

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	5
Définition de la fibromyalgie	6
Prévalence de la fibromyalgie	8
Critères diagnostiques de la fibromyalgie	10
Diagnostic différentiel en lien avec la fibromyalgie	14
Fibromyalgie et symptômes concomitants	15
Pronostic et répercussions fonctionnelles de la fibromyalgie	15
Hypothèses étiologiques de la fibromyalgie	17
Hypothèses neurologiques	18
Hypothèses alternatives	19
Fibromyalgie et comorbidités psychiatriques	22
Fibromyalgie et troubles de la personnalité	24
Définition du trouble de la personnalité limite	28
Définition du trouble de la personnalité limite selon une conception catégorielle	29
Définition du trouble de la personnalité limite selon une approche structurale	32
Symptomatologie du trouble limite de la personnalité selon Kernberg	34

Compréhension structurale de l'organisation limite de la personnalité selon Kernberg	35
Faiblesse du Moi	35
Processus primaires de la pensée	36
Mécanismes de défense	37
Les relations d'objet	38
Continuum : échelons supérieur et inférieur de l'organisation limite	39
L'organisation limite d'échelon supérieur	40
L'organisation limite d'échelon inférieur	41
Études portant sur la fibromyalgie et le trouble de la personnalité limite	42
Fonctionnement intrapsychique et fibromyalgie.....	45
Fonctionnement intrapsychique : définition générale des concepts	45
Évaluation du fonctionnement intrapsychique à partir des méthodes projectives	48
Pertinence et objectifs de l'essai.....	50
Méthode.....	54
Recherche bibliographique	55
Participants.....	57
Critères de sélection.....	57
Profil psychosocial.....	59
Choix et description des instruments de mesure	60
Questionnaire préliminaire.....	60
Rorschach.....	61

Déroulement en lien avec les participantes.....	63
Résultats	66
Évaluation du fonctionnement intrapsychique d'individus souffrant de douleur chronique ou de fibromyalgie à l'aide du Rorschach	67
Identité	68
Symbolisation	70
Gestion des affects	71
Capacités de contrôle et tolérance au stress	73
Alexithymie.....	74
Relation d'objet	74
Résultats obtenus au Rorschach pour les deux participantes	76
Indices relevés au Rorschach pour les deux participantes	77
Interprétation quantitative des protocoles de Rorschach des deux participantes.....	80
Interprétation du protocole de Rorschach de la participante 1	81
Triade cognitive	81
Capacité de contrôle et tolérance au stress	82
Affects.....	83
Perception de soi	83
Perception des relations et comportements interpersonnels	84
Interprétation du protocole de Rorschach de la participante 2	85
Capacité de contrôle et tolérance au stress	85
Perception des relations et comportements interpersonnels	86
Perception de soi	87

Affects.....	88
Triade cognitive	89
Discussion	91
Synthèse de la recension des écrits portant sur le fonctionnement intrapsychique d'individus souffrant de fibromyalgie et de douleur chronique.....	92
Analyse des similitudes et divergences observées chez les participantes en regard de la littérature scientifique et éléments de réflexion critique	95
Alexithymie.....	96
Symbolisation	98
Gestion des affects	102
Capacités de contrôle et tolérance au stress	107
Identité	109
Relation d'objet.....	112
Synthèse de l'interprétation	115
Forces et limites de l'essai	118
Implications cliniques	121
Conclusion	123
Références	128
Appendice A. Questionnaire préliminaire	142
Appendice B. Certificats éthiques.....	149
Appendice C. Tableau 7. Description synthèse des indices au Rorschach	152
Appendice D. Résumés structuraux	159

Liste des tableaux

Tableau

1	Critères diagnostiques de la fibromyalgie issus des recommandations de l'ACR (2010)	13
2	Critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite selon le DSM-5	30
3	Études portant sur la douleur chronique, la fibromyalgie et le Rorschach	57
4	Indices relevés au Rorschach à l'ensemble « identité et perception de soi » pour les deux participantes	77
5	Indices relevés au Rorschach à l'ensemble « symbolisation, affects, capacités de contrôle et tolérance au stress et alexithymie » pour les deux participantes ...	78
6	Indices relevés au Rorschach à l'ensemble « perception des relations et comportements interpersonnels » pour les deux participantes	80
7	Description synthèse des indices au Rorschach	153

Remerciements

L'auteure tient à exprimer sa reconnaissance à sa directrice d'essai, Madame Julie Lefebvre, Ph. D., professeure au département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour le partage de ses connaissances, sa grande disponibilité et la qualité de son encadrement tout au long de son parcours doctoral. Elle désire également remercier les professeurs, chargés de cours, superviseurs qui ont contribué par le partage de leur expérience et de leurs réflexions à l'accomplissement de ce projet. L'auteure souhaite exprimer tout spécialement sa gratitude à sa famille et à ses amis pour leur soutien constant d'une valeur inestimable et leur grande compréhension. *Merci à vous, pour ce regard confiant posé sur moi quant à mes aptitudes à relever ce défi.*

Il lui importe également de remercier les psychologues qui ont participé à l'étude ainsi que les participantes qui, de par leur générosité, ont contribué au développement des connaissances dans le domaine de la fibromyalgie et du trouble de personnalité limite. Enfin, un merci tout spécial à Laurence, sans qui ce retour sur les bancs d'école n'aurait pas été aussi enrichissant.

Clicours.com

Introduction

La fibromyalgie est un syndrome de nature chronique d'intensité variable se caractérisant par une douleur musculo-squelettique généralisée combinée à de nombreux points sensibles sur le corps, des troubles du sommeil, de la fatigue et des troubles cognitifs (Fauci et al., 2009). Au Canada, la prévalence varie entre 2 et 3 %, ce qui représente environ un million de canadiens affectés par cette problématique de santé chronique (Fitzcharles et al., 2013). Cela dit, la majorité des personnes atteintes seraient des femmes âgées entre 30 et 60 ans (Fauci et al., 2009) qui verraient leur fonctionnement se détériorer et leur souffrance augmenter, entraînant par le fait même une fréquentation assidue des services de santé et une hausse des coûts sociaux associés. Ces coûts sont d'autant plus exacerbés par la complexité de la prise en charge des patientes souffrant de fibromyalgie. En effet, la présence de comorbidités psychiatriques a fait l'objet d'une attention particulière dans la littérature scientifique. Il s'agit cependant d'une toute autre réalité lorsqu'il est question des troubles de la personnalité comorbides. Alors que certaines études font ressortir une prévalence élevée des troubles de la personnalité au sein de la population souffrant de fibromyalgie (Rose et al., 2009; Uguz et al., 2010), d'autres suggèrent que la prévalence des troubles de la personnalité, incluant le trouble limite, est peu définie chez cette population (Leeman, 2004). À l'heure actuelle, très peu d'études portent sur la double problématique de fibromyalgie et de trouble de la personnalité limite et celles répertoriées s'intéressent davantage aux données épidémiologiques. À notre connaissance, aucune d'entre elles n'a évalué le fonctionnement intrapsychique de femmes

fibromyalgiques présentant aussi un trouble de personnalité limite (TPL) à partir d'une méthode projective, laissant des lacunes importantes quant à la connaissance des caractéristiques psychologiques de cette clientèle spécifique.

