont V, FV et VF. Enfin, les déterminants clair-obscur renvoient aux déterminants C', FC' et C'F.

division du nombre de réponses contenant au moins un déterminant expressif par le nombre total de réponses contenues dans le protocole¹.

Indices liés au narcissisme. Les indices qui renvoient spécifiquement au narcissisme sont sélectionnés, soit l'indice d'égoïsme ($3r + (2)/R$), l'indice lié à la surestimation de la valeur personnelle ($Fr + rF$) ainsi que l'indice lié aux capacités d'introspection (FD) (Exner, 2003b). Les indices et les normes associées à un narcissisme pathologique sont présentés dans le Tableau 6.

Tableau 6

Indices et normes associées liés au narcissisme

Indices	
$3r + (2)/R > 0,45$	Égoïsme, centration sur soi
$Fr + rF \geq 1$	Éléments narcissiques, surestimation de sa valeur personnelle
$FD = 0$	Manque de capacités d'introspection

Indices liés à la régulation émotionnelle et à la souffrance psychologique. Les indices suivants ont été sélectionnés, soit la constellation dépressive (DEPI), les indices liés à la modulation affective et à l'impulsivité ($FC : CF + C; C \text{ Pur}$) ainsi que les indices liés à l'agressivité ($AG; S$). La constellation, les indices et les normes associées à une

¹ Selon Mouret et Gaudriault (2011), l'indice de capacité d'expression subjective correspond au nombre de réponses, dans l'ensemble du protocole, comprenant au moins un déterminant expressif. Toutefois, dans le cadre de la présente étude, nous avons choisi de diviser le nombre de réponses contenant au moins un déterminant expressif par le nombre total de réponses contenues dans le protocole.

dysrégulation affective ainsi qu'à la présence de souffrance psychologique sont résumés dans le Tableau 7. Les prochaines lignes visent à présenter de façon plus détaillée la constellation dépressive (DEPI) (Exner, 2003b).

La constellation dépressive (DEPI) est cotée positivement lorsque au moins cinq des quatorze indices qui la constituent se révèlent vrais. Elle se compose d'indices liés aux affects, aux cognitions, aux relations interpersonnelles ainsi qu'à la complexité psychologique. Une DEPI positive traduit la présence d'affects dépressifs et de détresse dont l'intensité et la fréquence peuvent varier le long d'un continuum (Exner, 2003b).

Tableau 7

*Constellation, indices et normes associées liés à la régulation
émotionnelle et souffrance psychologique*

Constellation dépressive (DEPI)	
SumV > 0	Autocritique négative pouvant conduire à des sentiments de culpabilité, d'infériorité et de honte
FD > 2	Introspection plus grande que la moyenne des gens pouvant soulever des affects douloureux
Assemblage de déterminants couleur-estompage > 0	Confusion émotive ou ambivalence concernant les sentiments
S > 2	Agressivité inconsciente pouvant prendre la forme d'attitudes négatives envers l'environnement
$3r + (2)/R > 0,44$ et $Fr + rF = 0$	Égocentrisme, plus centré sur soi que la moyenne des gens
$3r + (2)/R < 0,33$	Image négative de soi, dévalorisation, faible estime
Afr < 0,46	Évitement des stimulations affectives et sociales
Assemblage de déterminants < 4	Manque de complexité psychologique, insensibilité, froideur
Estompage > FM + m	Confusion émotionnelle
SumC' > 2	Éléments dépressifs
MOR > 2	Vision pessimiste de soi et de la réalité
$2AB + Art + Ay > 3$	Utilise l'intellectualisation plus que la moyenne des gens
COP < 2	Bonne capacité à percevoir les relations interpersonnelles
Indice d'isolement social > 0,24	Timidité, réservé, peut se percevoir comme isolé
FC:CF + C = 1:2 ou FC:CF + C = 3:1	Problème de modulation affective
C Pur ≥ 1	Impulsivité, expression émotive intense
AG ≥ 2	Mode de relation aux autres est l'agressivité
S ≥ 3	Agressivité inconsciente pouvant prendre la forme d'attitudes négatives envers l'environnement

Déroulement

En ce qui a trait au recrutement des participants, les intervenants de la clinique du CHRTR expliquaient de façon générale le thème de la recherche auprès des individus qui débutaient le traitement. Ceux qui démontraient un intérêt envers le projet d'étude étaient amenés à remplir un formulaire de consentement téléphonique¹ les engageant uniquement à recevoir davantage d'informations par téléphone par la responsable du projet ou par un assistant de recherche. Ces derniers ont contacté les personnes qui le désiraient pour leur expliquer la recherche de manière détaillée. Le recrutement s'est effectué sur une base volontaire et les participants ont été avisés qu'un refus de participer à la recherche ou un arrêt de participation n'aurait aucune incidence sur la dispensation des services reçus. Suite au contact téléphonique, les individus acceptant de participer au projet ont été invités à participer à environ trois rencontres d'une durée approximative de deux heures chacune afin de procéder à l'administration des différents tests. Ces rencontres étaient menées par une assistante de recherche dans un des locaux du CHRTR et enregistrées sous forme audio suite à l'obtention du consentement du participant.

Lors de la première rencontre, le formulaire de consentement² a été présenté et signé. De façon plus spécifique, le formulaire de consentement comprenait les informations suivantes : les objectifs de l'étude et son déroulement, les tâches demandées, les risques et avantages, le respect de la confidentialité, le droit d'accéder au

¹ Le formulaire de consentement téléphonique se retrouve à l'Appendice B.

² Le formulaire de consentement à la recherche se retrouve à l'Appendice C.

dossier médical si nécessaire, le droit d'enregistrer sous forme audio les entrevues, les démarches à entreprendre en cas de questionnements ou de plaintes, la procédure de diffusion des résultats ainsi que les coordonnées de la responsable de la recherche. Quant aux inconvénients liés à la recherche ainsi qu'aux risques psychologiques encourus, tel que l'exposition à des émotions plus difficiles, ils étaient abordés avec les participants. Chacun d'eux était avisé qu'il serait référé à son intervenant du CHRTR dans un tel cas. À la suite de la signature du formulaire de consentement, le questionnaire sociodémographique a été administré, dans un premier temps, afin de recueillir les informations générales au sujet de la personne évaluée. Ensuite, l'administration du Rorschach, du *Barratt Impulsivity Scale II* (BIS; Patton, Stanford, & Barratt, 1995), du *Suicide Probability Scale* (SPS; Cull & Gill, 1988) et du *Self-Harm Inventory* (SHI; Sansone, Wiederman, & Sansone, 1998) a été réalisée dans un deuxième temps.

La deuxième rencontre permettait de procéder à l'administration du *Thematic Apperception Test* (Murray, 1943), du *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID-II; Spitzer et al., 1990) ainsi que des autres questionnaires non complétés lors de la première rencontre (BIS, SPS et SHI). Finalement, le *Toronto Alexithymia Scale* (TAS; Taylor, Ryan, & Bagby, 1986), le *Dissociative Experience Scale* (DES; Bernstein & Putnam, 1986), le *Parental Bonding Instrument* (PBI; Parker, Tupling, & Brown, 1979), le *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, 1996), *l'Inventaire des événements critiques et des difficultés* (IEDC; Brown, 1970, cité dans Brown, 1988)

ainsi qu'un questionnaire maison portant les agirs auto et hétérodestructeurs étaient administrés lors de la troisième rencontre.

Étant donné que le présent travail s'inscrit dans une étude plus large, seul le questionnaire sociodémographique et le Rorschach ont été retenus à des fins d'analyse. De plus, l'ensemble des données pour les participantes des deux groupes ont été obtenues au temps 1, soit en début de traitement psychothérapeutique.

ClicCours.com

Résultats

Ce chapitre a pour objectif de présenter les résultats de notre étude. Tout d'abord, les procédures utilisées menant à l'analyse de données seront expliquées, puis les résultats seront présentés.

Analyse des données

L'objectif de l'étude consiste à évaluer les enjeux psychiques de deux groupes de femmes présentant un trouble de la personnalité, soit un groupe de femmes ayant complété au moins un an de thérapie ainsi qu'un groupe de femmes ayant abandonné la thérapie au cours de la première année. Plus précisément, nous avons recours à la comparaison afin d'évaluer si certaines différences sont présentes entre les deux groupes en ce qui a trait aux indices liés aux relations d'objet, au narcissisme et à la régulation émotionnelle ainsi qu'à la souffrance psychologique.