En raison des lacunes observées dans la littérature axée sur cette double problématique, l'objectif général de cet essai est de développer une meilleure compréhension du fonctionnement intrapsychique des femmes souffrant à la fois de fibromyalgie et d'un trouble de personnalité limite, et ce, par le biais d'une modalité projective comme le Rorschach. Afin de parvenir à cet objectif et compte tenu de la pauvreté des écrits scientifiques sur le sujet, il s'avère pertinent de s'intéresser d'abord aux caractéristiques du fonctionnement intrapsychique des individus souffrant de fibromyalgie ou de douleur chronique uniquement. Le premier objectif théorique est donc de recenser de manière exhaustive les études portant sur l'évaluation du fonctionnement intrapsychique d'individus souffrant uniquement de fibromyalgie et de douleur chronique à l'aide du Rorschach afin d'en dégager les indices pertinents. Un deuxième objectif clinique consiste à interpréter et discuter les protocoles de Rorschach de deux femmes fibromyalgiques avec un TPL. Ultimement, une meilleure compréhension pourrait permettre des évaluations plus rigoureuses de cette clientèle ainsi que le développement de thérapies plus adaptées à leurs besoins, et ce, à la fois dans les cliniques de douleur que dans les programmes de thérapie spécialisée pour les troubles de personnalité.

Cet essai se divise en quatre chapitres. Tout d'abord, le contexte théorique comporte une description de la fibromyalgie et des comorbidités psychiatriques associées, une définition du TPL selon le DSM-5 et le modèle de Kernberg, une synthèse des études portant sur la fibromyalgie et le TPL ainsi qu'une description du fonctionnement intrapsychique et des modalités projectives. Il se conclut par la présentation des objectifs poursuivis dans cette étude exploratoire. Le deuxième chapitre expose la méthode employée et inclut une description de la recherche bibliographique effectuée, des critères de sélection et du profil psychosocial des participantes, des instruments de mesure utilisés ainsi que du déroulement de l'étude. Le troisième chapitre est consacré à la présentation des résultats et comprend d'abord une synthèse des indices ciblés dans les articles portant sur l'évaluation d'individus fibromyalgiques et atteints de douleur chronique à l'aide du Rorschach. Ensuite, les résultats obtenus au Rorschach pour les deux participantes y sont présentés. Le quatrième chapitre présente la discussion dans laquelle les résultats obtenus sont explicités et confrontés avec la littérature existante sur le sujet. Finalement, une conclusion termine cet essai.

Contexte théorique

Afin de cerner la problématique de cet essai, soit le mode de fonctionnement intrapsychique des femmes présentant à la fois un diagnostic de fibromyalgie et de trouble de personnalité limite, ce chapitre présente dans leurs perspectives théoriques et empiriques les variables étudiées. Le contexte théorique se divise en six sections, la première incluant une description du syndrome de fibromyalgie alors que la seconde aborde la comorbidité psychiatrique chez les individus souffrant de douleur chronique et de fibromyalgie, spécialement les troubles de la personnalité. Le trouble de personnalité limite tel que défini dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) et selon le modèle structural d'Otto F. Kernberg est abordé dans la troisième section. La quatrième section dresse une synthèse des études axées sur la population fibromyalgique et limite et fait état des études adressant davantage les traits de personnalité. La cinquième section s'intéresse à l'évaluation du fonctionnement intrapsychique à l'aide de modalités projectives. Enfin, la dernière section précise la pertinence et les objectifs visés par cette étude.

Définition de la fibromyalgie

La douleur physique chronique est une condition fréquemment rencontrée chez les individus atteints de diverses maladies et de psychopathologies, sa prévalence avoisinant 17 % dans la population générale canadienne (Agence de la santé publique du Canada, 2011). L'Association Internationale pour l'étude de la douleur la définit telle une sensation

et une expérience émotionnelle déplaisantes associées à un dommage actuel ou possible aux tissus. La douleur ressentie peut être sporadique et d'intensité variable, mais elle est qualifiée de chronique lorsqu'elle perdure au-delà de six mois (Fischer-Kern, Kapusta, Doering, Hörz, Mikutta, & Aigner, 2011). Bien que plusieurs affections médicales puissent engendrer des douleurs chroniques chez un individu et une rupture de son fonctionnement normal, la fibromyalgie constituerait l'une des principales causes de douleur chronique diffuse (Queiroz, 2013).

Les premières descriptions de symptômes fibromyalgiques remontent au XIX^e siècle chez des jeunes filles qualifiées d'hystériques et décrivent des douleurs lors d'efforts légers ainsi que des points douloureux à la palpation (Geoffroy, Amad, Gangloff, & Thomas, 2012). En 1904, le neurologue britannique Sir William Gowers introduit le terme *Fibrositis* ou rhumatisme musculaire pour décrire la douleur diffuse et les symptômes qui l'accompagnent dont la fatigue et les perturbations du sommeil (Bellato et al., 2012; Salaffi & Sarzi-Puttini, 2012). Ce terme est ensuite délaissé puisqu'il induisait à tort l'idée d'une problématique inflammatoire des muscles et des tissus connexes (Hawkins, 2013). En effet, c'est au milieu des années 1970 que Smythe et Moldofsky, deux chercheurs canadiens, s'opposent à cette explication étiologique périphérique et suggèrent une cause centrale. Ils utilisent alors le nouveau terme fibromyalgie et identifient les régions de douleur extrême qui caractérisent la problématique (Geoffroy et al., 2012; Häuser & Wolfe, 2012). Bien que d'un point de vue étymologique, la fibromyalgie se définisse comme étant une douleur des filaments musculaires, son portrait clinique se veut

beaucoup plus complexe compte tenu des nombreux symptômes concomitants. Le terme syndrome fibromyalgique est fortement recommandé compte tenu de l'absence d'évidence quant à un dommage organique sous-jacent aux symptômes et du manque de connaissances par rapport aux marqueurs physiologiques spécifiques. Cette appellation renvoie aussi à un groupe de symptômes qui collectivement, indiquent une condition anormale (Allard-Cadieux, 2007; Häuser & Wolfe, 2012). Le terme fibromyalgie sera toutefois utilisé dans le cadre de cet essai afin d'en faciliter la lecture. Bien que certains considèrent encore la fibromyalgie comme étant une manifestation d'un syndrome somatique fonctionnel ou comme une problématique psychiatrique, la description présentée dans cet essai renvoie à la définition émise par l'Organisation Mondiale de la Santé qui a introduit la fibromyalgie dans les maladies du système musculo-squelettique en 1992 (Guité & Drouin-Bégin, 2000). Cette définition est celle qui prévaut au sein de la communauté médicale actuelle.

Prévalence de la fibromyalgie

La fibromyalgie correspond à la pathologie douloureuse chronique la plus répandue dans la population générale adulte avec une prévalence mondiale variant entre 2 et 4 % (Geoffroy et al., 2012; Jin, 2014). Il importe cependant de mentionner que ce pourcentage représente une moyenne des variations observées dans divers pays. En ce sens, la Norvège dénombre plus de 6 % d'individus souffrant de fibromyalgie (Sordet-Guepet, 2004) tandis que les États-Unis présentent une prévalence de 2 % et que celle-ci se voit inférieure à 1 % dans certains pays nordiques comme le Danemark et la Finlande (Belgrand &

So, 2011). Selon Arnold (2010), les fluctuations entre les pays pourraient s'expliquer par la diversité des modalités d'évaluation utilisées pour dépister la problématique. Au Canada, la prévalence varie entre 2 et 3 %, ce qui correspond à environ un million de canadiens affectés par cette problématique de santé chronique (Fitzcharles et al., 2013) dont 260 000 à 400 000 seraient originaires du Québec (Société québécoise de la fibromyalgie, 2015).

De prime abord, la fibromyalgie semble davantage associée à une population féminine puisque plusieurs études indiquent des pourcentages avoisinant 3,4 % chez les femmes et 0,5 % chez les hommes, suggérant un diagnostic émis environ sept fois plus souvent auprès de la gent féminine (Arnold, 2010, Arnold, Clauw, & McCarberg, 2011; Hawkins, 2013; Jin, 2014). Cela dit, cette différence liée au sexe pourrait s'expliquer par un biais d'échantillonnage puisque les femmes consultent davantage et seraient plus représentées dans les échantillons issus de cliniques en soins tertiaires (Smith, Harris, & Clauw, 2011). De plus, plusieurs auteurs questionnent la validité de ce ratio homme-femme compte tenu de la plus grande sensibilité de celles-ci à la douleur et de l'utilisation encore grandement répandue des critères de *l'American College of Rheumatology* (ACR) de 1990 basant principalement le diagnostic sur l'évaluation des points sensible à la pression (Arnold, 2010, Arnold et al., 2011; Häuser & Wolfe, 2012). À ce propos, Clauw (2014) obtient un ratio de deux femmes pour un homme depuis la mise en place des nouveaux critères diagnostiques de l'ACR 2010, critères qui seront présentés dans la

prochaine sous-section. Enfin, il y a absence de consensus quant à la variation de la présentation clinique en fonction du sexe.

Critères diagnostiques de la fibromyalgie

Bien que la fibromyalgie puisse être diagnostiquée par des médecins généralistes, elle constitue l'un des diagnostics les plus communément effectués par les rhumatologues. Selon plusieurs études américaines, le taux de consultations en rhumatologie associé à la clientèle fibromyalgique pourrait varier entre 15 et 20 % (Arnold, 2010; Dunne & Dunne, 2012). D'ailleurs, un sondage fait auprès des rhumatologues canadiens rapporte que la fibromyalgie serait la seule problématique perçue comme ayant augmenté en fréquence dans leur pratique depuis les cinq dernières années (Arnold, 2010). La fibromyalgie, comme toute affection médicale, doit remplir certains critères afin d'être diagnostiquée. Les premiers critères officiels de classification ont été publiés par l'ACR en 1990 suite à l'étude réalisée par Wolfe et ses collaborateurs auprès de 293 patients reconnus par des experts comme étant atteints de fibromyalgie et d'un groupe contrôle apparié (Wolfe et al., 1990). Le premier de ces critères correspond à la présence d'une douleur musculaire diffuse dans les quatre quadrants du corps depuis plus de trois mois. Plusieurs auteurs décrivent cette douleur comme étant axiale, c'est-à-dire située principalement au niveau de la colonne vertébrale cervicale et thoracique, de la poitrine, du bas du dos, des hanches et des cuisses (Arnold, 2010, Arnold et al., 2011; Clauw, 2014; Häuser & Wolfe, 2012). La douleur est ressentie dans les tissus profonds, incluant les ligaments, les muscles, les jonctions musculo-squelettiques et les articulations. Elle est souvent décrite comme un

brûlement persistant et irradiant dans tout le corps. Son intensité peut fluctuer tout comme sa localisation et elle peut être influencée par les conditions climatiques (Dunne & Dunne, 2012). De plus, cette douleur musculaire ne doit pas être explicable par d'autres causes de nature inflammatoire, métabolique ou toxique (Wolfe et al., 1990). Le second critère en importance repose sur la présence de onze points sensibles à la pression sur les dix-huit qui sont généralement répertoriés sur le corps (p.ex., occiput, trapèzes, épicondyles latéraux, etc.). Ces points corporels doivent correspondre à une sensibilité au toucher équivalente à une pression de 4 kg (Arnold, 2010). Il est à noter que la nature pathologique de la fibromyalgie ne repose pas uniquement sur le positionnement des points de pression sur le corps, mais plutôt sur leur nombre et l'intensité de la douleur ressentie lorsqu'ils sont touchés (Perrot, 2012). Selon Wolfe et al. (1990), le nombre élevé de points constitue le facteur discriminant le mieux les sujets atteints de fibromyalgie de ceux qui ne présentent pas la condition, soit une affirmation fortement remise en question dans la communauté scientifique. En effet, bien que ces critères aient grandement contribué à la prolifération et à la standardisation des études sur le sujet, ils ont aussi fait l'objet de nombreuses critiques quant à leur pertinence clinique, incluant la question du possible biais quant au ratio homme-femme discutée précédemment. De plus, certaines études ont démontré que plusieurs individus souffrant de fibromyalgie n'obtenaient pas le nombre de points requis et se voyaient délaissés par cette classification (Clauw, 2014; Salaffi & Sarzi-Puttini, 2012). Enfin, en plus de véhiculer la fausse perception voulant que la fibromyalgie soit une affection musculaire et non neurologique, l'emphasis mise sur les points douloureux

se fait au détriment des autres symptômes communs présents chez 73 à 85 % des patients fibromyalgiques (Arnold, 2010; Häuser & Wolfe, 2012).

À la lumière de ces constats, les critères de l'ACR ont été révisés par Wolfe et ses collègues en 2010. Les nouveaux critères émis sont basés sur les symptômes cliniques et ne requièrent plus le dénombrement des points sensibles, soit une mesure non pas désuète, mais maintenant jugée complémentaire (Dunne & Dunne, 2012; Häuser & Wolfe, 2012). Ces critères prennent en considération la présence de la douleur musculaire diffuse, mais aussi la sévérité des symptômes primaires associés tels que la fatigue et les symptômes cognitifs. La présence de symptômes somatiques tels que des engourdissements, étourdissements, nausées, symptômes dépressifs et une condition de côlon irritable est aussi objectivée. Les informations sont recueillies via une entrevue structurée basée sur deux questionnaires, soit le *Widespread Pain Index* et le *Symptoms Severity Scale*. Le Tableau 1 qui suit résume l'ensemble des critères diagnostiques selon les recommandations de l'ACR (2010). Par ailleurs, des tests sanguins peuvent s'avérer utiles pour éliminer d'autres affections possibles, dont des maladies rhumatologiques et endocriniennes (Fitzcharles et al., 2013; Sumpton & Moulin, 2014). Cette dernière considération renvoyant à la nécessité d'effectuer un bon diagnostic différentiel.