Pour les variables qualitatives (catégorielles), c'est-à-dire les indices liés à la perception des relations, l'indice lié à la récurrence de l'objet, les indices liés au narcissisme ainsi que ceux liés à la régulation émotionnelle et à la souffrance psychologique, nous pouvons comparer le nombre d'observations oui/non dans les deux groupes de participantes par le test statistique du chi-carré (χ^2). Toutefois, l'indice lié à la dépendance relationnelle ainsi que l'indice lié à la capacité d'expression subjective, qui se présentent comme des variables quantitatives, ne doivent pas être considérés de la

même façon que les variables qualitatives. Selon les critères d'application, il n'est donc pas possible d'utiliser des méthodes paramétriques. Il est préférable d'utiliser le test statistique non paramétrique de Mann-Whitney afin de comparer ces variables considérées comme ordinales.

Présentation des résultats

Les résultats concernant les indices liés à la perception des relations sont présentés dans un premier temps, suivis des résultats portant sur les autres indices liés aux relations d'objet. Ensuite, cette section présente les résultats des indices liés au narcissisme, ainsi que les résultats des indices associés à la régulation émotionnelle et à la souffrance psychologique.

Indices liés à la perception des relations

Sept indices liés à la perception des relations ne permettent pas de différencier les deux groupes de femmes, sur le plan statistique, quant à la façon dont ces dernières perçoivent leurs relations interpersonnelles. Ces indices permettent davantage de dresser un portrait général de l'ensemble des femmes de l'échantillon. En ce sens, 45 % des femmes du groupe « Complétée » et 50 % des femmes du groupe « Abandonnée » présentent un indice $a > p + 1$ suggérant que près de la moitié des femmes démontrent une orientation active au sein des relations interpersonnelles ($X^2(1, N = 19) = 0,04, p > 0,05$). Ensuite, 55 % des femmes du groupe « Complétée » et 75 % des femmes du groupe « Abandonnée » ont un indice Contenu alimentaire = 0 insinuant que la majorité

des femmes ne présentent pas de dépendance affective ($\chi^2(1, N = 19) = 0,83, p > 0,05$). Dans un même ordre d'idées, 9 % des femmes du groupe « Complétée » et 0 % des femmes du groupe « Abandonnée » obtiennent un indice Texture = 1 suggérant une problématique au niveau des besoins affectifs ($\chi^2(1, N = 19) = 0,77, p > 0,05$). Également, les résultats indiquent que 91 % des femmes du groupe « Complétée » et 87 % des femmes du groupe « Abandonnée » ont un indice Contenus humains = 2-11 ($\chi^2(1, N = 19) = 0,06, p > 0,05$). De plus, 64 % des femmes du groupe « Complétée » et 87 % des femmes du groupe « Abandonnée » obtiennent un indice H = 2-7 ($\chi^2(1, N = 19) = 1,36, p > 0,05$). Les résultats obtenus pour les indices Contenus humains et H proposent que la majorité des femmes appartenant aux deux groupes ne présentent pas de difficultés relationnelles. Pour ce qui est des indices GHR et PHR, 36 % des femmes du groupe « Complétée » et 25 % des femmes du groupe « Abandonnée » présentent un indice GHR > PHR suggérant qu'une minorité de femmes entretiennent une perception positive des relations ($\chi^2(1, N = 19) = 0,28, p > 0,05$). Finalement, 91 % des femmes du groupe « Complétée » et 100 % des femmes du groupe « Abandonnée » obtiennent un indice PER = 0-2 ($\chi^2(1, N = 19) = 0,77, p > 0,05$) suggérant que la majorité des femmes démontrent un niveau adéquat de contrôle et d'autoritarisme au sein des relations.

Trois indices liés à la perception des relations ne permettent pas de distinguer les deux groupes de façon significative au plan statistique. Toutefois, il est possible de remarquer une certaine différence qui pourrait s'avérer pertinente à considérer au plan

clinique. Premièrement, aucune participante du groupe « Complétée » ne cote positivement l'Index d'hypervigilance (HVI), alors qu'environ une femme sur trois du groupe « Abandonnée » obtient un score positif pour cette constellation ($\chi^2(1, N = 19) = 0,88, p > 0,05$). Malgré l'absence de différence statistiquement significative, ce résultat souligne la possibilité que les femmes du groupe « Abandonnée » soient plus enclines à présenter une attitude de méfiance au sein de leurs rapports interpersonnels. Deuxièmement, 73 % des femmes du groupe « Complétée » présentent un indice COP = 1-2 contrairement à 38 % des femmes du groupe « Abandonnée » ($\chi^2(1, N = 19) = 2,36, p > 0,05$). Il est possible de suggérer que davantage de femmes du groupe « Complétée » sont en mesure de percevoir les relations comme étant bienveillantes, bien que cette différence ne s'avère pas significative au plan statistique. Troisièmement, 91 % des femmes du groupe « Complétée » ont un Indice d'isolement social = 0-025 contrairement à 50 % des femmes du groupe « Abandonnée » ($\chi^2(1, N = 19) = 4,00, p > 0,05$). Malgré l'absence de différence statistiquement significative, les pourcentages obtenus suggèrent que davantage de femmes du groupe « Complétée » ne se perçoivent pas comme étant socialement isolées.

Finalement, une différence statistiquement significative est observée entre le groupe de femmes ayant abandonné la thérapie et le groupe de celles l'ayant complété, permettant de distinguer chacun d'eux. Les résultats démontrent que 45 % des participantes du groupe « Complétée » cotent positivement l'Index d'incompétence sociale (CDI) contrairement à aucune participante du groupe « Abandonnée »

($\chi^2(1, N = 19) = 4,93, p < 0,05$). Ce résultat suggère que les femmes du groupe « Complétée » présentent davantage de limitations au niveau de leurs aptitudes sociales les amenant à vivre des difficultés au sein de leurs interactions avec autrui. Les résultats concernant les indices liés à la perception des relations sont présentés dans le Tableau 8.

Tableau 8

Résultats de la comparaison des indices liés à la perception des relations

Constellations et Indices	Groupe « Complétée » ($n = 11$)		Groupe « Abandonnée » ($n = 8$)		$\chi^2(1)$
	n	%	n	%	
CDI	5	45,45	0	0,0	4,94*
HVI	0	0,00	3	37,5	0,88
$a > p + 1$	5	45,45	4	50,0	0,04
Contenus humains = 0	6	54,55	6	75,0	0,83
Texture = 1	1	9,09	0	0,0	0,77
Contenus humains = 2-11	10	90,91	7	87,5	0,06
H = 2-7	7	63,64	7	87,5	1,36
GHR > PHR	4	36,36	2	25,0	0,28
COP = 1-2	8	72,73	3	37,5	2,36
AG = 0-1	8	72,73	4	50,0	1,03
PER = 0-2	10	90,91	8	100,0	0,77
Isolement social = 0 - 0,25	10	90,91	4	50,0	4,00

* $p < 0,05$.

Autres indices liés aux relations d'objet

Les autres indices liés aux relations d'objet ne permettent pas de confirmer la première hypothèse posée, soit que les femmes ayant abandonné la thérapie au cours de la première année présentent moins d'indices liés à la dépendance relationnelle et à la capacité d'expression subjective que les femmes ayant complété un an de thérapie. Les résultats obtenus concernant la récurrence de l'objet indiquent que 37,5 % des protocoles du groupe « Abandonnée » présentent un objet récurrent de niveau 1, contrairement à 27,3 % des protocoles du groupe « Complétée » ($\chi^2(1, N = 19) = 0,22, p > 0,05$). Les résultats sont présentés de façon plus détaillée dans le Tableau 9.

Les résultats obtenus démontrent que le groupe « Abandonnée » ($M = 0,17$), présente un indice ROD similaire à celui du groupe « Complétée » ($M = 0,09$), soulignant que les femmes appartenant aux deux groupes démontrent une dépendance relationnelle semblable ($U = 29, p > 0,05$). Ensuite, les résultats indiquent que le groupe « Abandonnée » ($M = 0,48$) présente un indice EX similaire à celui du groupe « Complétée » ($M = 0,37$), suggérant que les femmes appartenant aux deux groupes présentent des capacités d'expression subjective comparables ($U = 24, p > 0,05$). Les résultats sont présentés de façon détaillée dans le Tableau 10.

Tableau 9

Résultats de la comparaison de l'indice lié à la récurrence de l'objet

Indices	Groupe « Complétée » (<i>n</i> = 11)		Groupe « Abandonnée » (<i>n</i> = 8)		$X^2(1)$
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
ORec1	3	27,27	3	37,5	0,22

* $p < 0,05$.