Tableau 1

Critères diagnostiques de la fibromyalgie issus des recommandations de l'ACR (2010)

Critères		
Pour émettre le diagnostic de fibromyalgie, les trois conditions suivantes doivent être remplies :		
1. Index des douleurs diffuses ou Widespread Pain Index (WPI) ≥ 7 et échelle de sévérité des symptômes (SS) ≥ 5 ou WPI entre 3-6 et échelle SS ≥ 9		
2. Symptômes présents à un niveau similaire durant un minimum de trois mois		
3. Absence de troubles autres qui pourraient expliquer la douleur		
Évaluations		
1) Index WPI (0-19) :		
Consigne : Noter le nombre de zones où le patient a ressenti de la douleur au cours de la dernière semaine. _____		
Ceinture scapulaire droite/gauche	Hanche droite/gauche	Haut du dos
Bras droit/gauche	Cuisse droite/gauche	Bas du dos
Avant-bras droit/gauche	Jambe droite/gauche	Abdomen
Partie supérieure du thorax	Mâchoire droite/gauche	Cou
2) Score de l'échelle SS (0-12) :		
Consigne: Pour chacun des trois symptômes (fatigue, réveil non reposé, symptômes cognitifs), indiquer le score de gravité au cours de la dernière semaine :		
0_ Aucun trouble		
1_ Trouble léger ou modéré, généralement d'intensité légère ou intermittente		
2_ Modéré, troubles considérables, souvent présents et/ou à un niveau modéré		
3_ Sévère, trouble omniprésent, continu, handicapant au quotidien		
Considérant les symptômes somatiques* en général, indiquer si le patient a :		
0_ Pas de symptôme		
1_ Peu de symptômes		
2_ Nombre modéré de symptômes		
3_ Beaucoup de symptômes		
Le score de l'échelle SS correspond à la somme de chaque score de gravité des trois symptômes, additionnée au score de gravité des symptômes somatiques		

* Symptômes somatiques à rechercher : Douleurs/faiblesse musculaires, fatigue, maux de tête, syndrome du côlon irritable, douleurs abdominales, engourdissements/picotements, étourdissements, constipation, diarrhée, douleurs haut de l'abdomen/thoraciques, nausées, vomissements, brûlure d'estomac, ulcères buccaux, perte/modification du goût, perte d'appétit, convulsion, fièvre, essoufflement, respiration sifflante, mictions douloureuses/fréquentes, spasmes de la vessie, sécheresse buccale/oculaire, vision floue, démangeaisons, éruptions cutanées, sensibilité au soleil, urticaire/zébrures, ecchymoses, perte de cheveux, bourdonnements d'oreilles, difficultés d'audition, syndrome de Raynaud, difficulté à penser/se souvenir, insomnie, dépression, nervosité.

*Tableau inspiré des travaux d'Arnold et al. (2011) et de Geoffroy et al. (2012).

Diagnostic différentiel en lien avec la fibromyalgie

Comme en témoignent les critères décrits ci-haut, le diagnostic de la fibromyalgie se base sur des caractéristiques cliniques spécifiques et ne se veut plus seulement un diagnostic d'exclusion, c'est-à-dire basé sur un processus d'élimination (Arnold et al., 2011). Cependant, certaines pathologies peuvent feindre la présentation clinique de la fibromyalgie, complexifiant le diagnostic différentiel. C'est le cas des troubles thyroïdiens (Bellato et al., 2012; Dunne & Dunne, 2012) et de plusieurs affections rhumatologiques inflammatoires comme la polyarthrite rhumatoïde, la spondylite ankylosante, la polymyalgie et le lupus érythémateux disséminé (Arnold, 2010; Dunne & Dunne, 2012). Certains chercheurs évoquent de possibles infections virales (Dunne & Dunne, 2012; Hawkins, 2013) alors que d'autres suggèrent d'investiguer la présence d'une maladie neurologique (Fitzcharles et al., 2013), d'une dysfonction surrénale, d'un déficit en vitamine D ou d'un myélome multiple (Bellato et al., 2012). Enfin, selon Pridmore et Rosa (2001), 58 % des femmes et 80 % des hommes atteints de fibromyalgie rempliraient également les critères diagnostiques du syndrome de fatigue chronique¹. La distinction entre les deux conditions est annoncée comme étant difficile à réaliser, certains évoquant même la possibilité d'une maladie commune ayant des répercussions cliniques différentes (Sordet-Guepet, 2004).

¹ Le syndrome de fatigue chronique ou l'encéphalomyélite myalgique est une affection neurologique sévère touchant majoritairement des femmes âgées entre 20 et 40 ans. Ce syndrome se caractérise par une fatigue inexplicée et invalidante perdurant minimalement six mois et ne pouvant être attribuée à un autre trouble médical. Le syndrome s'accompagne aussi d'un sommeil non réparateur et de douleurs musculaires importantes. Son étiologie demeure méconnue, mais serait fort probablement multifactorielle (De Korwin et al., 2016).

Fibromyalgie et symptômes concomitants

Tel que mentionné précédemment, les critères diagnostiques pris à eux seuls illustrent partiellement le portrait symptomatologique des individus souffrant de fibromyalgie qui présentent pour la plupart des symptômes concomitants à cette affection. Ces manifestations associées peuvent être classées en deux catégories, soit les symptômes primaires et les symptômes secondaires (Guité & Drouin-Bégin, 2000). Les symptômes primaires regroupent la présence de fatigue chronique, de troubles du sommeil et de difficultés cognitives diverses (Arnold, 2010, Arnold et al., 2011; Bellato et al., 2012; Dunne & Dunne, 2012). À ces problématiques s'ajoute généralement une multitude de symptômes dits secondaires, liés aux divers systèmes qui composent le corps humain dont le système nerveux, digestif, cardio-vasculaire, respiratoire, génito-urinaire, endocrinien et musculo-squelettique (Guité & Drouin-Bégin, 2000; Laroche, 2009). La présence de paresthésies (Dunne & Dunne, 2012), d'un syndrome du côlon irritable et de céphalées sont des exemples de problématiques fréquemment rencontrées (Arnold, 2010). Ces affections physiologiques dont l'étiologie demeure souvent méconnue viennent grandement complexifier le tableau clinique de la fibromyalgie et contribuent à la souffrance des personnes qui en sont atteintes (Allard-Cadieux, 2007).

Pronostic et répercussions fonctionnelles de la fibromyalgie

Bien que la plupart des auteurs s'entendent sur le fait que la prévalence de la fibromyalgie tende à augmenter avec l'âge, des résultats divergents existent quant à la période où elle atteindrait son taux le plus élevé. En effet, Arnold (2010) affirme qu'elle

atteint son maximum au mitan de la vie, soit entre 50 et 59 ans, et qu'elle décline au-delà de 80 ans alors que d'autres chercheurs évoquent un pic légèrement plus tardif entre 60 et 79 ans (Jin, 2014; Raphael, Janal, Nayak, Schwartz, & Gallagher, 2006). L'âge moyen d'apparition des premiers symptômes serait entre 20 et 55 ans, ce qui correspond à un étendu d'âge considérable (Fitzcharles et al., 2013; Sumpton & Moulin, 2014). Les premières manifestations peuvent survenir abruptement dans un contexte traumatique ou s'installer insidieusement (Sumpton & Moulin, 2014). Pour plusieurs, le passage du temps est marqué par des poussées douloureuses qui ne semblent pas corrélées à une lésion dégénérative au plan ostéo-articulaire (Sordet-Guepet, 2004). Les symptômes sont dits migratoires, intermittents et d'intensité variable, ce qui expliquerait pourquoi certains individus vivent des périodes exemptes de tous signes cliniques (Fitzcharles et al., 2013).

Sur le plan médical, la majorité des spécialistes considèrent la prise en charge de la fibromyalgie comme étant un défi relativement complexe. Ceci s'explique entre autres par le fait que les individus souffrant de fibromyalgie constituent des sous-groupes hétérogènes, tant au niveau de la présentation des symptômes que de la contribution relative des facteurs biologiques, psychologiques et cognitifs qui contribuent à l'expression de la symptomatologie. Cette hétérogénéité laisse place à un vaste continuum de sévérité qui rend complexe l'émission du diagnostic (Buskila & Cohen, 2007). D'ailleurs, certains affirment que 75 % des individus présentant des symptômes fibromyalgiques demeureraient non diagnostiqués (Clauw, Arnold, & McCarberg, 2011) ou recevraient un diagnostic tardif cinq ans après les premières manifestations

(Arnold, 2010). Quant au pronostic, les opinions sont très diversifiées au sein de la littérature médicale. À cet effet, certaines études mettent en évidence des améliorations cliniques significatives dans 70 % des cas et même une guérison chez 25 à 30 % des individus atteints (Kochman, 2002). D'autres dressent un portrait plus sombre et vont jusqu'à dire que la chronicité se veut la règle (Wolfe et al., 1990). En effet, certaines études longitudinales réalisées sur une période de dix ans indiquent une persistance des symptômes dans 85 % des cas (Kahn, 2002; Prieur, 2000). À cette réalité s'ajoute également un niveau de morbidité significatif. En effet, l'étude de Smith et al. (2011) indique que 41,42 % des individus souffrant de fibromyalgie vivent des incapacités fonctionnelles. Les déplacements, la réalisation des activités quotidiennes, les relations interpersonnelles et le travail ressortent comme des sphères problématiques suggérant une baisse notable de la qualité de vie.

Hypothèses étiologiques de la fibromyalgie

La fibromyalgie reste à ce jour une affection complexe et controversée, notamment en raison de la diversité de sa symptomatologie et de son étiologie qui demeure incertaine. L'éventail des symptômes a favorisé la réalisation d'études dans des domaines variés comme la neurologie, la neuropsychologie, la génétique et la psychologie, générant par le fait même des hypothèses étiologiques distinctes. La prochaine sous-section fait état des diverses hypothèses étiologiques en regard du syndrome fibromyalgique.

Hypothèses neurologiques. À ce jour, les hypothèses quant à un dysfonctionnement du système nerveux central sont celles qui font l'objet d'un plus grand consensus au sein de la littérature scientifique. En effet, plusieurs chercheurs s'entendent sur une possible dysfonction du processus central de la douleur, connue sous l'appellation de sensibilisation centrale de la douleur (Dunne & Dunne, 2012). Celle-ci correspond à une hyperexcitabilité des neurones de la moelle épinière qui demeurent surexcités suite à la réception d'un stimulus douloureux. Cet état d'alerte affecte la réception des signaux subséquents qui, bien que de même intensité, risquent d'être perçus comme étant plus forts (hyperalgésie) ou être perçus comme douloureux alors qu'ils ne le sont pas (allodynie) (Arnold et al., 2011; Hawkins, 2013). Ce phénomène, bien que normal, serait excessif chez les individus fibromyalgiques (Bellato et al., 2012; Grodman et al., 2011; Pridmore & Rosa, 2001; Sumpton & Moulin, 2014). Des études portant sur les neurotransmetteurs ont ciblé la Substance P comme étant un médiateur chimique d'importance dans le développement de la sensibilisation centrale lorsque retrouvée en grande quantité dans le liquide céphalo-rachidien (Dunne & Dunne, 2012; Lyon, Cohen, & Quintner, 2011). D'autres chercheurs se sont intéressés aux cytokines pro-inflammatoires libérées par les cellules gliales et à la présence du glutamate dans le liquide céphalo-rachidien, soit des substances respectivement reconnues pour leur implication dans le maintien de la sensibilité centrale (Smith et al., 2011) ainsi que dans la transmission de la douleur (Arnold, 2010; Dunne & Dunne, 2012; Sumpton & Moulin, 2014).

Outre l'hyperactivité neuronale, ce dysfonctionnement du système nerveux central se caractérise également par une réduction de l'activité dans les voies descendantes de la douleur qui ont comme fonction d'inhiber celle-ci (Bellato et al., 2012; McCarberg, 2012). Plus spécifiquement, les voies sérotoninergique, noradrénergique et opioïdérique seraient déficitaires chez les individus fibromyalgiques (Arnold, 2010; Sumpton & Moulin, 2014). De plus, certaines études font état d'une réponse dopaminergique anormale en réaction à des stimuli douloureux; la dopamine étant un neurotransmetteur reconnu pour ses effets analgésiques (Sumpton & Moulin, 2014). Toujours dans une perspective neurologique, plusieurs études indiquent une association entre la fibromyalgie et la présence d'anomalies sur le plan de l'irrigation sanguine de certaines aires cérébrales. Ces anomalies peuvent contribuer aux difficultés de modulation de la douleur et teinter la composante affective de l'expérience douloureuse (Dunne & Dunne, 2012; Jin, 2014; McCarberg, 2012).

Hypothèses alternatives. Bien que les techniques modernes en neuroimagerie viennent considérablement appuyer les hypothèses neurologiques, des hypothèses étiologiques alternatives font aussi l'objet d'études afin d'accroître la compréhension du syndrome fibromyalgique. Dans une perspective neuroendocrinienne, la disparité importante observée entre les hommes et les femmes pousse certains chercheurs à investiguer l'influence des hormones sexuelles féminines sur la modulation de la douleur (Dallaire, 2011) alors que d'autres s'intéressent aux corrélations entre les variations hormonales et les modifications génétiques pouvant être liées au développement de la

fibromyalgie (Arnold, 2010). Dans le domaine de la génétique, certaines études soulignent la présence d'agrégations familiales, suggérant l'implication de possibles facteurs héréditaires en ce qui concerne la sensibilité à la douleur et la réponse au stress (Arnold, 2010; McCarberg, 2012, Sumpton & Moulin, 2014). Toutefois, aucun gène individuel n'est actuellement ciblé comme étant le principal responsable, plusieurs auteurs évoquent plutôt un effet polygénique (Bellato et al., 2012; Fitzcharles et al., 2013; Grodman et al., 2011).