Tableau 10

Résultats de la comparaison des indices liés à la dépendance relationnelle et à la capacité d'expression subjective

Indices	Moyenne	Écart-type	Médiane	Min	Max
ROD « Groupe abandonnée »	0,17	0,13	0,13	0,0	0,43
ROD « Groupe complétée »	0,09	0,07	0,09	0,0	0,20
EX « Groupe abandonnée »	0,48	0,18	0,55	0,2	0,60
EX « Groupe complétée »	0,37	0,12	0,40	0,2	0,50
Indices	U de Mann-Whitney			<i>p</i>	
ROD	29			0,24	
EX	24			0,11	

Indices liés au narcissisme

Les indices liés au narcissisme ne permettent pas de confirmer la deuxième hypothèse posée, soit que les femmes du groupe « Abandonnée » présentent davantage

d'indices au Rorschach liés à une surévaluation de la valeur personnelle ainsi qu'à de faibles capacités d'introspection. Les indices liés au narcissisme permettent plutôt de dresser un portrait général de l'ensemble des femmes de l'échantillon. En ce sens, les résultats obtenus démontrent que 18,2 % des femmes du groupe « Complétée » et 37,5 % des femmes du groupe « Abandonnée » présentent un indice $3r + (2)/R > 0,45$ suggérant qu'une minorité de femmes démontrent une tendance à être plus centrée sur soi que la moyenne des gens ($\chi^2(1, N = 19) = 0,89, p > 0,05$). De plus, 18,2 % des femmes du groupe « Complétée » et 0 % des femmes du groupe « Abandonnée » présentent un indice $Fr + rF \geq 1$ soulignant que peu de femmes présentent des éléments narcissiques liés à une surestimation de leur valeur ($\chi^2(1, N = 19) = 1,63, p > 0,05$). Finalement, 72,7 % des femmes du groupe « Complétée » et 62,5 % des femmes du groupe « Abandonnée » présentent un indice $FD = 0$ insinuant que la majorité des femmes présentent un manque de capacités d'introspection et d'autocritique positive ($\chi^2(1, N = 19) = 0,22, p > 0,05$). Les résultats sont présentés de façon plus détaillée dans le Tableau 11.

Tableau 11

Résultats de la comparaison des indices liés au narcissisme

Indices	Groupe « Complétée » (<i>n</i> = 11)		Groupe « Abandonnée » (<i>n</i> = 8)		$\chi^2(1)$
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
3r + (2)/R > 0,45	2	18,18	3	37,5	0,89
Fr + rF ≥ 1	2	18,18	0	0,0	1,63
FD = 0	8	72,72	5	62,5	0,22

* $p < 0,05$.**Indices liés à la régulation émotionnelle et la souffrance psychologique**

Deux indices liés à la régulation émotionnelle et à la souffrance psychologique ne permettent pas de confirmer la troisième hypothèse posée, soit que les femmes du groupe « Abandonnée » présentent davantage d'indices au Rorschach liés à un problème de régulation émotionnelle et moins d'indices liés à la présence de souffrance psychologique. Les indices permettent plutôt de dresser un portrait général de l'ensemble des femmes de l'échantillon. De ce fait, la majorité des femmes présentent un ratio FC : CF + C de 1 :2 ou de 3 :1, soit 100 % des femmes du groupe « Complétée » et 87,5 % des femmes du groupe « Abandonnée » ($\chi^2(1, N = 19) = 1,45, p > 0,05$). Ce résultat indique que la majorité des femmes appartenant aux deux groupes présentent une modulation affective problématique. Cependant, une minorité de femmes présentent un C Pur ≥ 1, soit 27,3 % des femmes du groupe « Complétée » et 37,5 % des femmes

du groupe « Abandonnée » ($\chi^2(1, N = 19) = 0,22, p > 0,05$). Ce résultat suggère que peu de femmes appartenant aux deux groupes présentent des indices d'impulsivité.

Trois indices liés à la régulation émotionnelle et à la souffrance psychologique ne permettent pas de distinguer les deux groupes au plan statistique. Toutefois, il est possible de remarquer une certaine différence qui pourrait s'avérer pertinente à considérer au plan clinique. Tout d'abord, les résultats obtenus démontrent que 45,4 % des femmes du groupe « Complétée » obtiennent un score positif à la constellation DEPI, contrairement à 25 % des femmes appartenant au groupe « Abandonnée » ($\chi^2(1, N = 19) = 0,83, p > 0,05$). Malgré l'absence d'une différence statistiquement significative, il est possible de remarquer que les femmes du groupe « Complétée » semblent présenter davantage d'affects dépressifs et de souffrance que les femmes du groupe « Abandonnée ». Ensuite, 50 % des femmes du groupe « Abandonnée » présentent un $AG \geq 2$, contre 27,3 % des femmes du groupe « Complétée » ($\chi^2(1, N = 19) = 1,03, p > 0,05$). De plus, 50 % des femmes du groupe « Abandonnée » présentent un $S > 3$, contrairement à 36,4 % des femmes du groupe « Complétée » ($\chi^2(1, N = 19) = 0,35, p > 0,05$). Malgré l'absence de différence statistiquement significative, ces résultats démontrent que les femmes du groupe « Abandonnée » semblent présenter davantage d'agressivité consciente et inconsciente que les femmes du groupe « Complétée ». Les résultats sont présentés dans le Tableau 12 de façon plus détaillée.

Tableau 12

Résultats de la comparaison des indices liés à la régulation émotionnelle et à la souffrance psychologique

Constellation et Indices	Groupe « Complétée » (<i>n</i> = 11)		Groupe « Abandonnée » (<i>n</i> = 8)		$\chi^2(1)$
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
DEPI	5	45,45	2	25,0	0,83
FC: CF + C = 1:2 ou FC: CF + C = 3:1	11	100,00	7	87,5	1,45
C Pur \geq 1	3	27,27	3	37,5	0,22
AG \geq 2	3	27,27	4	50,0	1,03
S \geq 3	4	36,36	4	50,0	0,35

* $p < 0,05$.

Discussion

L'objectif général de la présente étude consiste à évaluer le fonctionnement intrapsychique d'un groupe de femmes présentant un trouble de la personnalité limite et ayant complété au moins un an de thérapie, ainsi que d'un groupe de femmes présentant un trouble de la personnalité limite ayant abandonné la thérapie au cours de la première année. Nous avons eu recours à une analyse comparative afin d'évaluer les deux groupes selon différents indices au Rorschach ayant trait aux relations d'objet, au narcissisme, à la régulation émotionnelle ainsi qu'à la souffrance psychologique.

Dans un premier temps, ce chapitre propose un retour sur les résultats obtenus ainsi que des liens avec la littérature existante. D'une part, les indices permettant de dresser un portrait général des femmes de l'échantillon sont présentés, puis d'autre part, les indices permettant de distinguer les deux groupes de femmes sont discutés. Dans un deuxième temps, ce chapitre porte sur les forces et les limites de l'étude. Les conséquences et retombées possibles de cette recherche sont abordées dans un troisième temps.

Portrait général de l'ensemble des femmes

La plupart des indices évalués dans la présente étude permettent de dresser un portrait général de l'ensemble des femmes de l'échantillon. Ces indices qui concernent des caractéristiques sociodémographiques et cliniques, la perception des relations

d'objet, la dépendance interpersonnelle, la capacité d'expression subjective, le narcissisme ainsi que la régulation émotionnelle, sont présentés dans les prochaines lignes.

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Les femmes sont âgées entre 19 et 51 ans et l'âge moyen se situe entre 34 et 38 ans. La majorité d'entre elles sont célibataires, puis possèdent soit un diplôme de 12e ou une équivalence, soit une formation collégiale ou universitaire. Une minorité de femmes consomment de l'alcool ou des drogues. La plupart des femmes de l'échantillon présentent des idées suicidaires récurrentes, ont déjà fait au moins une tentative de suicide et présentent des comportements d'automutilations. De plus, la majorité d'entre elles ont déjà démontré des comportements violents à l'égard d'autrui. Finalement, une minorité de femmes présentent des antécédents criminels. Ces résultats démontrent la propension aux passages à l'acte auto et hétéroagressifs chez les femmes de l'échantillon, suggérant une faiblesse du Moi se caractérisant entre autres par un manque de contrôle pulsionnel, un manque de tolérance à l'angoisse ainsi que des mécanismes de défense primitifs (Kernberg, 2001; Léveillée, 2001).