Par ailleurs, plusieurs études s'intéressant aux réponses au stress indiquent que les individus atteints de fibromyalgie auraient un système nerveux sympathique hyperactif sur un mode persistant, mais hyporéactif lors de stress, générant ainsi une douleur liée à la stimulation chronique (Arnold, 2010; Bellato et al., 2012; Hawkins, 2013). De plus, de nombreux travaux soutiennent la présence d'anomalies au niveau de l'axe hypothalamique-pituitaire-surrénal concernant la sécrétion de cortisol, des hormones de croissance et des corticotropes. Toutefois, l'interprétation spécifique de ces problématiques demeure encore fortement débattue dans la littérature et plusieurs études obtiennent des résultats contradictoires (Arnold, 2010; McCarberg, 2012). Toujours en ce qui a trait à l'étiologie, les tissus cutanés et musculaires ainsi que les micros vaisseaux sanguins sont considérés par plusieurs comme des avenues fertiles en ce qui a trait aux recherches sur le développement de la fibromyalgie (Bellato et al., 2012). Tout comme les études immunologiques qui indiquent des réponses immunitaires anormales chez les

individus souffrant de fibromyalgie (Guité & Drouin-Bégin, 2000; Pridmore & Rosa, 2001).

En plus des nombreuses hypothèses étiologiques nommées précédemment, certains facteurs environnementaux pourraient précipiter le développement de la fibromyalgie (Arnold et al., 2011). La présence d'infections endommageant le système nerveux central, les traumatismes physiques, la vaccination ainsi que l'exposition à des substances chimiques en seraient des exemples (Arnold et al., 2011; Bellato et al., 2012; McCarberg, 2012). Cependant, la valeur accordée aux stressors physiques dans l'étiologie de la fibromyalgie demeure un sujet hautement controversé dans la littérature et certains auteurs invitent à la prudence quant aux interprétations causales (McCarberg, 2012; Smith et al., 2011). Plusieurs études se sont également attardées aux facteurs psychologiques pouvant contribuer à la survenue de la fibromyalgie. Selon Van Houdenhove, Kempke et Luyten (2010), les stressors peuvent être à la fois relationnels et personnels, alors que d'autres auteurs évoquent des stress liés au contexte d'emploi ainsi que des changements drastiques apportés au mode de vie (Arnold et al., 2011; Clauw, 2014). Selon Arnold (2010), un historique d'abus à l'enfance et à l'âge adulte incluant des conditions de négligence, de maltraitance physique et émotionnelle ainsi que des abus sexuels serait plus commun chez les individus fibromyalgiques que chez ceux souffrant d'une condition rhumatismale autre. Plus spécifiquement, Boisset-Pioro, Esdaile et Fitzcharles (1995) indiquent que 53 % des femmes fibromyalgiques dans leur échantillon ont vécu au moins une expérience d'abus sexuel, principalement à l'enfance. Cette grande diversité de facteurs étiologiques renforce

l'idée voulant que la fibromyalgie soit une problématique complexe, ce qui se reflète également par la présence de plusieurs comorbidités psychiatriques qui seront abordées dans la prochaine section.

Fibromyalgie et comorbidités psychiatriques

La notion de comorbidité, telle que décrite par Feinstein en 1970, désigne toute entité clinique additionnelle, existant déjà ou apparaissant dans l'histoire clinique d'un individu souffrant d'une maladie spécifique (cité dans Lemogne, Smagghe, Djian, & Caroli, 2004). Dans le domaine de la recherche sur la fibromyalgie, la présence d'une comorbidité avec des troubles psychiatriques est l'un des sujets les plus étudiés, mais aussi l'un des plus controversés. Selon l'étude de Uguz et al. en 2010, 47,6 % des individus fibromyalgiques présentaient une problématique psychiatrique à l'axe I.

À ce propos, les troubles de l'humeur sont fréquemment cités. Toutefois, la prévalence des épisodes dépressifs varie d'une étude à l'autre, pouvant osciller entre 15 et 50 % (Aguglia, Salvi, Maina, Rossetto, & Aguglia, 2011; Arnold, 2010; Ciapparelli et al., 2008; Uguz et al., 2010). Une étude plus récente indique un taux de 26 % chez les individus fibromyalgiques (Kayhan et al., 2016). Ce chiffre augmente considérablement lorsque les études s'intéressent non seulement au diagnostic de dépression majeure, mais aussi aux symptômes dépressifs sous-cliniques présents chez les individus fibromyalgiques. Par exemple, selon Aguglia et al. (2011), 83,3 % des individus présenteraient des affects dépressifs, soit une perspective également renforcée dans l'étude d'Aparicio et al. en 2013.

Bien que moins étudié jusqu'à ce jour, le spectre bipolaire serait aussi à considérer puisque certains chercheurs ont découvert que 59 % des individus fibromyalgiques de leur échantillon présenteraient des symptômes maniaques, soit le double du taux observé dans leur groupe contrôle (Carta et al., 2006). Les problématiques d'anxiété seraient aussi fréquentes chez la population fibromyalgique. Dans une recension de treize études, Fietta et Manganelli (2007) estiment que la prévalence des troubles anxieux varie entre 13 et 63,8 %. Quant au trouble le plus fréquemment rencontré, il y a absence de consensus dans la littérature actuelle. Il s'agirait de la phobie spécifique selon Uguz et al. (2010), du trouble d'anxiété généralisée selon Kayhan et al. (2016) et du trouble obsessionnel compulsif si l'on se fie à l'étude d'Arnold et al. (2006). Quant aux troubles panique, d'agoraphobie et de phobie sociale, bien que cités dans plusieurs écrits, leur prévalence respective varie grandement d'une étude à l'autre, ne permettant pas de tirer une conclusion concernant leur ordre d'importance (Arnold et al., 2006; Guitteny, Bougouin-Kuhn, Sauvaget, & Vanelle, 2010; Rose et al., 2009). Plusieurs études s'intéressent aussi à la problématique d'état de stress post-traumatique au sein de la population fibromyalgique. Selon Häuser et al. (2013), la prévalence de ce diagnostic avoisine 45,3 % chez les individus atteints de fibromyalgie. Raphael et al. (2006) abondent dans le même sens en affirmant que le risque de développer un état de stress post-traumatique serait cinq fois plus élevé chez les femmes souffrant de fibromyalgie comparativement à celles du groupe contrôle. Enfin, bien que certaines études s'intéressent aux problématiques du comportement alimentaire (Arnold et al., 2006; Thieme et al., 2004) et aux troubles liés à l'utilisation d'une substance (Boisset-Pioro et al., 1995; Thieme et al., 2004), les résultats

obtenus demeurent grandement contradictoires et nécessitent davantage d'investigation. La présence de comorbidités se veut toutefois augmentée lorsque les problématiques sur le plan de la personnalité sont aussi documentées. En effet, Thieme et al. (2004) obtiennent un taux de comorbidité de 77,3 % à l'aide du *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I and Axis II Disorders* (SCID I et II), soit un outil évaluant à la fois les problématiques de santé mentale et de personnalité. Ces résultats viennent appuyer la pertinence de s'attarder à la présence de troubles de la personnalité chez la population fibromyalgique.

Fibromyalgie et troubles de la personnalité

Comme en témoigne la précédente sous-section, la présence de comorbidités psychiatriques au sein de la population fibromyalgique a fait l'objet d'une attention particulière dans la littérature scientifique. Il s'agit cependant d'une toute autre réalité lorsqu'il est question de troubles de la personnalité comorbides. En effet, il existe jusqu'à ce jour très peu d'écrits sur la problématique de douleur chronique et la présence de troubles de personnalité et les études se font encore plus rares lorsque la problématique de fibromyalgie est spécifiquement retenue. La prochaine sous-section présente donc une synthèse des connaissances actuellement véhiculées sur le sujet, d'abord concernant la problématique de douleur chronique et ensuite celle de fibromyalgie plus précisément.

Alors que certaines études réalisées auprès d'individus souffrant de douleur chronique indiquent une prévalence des troubles de la personnalité similaire à celle notée dans la

population générale (Courjaret, Schotte, Wijnants, Moorkens, & Cosyns, 2009; Gerhardt et al., 2011), d'autres chercheurs utilisant le SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997) obtiennent quant à eux des prévalences relativement élevées. Par exemple, Conrad et al. (2007) obtiennent un taux de 41 % de troubles de la personnalité comparativement à un taux de 7 % dans leur groupe contrôle alors que la prévalence atteint 51 % dans l'étude de Polatin, Kinnedy, Gatchel, Lillo et Mayer (1993) et 62,8 % dans celle réalisée par Fischer-Kern et al. en 2011. Quant aux types spécifiques de troubles les plus fréquemment rencontrés, peu de consistance existe entre les études. En effet, selon Polatin et al., les troubles paranoïde (33 %), limite (15 %), évitant (14 %) et passif-agressif (12 %) seraient les plus fréquemment rencontrés alors que Dersh, Polatin et Gatchel (2002) ajoutent les troubles histrionique et dépendant aux troubles paranoïde et limite nommés précédemment. Quant à Fischer-Kern et al. (2011), ils affirment dans leur étude que le trouble de personnalité obsessionnel-compulsif serait le plus commun et que le trouble limite aurait une prévalence avoisinant 25 %, soit un taux confirmé par Sansone et Sansone (2012) dans leur revue de la littérature incluant huit études et indiquant une prévalence moyenne du trouble limite de 30 %. Chez les individus souffrant d'une condition de douleur chronique. Il est à noter que Fischer-Kern et al. inscrivent leur étude dans une perspective psychodynamique et mentionnent qu'environ 58 % de leur échantillon présente une organisation limite de la personnalité d'après le modèle structural de Kernberg.

En ce qui a trait plus spécifiquement à l'association entre la fibromyalgie et les troubles de la personnalité, quelques études indiquent la présence d'une comorbidité élevée. C'est le cas des études de Rose et al. (2009) et d'Uguz et al. (2010) qui obtiennent respectivement des taux de 46,7 % et de 31,1 % au sein de leur échantillon, ce qui contraste avec les taux observés dans la population normale. Les deux études citent le trouble obsessionnel-compulsif comme étant le plus fréquemment rencontré chez cette population. Ces mêmes auteurs notent aussi la présence des troubles de la personnalité dépressive, évitante, paranoïde et dépendante. Gerson et Fox (2003) obtiennent quant à eux une prévalence élevée de troubles de la personnalité avoisinant 58 %, tant chez leurs individus fibromyalgiques que chez leur groupe contrôle présentant une problématique de douleur chronique autre. Leurs résultats confirment l'association entre la fibromyalgie et les troubles de la personnalité, mais infirment la croyance souvent véhiculée dans la littérature voulant que les individus fibromyalgiques souffriraient davantage de troubles de la personnalité que ceux au pris avec une condition de douleur chronique autre. Une différence était toutefois notée quant à la distribution des types de troubles, les troubles limite, obsessionnel-compulsif, schizotypique et schizoïde se retrouvant davantage chez les individus souffrant de fibromyalgie.

Ces résultats demeurent cependant controversés, puisque d'autres études réalisées auprès d'une population fibromyalgique obtiennent une prévalence de troubles de la personnalité qui se rapproche davantage de la norme, comme en témoigne la récente étude de Kayhan et al. (2016) avec un taux de 13,5 %. Selon ces auteurs, le trouble de

personnalité histrionique serait celui en importance. Dans un même ordre d'idées, Fietta et Manganelli (2007) affirment que les troubles de la personnalité sont rarement diagnostiqués chez les sujets fibromyalgiques et ils accordent peu d'importance à la personnalité prémorbide. Leeman (2004) abonde dans le même sens, confirmant l'association entre la fibromyalgie et les troubles affectifs, mais déplorant le manque de support empirique en ce qui concerne la prévalence des troubles de la personnalité. Cette disparité retrouvée dans les études peut s'expliquer entre autres par la diversité des modalités d'évaluation utilisée pour étudier la personnalité, les échantillons hétérogènes présentés dans les recherches et les modalités de recrutement variant d'une étude à l'autre.

Quant au trouble de personnalité limite, certaines études indiquent qu'il s'avère fréquent dans les échantillons d'individus fibromyalgiques, sa prévalence oscillant entre 5,25 % (Thieme et al., 2004) et 16,7 % (Rose et al., 2009). Ces résultats supportent l'association préalablement discutée entre la douleur chronique et le trouble de personnalité limite. Uguz et al. (2010) quant à eux n'obtiennent pas de différence significative avec le groupe contrôle en ce qui a trait à la prévalence du trouble limite, suggérant un manque de consistance au niveau des données empiriques concernant l'association spécifique entre la fibromyalgie et le trouble de personnalité limite. Ces résultats contradictoires, ainsi que le nombre très limité d'études sur ce thème spécifique renforcent le besoin que l'on y porte une plus grande attention.

Définition du trouble de la personnalité limite

La personnalité est constituée de l'ensemble des comportements, pensées, affects et modes d'adaptation psychologique qui caractérisent de façon distincte le fonctionnement habituel d'un individu (Goulet, 1999). En ce sens, les traits de personnalité sont des modalités durables d'entrer en relation avec autrui, de percevoir et de penser son environnement et soi-même, qui se manifestent dans un large éventail de situations (American Psychiatric Association, 2000). La personnalité serait profondément ancrée et composée de deux dimensions, soit le tempérament qui se veut inné et le caractère qui, lui, s'acquiert au fil du temps et selon les expériences vécues (Goulet, 1999). Cependant, lorsque les traits de personnalité deviennent rigides, inadaptés et qu'ils sont porteurs d'une souffrance et de modifications comportementales significatives, il est alors question d'un trouble de la personnalité. L'objectif de cette section est de définir ce qu'est le trouble de personnalité limite compte tenu de la comorbidité possible avec la fibromyalgie. D'abord, une conception catégorielle du trouble telle qu'expliquée dans le DSM-5 sera présentée. Une définition du trouble incluant les principaux critères diagnostiques, les signes et symptômes, les facteurs étiologiques et les statistiques par rapport à la prévalence sera incluse. Cette conception du trouble de la personnalité limite est en accord avec celles présentées dans la littérature axée sur la fibromyalgie où les écrits scientifiques font état des troubles de la personnalité en termes de manifestations comportementales (Uguz et al., 2010). Par contre, dans la littérature plus générale, certains auteurs abordent la notion de structure ou d'organisation de la personnalité et dressent une compréhension psychodynamique du trouble de la personnalité limite. Il apparaît donc pertinent dans le

cadre de cet essai d'aborder également le trouble de la personnalité limite dans une perspective structurale, basée sur les travaux d'Otto F. Kernberg qui s'avère un auteur-clef dans le domaine.