Perception des relations d'objet

La moitié des femmes démontrent une orientation active au sein des relations interpersonnelles, alors que l'autre moitié présente plutôt une orientation passive. La majorité d'entre elles présentent des enjeux liés au contrôle et à l'autoritarisme au sein

des relations qui ne s'avèrent pas plus importants que la moyenne des gens (selon les normes d'Exner, 2003a). Également, la plupart des femmes présentent un intérêt envers autrui et ne présentent pas de difficultés relationnelles. Toutefois, une minorité d'entre elles entretiennent une perception positive des relations. Finalement, la majorité des femmes ne présentent pas d'indices de dépendance affective, cependant une problématique au niveau des besoins affectifs est observée. Elles auraient tendance à exprimer leurs besoins de proximité de façon différente des autres et seraient plus conservatrices que la moyenne des gens dans des situations interpersonnelles de proximité. Elles sembleraient très préoccupées par leur propre espace personnel, et beaucoup plus prudentes quant au développement et au maintien de liens émotionnels étroits avec autrui. Ces résultats diffèrent de ce qui est proposé initialement par Kernberg (2001). Selon l'auteur, la personnalité limite typique se caractérise plutôt par des attitudes et comportements témoignant d'une grande dépendance envers l'objet. La personnalité limite typique renvoie à l'échelon moyen du continuum de Kernberg (2001), soit la personnalité infantile. Selon Kernberg (2001), un mode relationnel se caractérisant principalement par des efforts pour s'éloigner de tout échange affectif trop proche qui risquerait de réveiller des craintes d'attaque provenant de l'objet se retrouve principalement chez l'organisation limite d'échelon inférieur, soit la personnalité narcissique. Nos résultats s'avèrent similaires à ceux de Gaudriault (1987) qui indique que l'indice texture n'apparaît pas comme étant associé à l'engagement ou au désengagement dans les soins psychologiques. Toutefois, nos résultats diffèrent de ceux obtenus par Hilsenroth et al. (1995) qui démontrent qu'un indice texture inférieur à un

constitue un indice d'abandon précoce en thérapie, alors qu'un indice égal ou supérieur à un indique une plus grande dépendance à la relation psychothérapeutique.

Dépendance interpersonnelle et capacité d'expression subjective

Premièrement, les femmes appartenant aux deux groupes présentent un niveau de dépendance interpersonnelle similaire. Ce constat peut être mis en convergence avec les résultats obtenus ci-dessus qui démontrent que les femmes ne présentent pas d'indices témoignant d'une dépendance affective. D'une part, il est possible que la crainte de dépendre de l'objet ainsi que d'être abandonné entraîne les femmes à abandonner leur suivi psychothérapeutique. D'autre part, pour ce qui est des femmes qui sont demeurées en thérapie, il est possible qu'au moment de l'administration des tests l'alliance entre l'équipe de soins et les patientes ne soit pas suffisamment créée afin de laisser transparaître des indices de dépendance. Nos résultats diffèrent de ceux obtenus dans d'autres études. Les auteurs démontrent qu'une plus grande dépendance est associée à davantage d'engagement dans le processus thérapeutique (Fowler et al., 2005; Masling et al., 1968; Mouret & Gaudriault, 2011; Shilkret & Masling, 1981). Cependant, Bornstein, Becker-Matero, Winarick et Reichman (2010) soulignent que lorsque la dépendance est évaluée chez des individus qui ne sont pas hospitalisés au moment de l'évaluation, elle s'avère comparable ou plus faible que celle du groupe contrôle (sans trouble de la personnalité limite). Selon les auteurs, l'hospitalisation psychiatrique contribue à l'augmentation des pensées, des sentiments et des attitudes de dépendance chez les patients (Bornstein et al., 2010).

Deuxièmement, les femmes appartenant aux deux groupes présentent une capacité d'expression subjective comparable. Nos résultats démontrent que l'ensemble des femmes présentent une capacité d'expression subjective, soit la capacité de manifester, dans une certaine mesure, la représentation de soi. Ce résultat diffère de ce qui est proposé dans la littérature. En effet, Gaudriault (1987) souligne que les individus qui s'engagent dans une psychothérapie donnent davantage de réponses expressives que les individus qui abandonnent leur suivi ou qui ne demandent pas de psychothérapie.

Troisièmement, une minorité de femmes appartenant aux deux groupes perçoivent un objet récurrent au Rorschach. Ce résultat diffère des constats proposés par Mouret et Gaudriault (2011) qui démontrent que la récurrence de l'objet s'avère plus fréquente chez les patientes s'engageant dans une thérapie que chez celles ne s'engageant pas de façon stable.

Narcissisme

D'abord, une minorité de femmes présentent des éléments narcissiques liés à une surestimation de leur valeur ainsi qu'une attitude égocentrique plus importante que la plupart des gens. Kernberg (2001) souligne que le narcissisme pathologique constitue une menace à l'établissement de l'alliance thérapeutique ainsi qu'à la continuité du traitement. Certes, les participantes à l'étude ne semblent pas présenter un narcissisme pathologique tel que décrit par l'auteur se caractérisant principalement par la présence

d'un Soi grandiose. Le Soi grandiose caractérise essentiellement l'organisation limite d'échelon inférieur de Kernberg (2001), soit la personnalité narcissique. La personnalité limite typique, qui caractérise principalement les femmes de notre échantillon, ne présente pas ce Soi grandiose selon Kernberg (2001). La personnalité limite typique se définit plutôt par un mode relationnel anaclitique et la présence d'une angoisse d'abandon. Finalement, nos résultats diffèrent de ceux obtenus par Horner et Diamond (1996) qui proposent que les enjeux narcissiques, dont l'égoïsme sont associés à l'abandon thérapeutique.

Ensuite, la majorité des femmes présentent des capacités d'introspection déficitaires. Kernberg (2001) indique que le pronostic chez l'ensemble des organisations limites est lié à la présence de capacités d'introspection suffisantes. Toutefois, dans le cadre de notre étude, les capacités d'introspection ne permettent pas de distinguer les femmes ayant abandonné la thérapie de celles l'ayant complétée.

Régulation émotionnelle

Les femmes présentent majoritairement un problème de modulation affective, soit une difficulté qui caractérise particulièrement les individus présentant un trouble de la personnalité limite. Il est possible de se questionner quant à la nature des difficultés de modulation affective présentées par ces femmes, puisque les résultats démontrent qu'une minorité d'entre elles présentent des indices d'impulsivité. Kernberg (2001) souligne la présence d'un manque de contrôle pulsionnel chez l'organisation limite menant à une

incapacité à maîtriser les pulsions et émotions. Nos résultats soulèvent la possibilité que les femmes de l'échantillon soient davantage dans un grand contrôle des affects pouvant ultimement mener à des débordements et des passages à l'acte. Cependant, nos résultats ne permettent pas de confirmer la théorie de Kernberg (2001) qui stipule que les individus susceptibles d'abandonner le traitement psychothérapeutique présentent un plus grand manque de contrôle pulsionnel. Également, nos résultats ne permettent pas de confirmer les résultats de la documentation consultée qui démontre généralement des indices importants d'impulsivité chez les femmes qui abandonnent la psychothérapie (Barnicot et al., 2010; Joyce et al., 2007; Kelly et al., 1992; Ycomans et al., 1994).

Différences observées entre les deux groupes de femmes

Certaines différences sont observées entre les deux groupes en ce qui a trait aux relations d'objet, à la souffrance psychologique et à la modulation affective. Ces différences ne s'avèrent pas significatives sur un plan statistique, toutefois nous considérons qu'elles peuvent être pertinentes à considérer au plan clinique.

D'abord, en ce qui a trait aux relations d'objet, les résultats soulignent la possibilité que les femmes qui abandonnent la thérapie soient plus enclines à présenter une attitude de méfiance au sein de leurs rapports interpersonnels. En ce sens, elles pourraient déployer des efforts considérables afin d'assurer leur protection et ne rechercheraient habituellement pas de proximité au sein de leurs relations. Ce résultat rejoint les propos d'autres auteurs qui mentionnent que la méfiance est associée au développement d'une

réaction thérapeutique négative chez les patients présentant un trouble de la personnalité limite (Skodol et al, 1983; Smith et al., 1995; Waldinger & Gunderson, 1984). Ensuite, les résultats démontrent que les femmes qui abandonnent la thérapie sont moins en mesure de percevoir les relations comme étant bienveillantes que les femmes ayant complété la thérapie. Ce constat rejoint le résultat présenté ci-dessus selon lequel les femmes qui abandonnent la thérapie seraient plus enclines à présenter une attitude de méfiance envers autrui, pouvant s'accompagner de doutes quant à la nature bienveillante et positive des relations. Finalement, les résultats indiquent que les femmes ayant abandonné la thérapie se perçoivent comme étant plus isolées socialement que les femmes ayant complété la thérapie.

En ce qui a trait à la souffrance psychologique, les résultats démontrent qu'un nombre plus élevé de femmes ayant complété la thérapie présentent des affects dépressifs, ce qui rejoint l'hypothèse de départ selon laquelle les femmes qui demeurent en thérapie tendent à être plus souffrantes et à être en contact avec des sentiments dépressifs. D'ailleurs, Kernberg (2001) souligne que le pronostic chez l'ensemble des organisations limites est principalement lié à la capacité de déprimer. Il demeure que les études relevées dans la littérature présentent des résultats contradictoires quant à la dépression. Selon certaines études, la présence d'affects dépressifs est liée à l'engagement en thérapie (Gunderson et al., 1989; Kelly et al., 1992), alors que d'autres études démontrent qu'il n'y a pas de lien entre l'abandon thérapeutique et la dépression (Barnicot et al., 2010).

Quant à la modulation affective, particulièrement la modulation de l'agressivité, les résultats illustrent que davantage de femmes ayant abandonné la thérapie tendent à présenter une agressivité consciente et inconsciente qui pourrait s'avérer problématique. Ce constat est confirmé par Joyce et al. (2007) qui propose un lien entre l'hostilité présente chez le trouble de la personnalité limite et le développement d'une réaction thérapeutique négative qui serait associé à un pronostic réservé (Kernberg, 2001). En ce sens, les relations de ces individus se caractérisent bien souvent par une instabilité et des conflits intenses (Joyce et al., 2007; Skodol et al, 1983; Smith et al., 1995; Waldinger & Gunderson, 1984). Également, en fonction des résultats obtenus, il est possible de soulever l'hypothèse selon laquelle les femmes qui abandonnent la thérapie ressentent moins d'affects dépressifs et ont plus tendance à exprimer ceux-ci sous forme de rage impuissante (Kernberg, 2001). Nos résultats convergent avec d'autres études qui soulèvent un lien entre la présence de colère et l'abandon thérapeutique (Amztz et al., 2015; Rüsçh et al., 2008; Smith et al., 1995; Wnuk et al., 2013).

Certaines différences significatives sur un plan statistique sont observées entre le groupe de femmes ayant abandonné la thérapie et le groupe de celles l'ayant complété, permettant de distinguer chacun d'eux. Ces différences concernent deux caractéristiques sociodémographiques ainsi que les aptitudes sociales.

Tout d'abord, l'ensemble des femmes qui ont abandonné la thérapie sont sans emploi, contrairement à un nombre plus faible de femmes ayant complété la thérapie. Ce résultat suggère que les femmes qui ont abandonné la thérapie semblent présenter des difficultés plus sévères ainsi qu'un niveau de fonctionnement inférieur aux femmes de l'autre groupe. De plus, l'ensemble des femmes qui ont abandonné la thérapie ont déjà été hospitalisées au moins une fois en psychiatrie, comparativement à un nombre plus faible de femmes ayant complété la thérapie. Il est possible de soulever l'hypothèse selon laquelle les femmes qui ont abandonné la thérapie et qui ont été hospitalisées présentent une pathologie de la personnalité et/ou une pathologie à l'axe I plus sévère. Dans un même ordre d'idées, la diminution des symptômes à l'axe I engendrée par la prise en charge psychothérapeutique pourrait expliquer l'abandon thérapeutique. Ce résultat est cohérent avec la littérature consultée, soit que l'abandon thérapeutique est associé à un historique plus important d'hospitalisations psychiatriques (Kröger et al., 2014; Perroud et al., 2010).

Ensuite, une différence significative est observée pour ce qui est des aptitudes sociales. Les résultats soulignent que davantage de femmes ayant poursuivi la thérapie présentent une inaptitude ou une immaturité sociale entraînant des difficultés au sein de leurs relations avec autrui. L'immaturité sociale prendrait la forme de difficultés à développer et maintenir des relations stables et de proximité. Malgré ces difficultés relationnelles, ces femmes désireraient être en relation et pourraient entretenir des insatisfactions à l'égard de leur vie sociale. Il est possible d'énoncer que la souffrance et

l'isolement vécus par ces femmes au sein de leurs relations pourraient constituer un moteur d'engagement en thérapie. D'ailleurs, Kernberg (2001) souligne que la présence d'angoisse et de souffrance constitue un élément de pronostic favorable en début de traitement afin d'établir la relation thérapeutique.

Forces et limites de l'étude

Certaines limites peuvent être identifiées dans notre étude. Dans un premier temps, il est possible de souligner la petite taille ($n = 19$) de l'échantillon afin de réaliser des analyses statistiques visant à comparer deux groupes. De plus, l'évaluation d'un groupe d'individus comporte certaines limites dont l'absence de considération des caractéristiques individuelles propres à chaque individu. L'étude psychométrique tend à sous-estimer la diversité des parcours psychothérapeutiques et aussi des formes cliniques que peuvent prendre les états-limites. En ce sens, l'analyse plus approfondie de quelques cas pourrait constituer une avenue de recherche intéressante dans le cadre d'une étude ultérieure. Également, la convergence d'indices par l'utilisation d'autres tests projectifs tels que le TAT s'avérerait une option à envisager.

Dans un deuxième temps, le petit nombre de différences significatives observées entre les deux groupes soulève certains questionnements quant à la façon dont les deux groupes ont été construits. En ce sens, les informations colligées au dossier hospitalier de chaque femme permettaient difficilement de retracer le moment exact où la thérapie avait été abandonnée par chacune d'elles. Cette information se serait avérée pertinente à

considérer dans la mesure où la majorité des études portant sur l'abandon tiennent compte du moment de l'abandon. De ce fait, plusieurs recherches démontrent que les abandons ont principalement lieu en début de traitement, soit au cours des trois premiers mois (De Panfilis et al., 2012; Gaglia, Essletzbichler, Barnicot, Bhatti, & Priebe, 2013; Martino et al., 2012). En considérant ces éléments, il serait intéressant dans une étude ultérieure de construire les groupes de participants en fonction du moment de l'abandon afin d'évaluer les différences intergroupes. En fait, il serait pertinent de s'interroger quant à l'existence ou l'absence d'une demande de soins et de changement, ce dont «l'abandon», tel que décrit dans la présente étude, ne témoigne pas complètement.

Enfin, la nature exploratoire de cette étude lui confère à la fois certaines limites et certaines forces. D'une part, il est possible de questionner la possibilité de généraliser les résultats obtenus puisque la nature de la recherche permet difficilement l'utilisation d'un plan de recherche expérimental et le contrôle de l'ensemble des variables. D'autre part, la principale force de notre étude réside dans son caractère novateur, puisqu'elle représente une des seules recherches ayant pour objectif d'évaluer les indicateurs intrapsychiques d'abandon psychothérapeutique à l'aide du Rorschach chez des femmes présentant un trouble de la personnalité limite. L'utilisation du Rorschach pour cette étude a permis la réalisation d'une évaluation allant au-delà des comportements manifestes et observables.

Conséquences et retombées cliniques de l'étude

Les individus présentant un trouble de la personnalité limite sont reconnus pour représenter une clientèle difficilement traitable en raison d'abandons thérapeutiques fréquents et des réactions contre-transférentielles suscitées chez les intervenants. Il s'avère donc nécessaire de se pencher davantage sur le phénomène d'abandon psychothérapeutique auprès de cette clientèle afin de mieux comprendre le fonctionnement intrapsychique de ces individus ainsi que favoriser l'engagement envers le traitement. Tel que démontré par cette recherche, l'abandon psychothérapeutique demeure un phénomène complexe et il s'avère difficile d'en cerner les causes. Cette étude a principalement une visée clinique puisqu'elle met en lumière certaines fragilités présentes chez les femmes qui abandonnent le traitement psychothérapeutique entrepris. De plus, cette recherche souligne la pertinence de s'interroger quant aux caractéristiques intrapsychiques de ces femmes pouvant interférer avec l'établissement d'une alliance thérapeutique avec les intervenants. Une meilleure compréhension du fonctionnement intrapsychique, et non seulement des comportements manifestes, permet aux intervenants de mieux orienter l'évaluation et l'intervention auprès de cette clientèle. Également, cette étude s'avère un précurseur pour des études ultérieures. Par exemple, il serait pertinent de se pencher sur les différents profils intrapsychiques de femmes présentant un trouble de la personnalité limite et s'engageant ou non dans une psychothérapie. Tel que présenté par Kernberg (2001), l'organisation limite de la personnalité comprend trois échelons s'étalant sur un continuum allant d'une organisation limite de niveau supérieur (hystérique), à une organisation de niveau moyen

(infantile) et à une organisation de niveau inférieur (narcissique). Une étude ultérieure pourrait prendre en considération ces différents échelons afin d'évaluer de façon plus approfondie le fonctionnement intrapsychique des individus plus susceptibles d'abandonner ou de s'engager de façon durable au sein d'une psychothérapie.

The logo for Clicours.COM is displayed in white, bold, sans-serif capital letters on a solid blue rectangular background.

Clicours.COM

Conclusion

Pour conclure, l'objectif général de la présente étude consistait à évaluer le fonctionnement intrapsychique de deux groupes de femmes présentant un trouble de la personnalité limite, soit un groupe de femmes ayant complété au moins un an de thérapie et un groupe de femmes ayant abandonné la thérapie au cours de la première année. Plus spécifiquement, la recherche visait à comparer les deux groupes selon différents indices au Rorschach ayant trait aux relations d'objet, au narcissisme, à la régulation émotionnelle et ainsi qu'à la souffrance psychologique. Certaines différences sont observées entre les deux groupes, notamment en ce qui a trait aux aptitudes sociales, au statut d'emploi et à l'historique d'hospitalisations psychiatriques. Les autres variables considérées dans l'étude ne permettent pas de confirmer les hypothèses posées initialement, mais plutôt de dresser un portrait général des femmes présentant un trouble de la personnalité limite. Bien que la nature exploratoire de cette étude ainsi que la petite taille de l'échantillon confèrent certaines limites, les retombées possibles sont notables sur un plan clinique. En ce sens, cette recherche a permis de mettre en lumière certaines fragilités présentes chez les femmes qui abandonnent la psychothérapie et de susciter plusieurs questionnements quant au fonctionnement intrapsychique de celles-ci. De plus, l'étude s'avère un précurseur pour des recherches futures afin de mieux comprendre le phénomène d'abandon psychothérapeutique.

Références

- Acklin, M. W., McDoweli, C. J., & Ornodoff, S. (1992). Statistical power and the Rorschach: 1975–1991. *Journal of Personality Assessment*, 59(2), 366-379.
- American Psychiatric Association. (APA, 1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC: Authors.
- Andronikof, A. (2004). Le Rorschach en système intégré : introduction. *Psychologie française*, 49(1), 1-5.
- Anestis, J. C., Gottfried, E. D., & Joiner, T. E. (2015). The utility of MMPI-2-RF Substantive Scales in prediction of negative treatment outcomes in a community mental health center. *Assessment*, 22(1), 23-35.
- Anzieu, D. (1973). *Les méthodes projectives*. Paris : Presses universitaires de France.
- Arntz, A., Stupar-Rutenfrans, S., Bloo, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2015). Prediction of treatment discontinuation and recovery from borderline personality disorder: results from an RCT comparing schema therapy and transference focused psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 60-71.
- Atkinson, L. (1986). The comparative validities of the Rorschach and MMPI: A meta-analysis. *Canadian Psychology*, 27(3), 238-247.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 585-592.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., & Priebe, S. (2010). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder – A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(5), 327-338.
- Baruch, G., Vrouva, I., & Fearon, P. (2009). A follow-up study of characteristics of young people that dropout and continue psychotherapy: Service implications for a clinic in the community. *Child and Adolescent Mental Health*, 14(2), 69-75.

- Beck, A. T. (1996). *BDI-II, Beck Depression Inventory: Manual*. San Antonio, Tex.: Psychological Corp.
- Berghofer, G., Schmidl, F., Rudas, S., Steiner, E., & Schmitz, M. (2002). Predictors of treatment discontinuity in outpatient mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*(6), 276-282.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *174*(12), 727-735.
- Blatt, S. J., Brenneis, C, Schimek, J., & Glick, M. (1976). Normal and psychopathological impairment of the concept of the object on the Rorschach. *Journal of Abnormal Psychology*, *85*(4), 394-373.
- Bohm, E. (1985). *Traité du psychodiagnostic de Rorschach*. Paris : Masson.
- Bornstein, R. F. (1996). Construct validity of the Rorschach Oral Dependency Scale: 1967-1995. *Psychological Assessment*, *8*(2), 200-205.
- Bornstein, R. F. (2005). Interpersonal dependency in child abuse perpetrators and victims: A meta-analytic review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *27*(2), 67-76.
- Bornstein, R. F., Becker-Matero, N., Winarick, D. J., & Reichman, A. L. (2010). Interpersonal dependency in borderline personality disorder: Clinical context and empirical evidence. *Journal of Personality Disorders*, *24*(1), 109-127.
- Bornstein, R. F., & Masling, J. M. (2005). The Rorschach Oral Dependency Scale. Dans R. F. Bornstein & J. M. Masling (Éds), *Scoring the Rorschach: Seven validated systems* (pp. 135-157). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Brown, G. W. (1988). Life events and measurement. Dans T. O. Harris & G. W. Brown (Éds), *Life events and illness* (pp. 3-45). New York, NY: Guilford Press.
- Chabert, C. (2012). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris : Dunod.
- Charnas, J. W., Hilsenroth, M. J., Zodan, J., & Blais, M. A. (2010). Should I stay or should I go? Personality Assessment Inventory and Rorschach indices of early withdrawal from psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *47*(4), 484-499.
- Cooper, A. A., & Conklin, L. R. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review*, *40*, 57-65.

- Cooper, A. A., Strunk, D. R., Ryan, E. T., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., & Gallop, R. (2016). The therapeutic alliance and therapist adherence as predictors of dropout from cognitive therapy for depression when combined with antidepressant medication. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 113-119.
- Cull, J. G., & Gill, W. S. (1988). *Suicide Probability Scale (SPS) Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- De Panfilis, C., Marchesi, C., Cabrino, C., Monici, A., Politi, V., Rossi, M., & Maggini, C. (2012). Patient factors predicting early dropout from psychiatric outpatient care for borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 200(2), 422-429.
- Diamond, D., Kaslow, N., Coonerty, S., & Blatt, S. J. (1990). Changes in separation-individuation and intersubjectivity in long-term treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 7(3), 363-397.
- Englebert, J. (2013). Introduction : le Rorschach comme test (a) perceptif. Dans J. Englebert (Éd.), *Test de Rorschach et perception : perspectives cognitives et phénoménologiques* (pp. 9-12). Paris : Le Cercle Herméneutique.
- Exner, J. (1995). *Le Rorschach : un système intégré : théorie et pratique*. Liège : M. Pietteur.
- Exner, J. (2002). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré*. Paris : Frison-Roche.
- Exner, J. (2003a). *Manuel d'interprétation du Rorschach en système intégré*. Paris : Frison-Roche.
- Exner, J. (2003b). *The Rorschach: A comprehensive system*. New York, NY: J. Wiley.
- Farrand, P., Booth, N., Gilbert, T., & Lankshear, G. (2009). Engagement and early termination of contact with a community-based early intervention service for personality disorder in young adults. *Early Intervention in Psychiatry*, 3(3), 204-212.
- Fenger, M., Mortensen, E. L., Poulsen, S., & Lau, M. (2011). No-shows, drop-outs and completers in psychotherapeutic treatment: Demographic and clinical predictors in a large sample of non-psychotic patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(3), 183-191.

- Fowler, J. C., Brunnschweiler, B., Swales, S., & Brock, J. (2005). Assessment of Rorschach dependency measures in female inpatients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, *85*(2), 146-153.
- Freud, S. (1923). Le moi et le ça. Dans S. Freud (Éd.), *Essais de psychanalyse* (pp. 219-262). Paris : Payot.
- Gaglia, A., Essletzbichler, J., Barnicot, K., Bhatti, N., & Priebe, S. (2013). Dropping out of dialectical behaviour therapy in the NHS: The role of care coordination. *The Psychiatrist Online*, *37*(8), 267-271.
- Gaudriault, P. (1978). Problem of repetition in ink blot tests. *Bulletin de psychologie*, *31*(7-9), 390-402.
- Gaudriault, P. (1987). Examen de la demande de psychothérapie au moyen de tests de taches d'encre. *Bulletin de psychologie*, *40*(18), 857-862.
- Gaudriault, P. (1988). Illusion de récurrence dans les tests de tache d'encre et demande de traitement psychologique. *Revue de psychologie appliquée*, *38*(3), 239-252.
- Gaudriault, P., & Guilbaud, C. (2005). Évolution des boulimiques en psychothérapie dans le test de Rorschach. *L'Évolution psychiatrique*, *70*(3), 577-593.
- Gaudriault, P., & Joly, V. (2013). *Construire la relation thérapeutique : prévenir l'abandon précoce, définir les enjeux du processus thérapeutique*. Paris : Dunod.
- Gunderson, J. G., Prank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *177*(1), 38-42.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *The Journal of Psychology*, *10*(2), 249-254.
- Henzen, A., Moeglin, C., Giannakopoulos, P., & Sentissi, O. (2016). Determinants of dropout in a community-based mental health crisis center. *BMC Psychiatry*, *16*(1).
- Hiller, J. B., Rosenthal, R., Bornstein, R. F., Berry, D. T., & Brunell-Neuleib, S. (1999). A comparative meta-analysis of Rorschach and MMPI validity. *Psychological Assessment*, *11*(3), 278-296.
- Hilsenroth, M. J., Charnas, J. W., Zodan, J., & Streiner, D. L. (2007). Criterion-based training for Rorschach scoring. *Training and Education in Professional Psychology*, *1*(2), 125-134.

- Hilsenroth, M. J., Handler, L., Toman, K. M., & Padawer, J. R. (1995). Rorschach and MMPI-2 indices of early psychotherapy termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(6), 956-965.
- Hilsenroth, M. J., Holdwick Jr, D. J., Castlebury, F. D., & Blais, M. A. (1998). The effects of DSM-IV cluster B personality disorder symptoms on the termination and continuation of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 35*(2), 163-176.
- Horner, M. S., & Diamond, D. (1996). Object relations development and psychotherapy dropout in borderline outpatients. *Psychoanalytic Psychology, 13*(2), 205-223.
- Jørgensen, C. R., & Kjølbbye, M. (2007). Outcome of psychoanalytically oriented outpatient treatment of borderline personality disorder: A pilot study. *Nordic Psychology, 59*(2), 164-180.
- Joyce, A. S., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Klein, R. H. (2007). Patient characteristics and variations in termination processes and outcomes. Dans A. S. Joyce, W. E. Piper, J. S. Ogrodniczuk, & R. H. Klein (Éds), *Termination in psychotherapy: A psychodynamic model of processes and outcomes* (pp. 109-131). Washington, DC: American Psychological Association.
- Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., Brabrand, J., Friis, S., Haaseth, Ø., ... Urnes, Ø. (2003). Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders, 17*(3), 243-262.
- Kelly, T., Soloff, P. H., Cornelius, J., George, A., Lis, J. A., & Ulrich, R. (1992). Can we study (treat) borderline patients? Attrition from research and open treatment. *Journal of Personality Disorders, 6*(4), 417-433.
- Kernberg, O. F. (1989). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*. Paris : Presses universitaires de France.
- Kernberg, O. F. (2001). *Les troubles limites de la personnalité*. Paris : Dunod.
- Kröger, C., Harbeck, S., Armbrust, M., & Kliem, S. (2013). Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy, 51*(8), 411-416.
- Kröger, C., Röepke, S., & Kliem, S. (2014). Reasons for premature termination of dialectical behavior therapy for inpatients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 60*, 46-52.

- Léveillé, S. (2001). Étude comparative d'individus limites avec et sans passages à l'acte hétéroagressif quant aux indices de mentalisation au Rorschach. *Revue québécoise de psychologie*, 22(3), 53-64.
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 45-53.
- Links, P. S., Mitton, J. E., & Steiner, M. (1990). Predicting outcome for borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31(6), 490-498.
- Löffler-Stastka, H., Bluemel, V., & Boes, C. (2010). Exploration of personality factors and their predictive impact on therapy utilization: The externalizing mode of functioning. *Psychotherapy Research*, 20(3), 295-308.
- Luiza de Mattos Fiore, M., Lottenberg Semer, N., & Yazigi, L. (2016). From the "imperfect illness" to the possibility of developing good internal objects: Psychoanalytic psychotherapy of patients with borderline personality disorder with follow-up by the Rorschach. *Rorschachiana*, 37(2), 166-181.
- Martino, F., Menchetti, M., Pozzi, E., & Berardi, D. (2012). Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: A preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(3), 180-186.
- Masling, J., Weiss, L., & Rothschild, B. (1968). Relationships of oral imagery to yielding behavior and birth order. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32(1), 89-91.
- McMurrin, M., Huband, N., & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 277-287.
- Meyer, G. J., Hilsenroth, M. J., Baxter, D., Exner, J. E., Fowler, J. C., Piers, C. C., & Resnick, J. (2002). An examination of interrater reliability for scoring the Rorschach comprehensive system in eight data sets. *Journal of Personality Assessment*, 78(2), 219-274.
- Meyer, G. J., Mihura, J. L., & Smith, B. L. (2005). The interclinician reliability of Rorschach interpretation in four data sets. *Journal of Personality Assessment*, 84(3), 296-314.
- Mihura, J. L., Meyer, G. J., Dumitrascu, N., & Bombel, G. (2013). The validity of individual Rorschach variables: Systematic reviews and meta-analyses of the comprehensive system. *Psychological Bulletin*, 139(3), 548-605.

- Minnix, J. A., Reitzel, L. R., Repper, K. A., Burns, A. B., Williams, F., Lima, E. N., ... Joiner, T. E. (2005). Total number of MMPI-2 clinical scale elevations predicts premature termination after controlling for intake symptom severity and personality disorder diagnosis. *Personality and Individual Differences, 38*(8), 1745-1755.
- Mouret, S., & Gaudriault, P. (2011). Disponibilité à la psychothérapie et à l'engagement dans les soins chez les patientes boulimiques : contribution du Rorschach. *Psychologie française, 56*(1), 45-57.
- Murray, H. A. (1943). *Thematic Apperception Test Manual (TAT)*. U.S.A.: President and Fellows of Harvard College, Press.
- O'Brien, A., Fahmy, R., & Singh, S. P. (2009). Disengagement from mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*(7), 558-568.
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., Lynd, L. D., Piper, W. E., Steinberg, P. I., & Richardson, K. (2008). Predictors of premature termination of day treatment for personality disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 77*(6), 365-371.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 52*(1), 1-10.
- Parker, K. C., Hanson, R. K., & Hunsley, J. (1988). MMPI, Rorschach, and WAIS: A meta-analytic comparison of reliability, stability, and validity. *Psychological Bulletin, 103*(3), 367-373.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology, 51*(6), 768-774.
- Perroud, N., Uher, R., Dieben, K., Nicastro, R., & Huguelet, P. (2010). Predictors of response and drop-out during intensive dialectical behavior therapy. *Journal of Personality Disorders, 24*(5), 634-650.
- Rausch de Trautenberg, N. (1997). *La pratique du Rorschach*. Paris : Presses universitaires de France.
- Rorschach, H. (1993). *Psychodiagnostic: méthode et résultats d'une expérience diagnostique de perception : interprétation libre de formes fortuites*. Paris : Presses universitaires de France.
- Rüsch, N., Schiel, S., Corrigan, P. W., Leihener, F., Jacob, G. A., Olschewski, M., ... Bohus, M. (2008). Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*(4), 497-503.

- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., & Sansone, L. A. (1998). The Self-Harm Inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 54*(7), 973-983.
- Schindler, A., Hiller, W., & Witthöft, M. (2013). What predicts outcome, response, and drop-out in CBT of depressive adults? A naturalistic study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 41*(3), 365-370.
- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(4), 637-645.
- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*(379), 61-68.
- Shilkret, C. J., & Masling, J. (1981). Oral dependence and dependent behavior. *Journal of Personality Assessment, 45*(2), 125-129.
- Skodol, A. E., Buckley, P., & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *The Journal of Nervous and Mental Disease, 171*(7), 405-410.
- Smith, T. E., Koenigsberg, H. W., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Selzer, M. A. (1995). Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 4*(3), 205-213.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(1), 104-115.
- Spitzer, R. L., First, M. B., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1990). *Structured clinical interview for DSM-III-R*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 547-559.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 24*(3), 193-207.

- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, M. (1986). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *44*(4), 191-199.
- Tedlow, J. R., Fava, M., Uebelacker, L. A., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., & Rosenbaum, J. F. (1996). Are study dropouts different from completers? *Biological Psychiatry*, *40*(7), 668-670.
- Thormählen, B., Weinryb, R. M., Norén, K., Vinnars, B., & Bågedahl-Strindlund, M. (2003). Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, *13*(4), 493-509.
- Urist, J. (1977). The Rorschach test and the assessment of object relations. *Journal of Personality Assessment*, *41*, 3-9.
- Waldinger, R. J., & Gunderson, J. G. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, *38*(2), 190-202.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, *24*(2), 190-195.
- Wnuk, S., McMain, S., Links, P. S., Habinski, L., Murray, J., & Guimond, T. (2013). Factors related to dropout from treatment in two outpatient treatments for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *27*(6), 716-726.
- Yeomans, F. E., Gutfreund, J., Selzer, M. A., Clarkin, J. F., Hull, J. W., & Smith, T. E. (1994). Factors related to drop-outs by borderline patients: Treatment contract and therapeutic alliance. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *3*(1), 16-24.

Appendice A
Questionnaire sociodémographique

Pour débiter l'entrevue

Maintenant je vais vous poser des questions en rapport avec des problèmes ou des difficultés que vous auriez déjà pu rencontrer au cours de votre vie, et tout au long de l'entrevue, j'aurai à prendre quelques notes. Je veux vous rappeler que toutes les informations que vous me donnez seront tenues confidentielles. Avez-vous des questions à me poser avant que nous commençons?

Pour débiter l'entrevue afin de tester la fiabilité de l'évaluation précédente

Je vais vous poser les mêmes questions que le (Dr. X) vous a demandées (date). Cependant, je ne connais rien de ce que vous lui avez dit. Vous devriez répondre aux questions d'une façon complète, sans essayer de vous souvenir des réponses que vous avez données au (Dr. X). Nous voulons, de cette manière, évaluer la fiabilité de notre questionnaire et non pas celle de votre mémoire. Avez-vous des questions à me poser avant que nous commençons?

DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

	SEXE:	1 M 2 F	NP105
Quel âge avez-vous?	AGE:	_____	NP106 NP107
Etes-vous marié (e)? SI NON: L'avez-vous déjà été?	STATUT MARITAL (le plus récent)	1 marié (e) ou conjoint(e) de fait de > 1an 2 séparé(e) 3 divorcé(e) ou mariage annulé 4 veuf(ve) 5 célibataire	NP108
Avez-vous des enfants? _____ SI OUI: Combien? _____			
Où demeurez-vous?		_____	
Avec qui vivez-vous?		_____	

INSTRUCTION ET EXPÉRIENCE DE TRAVAIL

Jusqu'en quelle année êtes-vous allé à l'école?	INSTRUCTION:	1 6 ^{ème} année ou moins 2 7 ^{ème} à 10 ^{ème} (sans diplôme) 3 diplôme de 12 ^{ème} ou équivalent 4 CÉGEP ou cours classique 5 formation professionnelle (technique) 6 université niveau: _____	NP109
--	--------------	---	-------

SI N'A PAS RÉUSSI UN PROGRAMME DE FORMATION COMMENCÉ:
Pourquoi n'avez-vous pas terminé?

Quel genre de travail faites-vous?
(Travaillez-vous à l'extérieur de la maison?)

Avez-vous un emploi présentement? _____

→ SI OUI: Depuis combien de temps travaillez-vous à cet endroit? _____

Avez-vous toujours fait ce genre de travail? _____

→ SI NON: Pourquoi? _____

Quel(s) genre(s) de travail(aux) faisiez-vous avant? _____

Comment vivez-vous maintenant? _____

SI INCONNU: Y a-t-il eu une période où vous ne pouviez pas travailler (ou aller à l'école)? _____

SI OUI: Quand? Pourquoi? _____

PÉRIODES ANTÉRIEURES DE PSYCHOPATHOLOGIE

(LA PAGE VI PEUT ÊTRE UTILISÉE POUR DÉCRIRE UNE HISTOIRE COMPLIQUÉE DE PSYCHOPATHOLOGIE ET DE TRAITEMENT

OU DES PÉRIODES D'INCARCÉRATION S'IL Y A LIEU.

Avez-vous déjà consulté pour des problèmes émotionnels ou psychiatriques?	Traitements par un professionnel de la santé mentale ou un médecin	1 NON 2 OUI	110
SI OUI: Quels problèmes aviez-vous? Quels traitements avez-vous reçus? Une médication?	_____		
Est-ce qu'il y a eu un temps où vous ou quelqu'un d'autre avez pensé que vous devriez consulter quelqu'un au cause de votre façon d'agir ou de vous sentir?	_____		
Avez-vous déjà été traité pour consommation de drogue ou médicaments?	_____		
Avez-vous déjà été admis à l'hôpital pour des soins psychiatriques?	Nombre d'hospitalisations précédentes (N'inclut pas les transferts)	0 1 2 3 4 5 (ou plus)	111
SI OUI: Sous quel diagnostic?	Combien de fois?		

SCID-I/NP Version 2.0 (for DSM-IV)

Overview iv

Avez-vous pris de la drogue au cours
du dernier mois (marijuana, cocaïne,
ou autres drogues semblables)?

FONCTIONNEMENT SOCIAL ACTUEL

Comment passez-vous votre temps libre
(loisirs)?

Avec qui passez-vous vos temps libres?

**S'IL Y A UNE PSYCHO-
PATHOLOGIE ACTUELLE:****CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL ET
FACTEURS PRÉCIPITANTS POSSIBLES**

Que s'est-il passé dans votre vie quand
ceci a commencé (psychopathologie
actuelle)? Est-ce que quelque chose est
survenu ou a changé immédiatement
avant que tout cela ne commence?

Pensez-vous que cela a quelque chose à
voir avec votre problème actuel?

**IMPRESSION DIAGNOSTIQUE:
(A DATE)
(L'AXE II OPTIONNEL):**

Appendice B
Formulaire de consentement téléphonique

Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychologie
Case postale 500, Trois-Rivières (Québec)
G9A 5H7

FORMULE DE CONSENTEMENT D'APPEL TÉLÉPHONIQUE

J'accepte d'être contacté par téléphone pour avoir de l'information sur un projet de recherche réalisé au CHRTR (Clinique du centre-spécialisée dans le traitement des personnes présentant un trouble de la personnalité) et auquel je pourrais éventuellement participer si je suis d'accord. Ce projet est réalisé par Suzanne Léveillée professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Vous recevrez de l'information supplémentaire sur le projet de recherche et vous serez libre par la suite de participer ou non à ce projet.

Nom en lettres moulées

Numéro de téléphone

Signature

Date

Signature du témoin

Appendice C

Formulaire de consentement à la recherche

Université du Québec à Trois-Rivières
Département de psychologie
C.P. 500, Trois-Rivières (Québec), G9A 5H7
(819) 376-5011, poste 3519

Formulaire d'information et de consentement

Ce projet de recherche est réalisé par Suzanne Léveillé professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, et s'intitule « Les personnes atteintes du trouble de personnalité limite (borderline) consultant dans une clinique spécialisée (CHRTR) : symptomatologie et évolution psychosociale ». L'objectif principal de cette étude est de mieux comprendre les difficultés des individus qui présentent un trouble de la personnalité limite.

Nous vous demandons de participer à ce projet de recherche, cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages et les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il vous informe également des autres traitements qui sont à votre disposition. Le présent formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles aux chercheurs responsables du projet et aux autres membres du personnel affectés au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Pour ce faire, je participerai à des entrevues dans lesquelles il y aura des tests psychologiques. Ces tests ne requièrent aucune connaissance particulière; il s'agit de répondre spontanément aux questions posées. Ma participation aidera à l'avancement des connaissances dans ce domaine de recherche. Ces rencontres sont une occasion de parler de moi. Si ces rencontres me font vivre des émotions difficiles, je serai référé aux intervenants du CHRTR. Cette étude est de type longitudinal, c'est-à-dire qu'il y aura des relances à différents moments. Ainsi, je participerai à

deux ou trois entrevues en début de traitement et ensuite, à des entrevues dans un an et à la fin de mon suivi.

Ma participation est absolument volontaire et je peux y mettre fin en tout temps. Les informations recueillies demeureront confidentielles et leur utilisation sera faite sous le sceau de l'anonymat. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la responsable de l'étude. Aucune communication de renseignements ne sera faite aussi longtemps que leur forme risquerait de permettre de m'identifier. Ma participation à ce projet n'aura aucune répercussion sur ma thérapie de groupe. Il est à noter qu'environ 12 personnes seront recrutées pour participer à cette étude.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du CHRTR. Si vous avez des questions concernant votre participation en tant que sujet à une étude clinique ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez contacter le président du Comité d'éthique de la recherche du CHRTR, M. François Lemire, au numéro de téléphone (819) 697-3333, poste 53399. Le Comité d'éthique de la recherche du CHRTR a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire de consentement et au protocole de recherche. De plus, les coordonnées de la chercheuse Mme Suzanne Léveillé, sont : (819) 376-5011, poste 3519.

J'autorise les personnes responsables de ce projet de recherche à transmettre les résultats de mon évaluation à mon médecin traitant si cela est pertinent :

Oui

Non

Nom du médecin : _____

J'autorise les chercheurs à enregistrer sur magnétophone les entrevues réalisées dans le cadre de cette recherche :

Oui ____

Non ____

J'autorise les chercheurs à consulter mon dossier du CHRTR.

Oui ____

Non ____

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire d'information et de consentement.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère le chercheur, l'hôpital ou le commanditaire de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du participant

Signature du participant

Date

Nom du témoin

Signature du témoin

Date

Je certifie que j'ai expliqué au participant de recherche les termes du présent formulaire, que j'ai répondu aux questions qu'il avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation et ce, sans préjudice, et je m'engage à respecter ce qui avait été convenu au formulaire de consentement.

Nom du chercheur

Signature du chercheur

Date