Définition du trouble de la personnalité limite selon une conception catégorielle

Selon l'Association américaine de psychiatrie (APA, 2013), 1,6 à 5,9 % de la population générale présenterait un trouble de personnalité limite tel que défini dans le DSM-5. La prévalence du trouble se verrait toutefois augmentée à 10 % chez les individus consultant en psychiatrie et à 20 % lorsqu'il est question d'individus hospitalisés au sein d'unités psychiatriques. De plus, dans 75 % des cas, le diagnostic serait émis chez une population féminine.

Le diagnostic de trouble de la personnalité limite s'établit en fonction de la présence ou non de certains critères définis par l'APA (2013) et qui sont en fait le reflet de plusieurs comportements pathologiques. De façon générale, le trouble de personnalité limite se caractérise par un mode d'instabilité sur le plan des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects ainsi que par une impulsivité marquée. Ce mode de fonctionnement s'installe au début de l'âge adulte et se manifeste dans au moins deux des domaines suivants : (1) la cognition, qui renvoie à la perception de soi, des autres et des événements, (2) l'affectivité, soit la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle, (3) le fonctionnement interpersonnel et (4) le contrôle des impulsions. Plus spécifiquement, le diagnostic de trouble de personnalité limite peut être apposé lorsqu'un

individu présente au moins cinq des neuf manifestations décrites dans le Tableau 2 du présent document. L'évaluation de ces critères doit cependant se faire en fonction des enjeux culturels, ethniques et sociaux.

Tableau 2

Critères diagnostiques du trouble de la personnalité limite selon le DSM-5

Description des critères
(1) Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginaires
(2) Tendance aux relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par une 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 (p.ex., dépenses, conduite automobile dangereuse, abus de substances, activités sexuelles, hyperphagie boulimique, etc.),
(5) Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilation
(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 la colère
(9) Survenue transitoire d'idéations paranoïdes ou de symptômes dissociatifs sévères dans des contextes de stress important

Selon Miller, Morse, Nolf, Stepp et Pilkonis (2012), la présentation clinique du trouble limite est souvent très préoccupante pour les cliniciens en raison de la forte suicidalité et des comportements para-suicidaires qui l'accompagnent. Chez les individus souffrant d'un trouble de la personnalité limite, la perception d'une séparation imminente, d'un rejet ou la perte d'un cadre externe sont des situations qui peuvent entraîner des

changements majeurs au niveau de l'image de soi, des émotions, des cognitions et des comportements. Quant aux gestes suicidaires et para-suicidaires, ils sont souvent associés à des déclencheurs spécifiques dont des enjeux relationnels et une hausse anticipée ou réelle des responsabilités. Les comportements d'automutilation sont fréquemment observés lors d'épisodes dissociatifs et viseraient un soulagement immédiat de la détresse ainsi qu'une reprise de contact avec la réalité extérieure. Ils peuvent aussi être l'expression d'affects colériques et punitifs envers soi-même. En ce qui a trait à la colère extériorisée, elle augmenterait lorsque l'objet est perçu comme négligeant ou rejetant. Des sentiments de honte et de culpabilité suivraient les épisodes de colère, vécus comme une confirmation de leur non-valeur. Enfin selon Labrosse et Leclerc (2007), le sentiment de vide réfère à une possible difficulté à vivre un contact de qualité avec soi-même. Les individus sont alors envahis par l'ennui et par une impression de non-existence les poussant à fuir ce type de contact trop intime.

Bien que les causes exactes demeurent inconnues, il est plausible de penser que le trouble de personnalité limite découle de l'interaction complexe entre des facteurs de risque génétiques, neurobiologiques et environnementaux. Selon Kaplan et Sadock (2005), l'instabilité affective ainsi que l'impulsivité auraient une composante héréditaire importante. À l'heure actuelle, les connaissances scientifiques concernant les gènes et les marqueurs biologiques associés au trouble demeurent infimes et les découvertes concernant l'imagerie cérébrale suggèrent une pathophysiologie multiple (Amad, Ramoz, Thomas, Jardri, & Gorwood, 2014; New, Perez-Rodriguez, & Ripoll, 2012). Pour

plusieurs auteurs, la présence de vulnérabilités biologiques combinées à des traumatismes précoces, multiples et sévères pourraient contribuer au développement d'un trouble de la personnalité limite (APA, 2013; Kaplan & Sadock, 2005; Labrosse & Leclerc, 2007).

Cette définition du trouble de la personnalité limite se veut catégorielle et davantage axée sur un ensemble de manifestations comportementales. Toutefois, l'APA (2013) propose dans sa nouvelle version du DSM-5 une conception dimensionnelle à travers laquelle les troubles sont perçus comme un spectre de dysfonction de la personnalité présent sur un continuum avec les autres troubles mentaux. Dans une certaine mesure, ce modèle alternatif se rapproche davantage de la compréhension psychodynamique du trouble de la personnalité limite aussi véhiculée dans la littérature puisqu'il considère le niveau de détérioration du fonctionnement de la personnalité en plus du profil de traits plus descriptifs.

Définition du trouble de la personnalité limite selon une approche structurale

L'évaluation de la personnalité dans une perspective psychodynamique considère la présence d'éléments structuraux clefs contribuant au fonctionnement de la personnalité. Pour ce faire, le modèle d'organisation de la personnalité de Kernberg s'avère pertinent puisqu'il est en constante élaboration depuis plus de 50 ans et qu'il tient compte de l'évolution des systèmes neurobiologiques, de leurs fondements génétiques et des recherches récentes sur le développement de la mentalisation dans sa conception étiologique de la personnalité. En plus d'être souvent cité dans les écrits scientifiques, ce

modèle et la vision complexe de la psychothérapie des troubles de la personnalité qu'il propose font aussi l'objet d'une série d'essais cliniques randomisés, accentuant par le fait même ses assises empiriques (Clarkin et al., 2001; Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007; Doering et al., 2013; Levy et al., 2006; Levy, Meehan, & Yeomans, 2012). Le modèle de Kernberg identifie trois niveaux d'organisation de la personnalité : l'organisation psychotique, limite et névrotique, et ce, en fonction de domaines spécifiques, soit l'intégration de l'identité, les mécanismes de défense utilisés et l'épreuve de la réalité (Fischer-Kern et al., 2011). Selon cet auteur, l'identité renvoie aux façons dont l'individu se perçoit et expérimente ses relations aux autres. Une identité pathologique se caractérise par une expérience de soi et des autres inflexible, instable, pauvrement intégrée et clivée, ce qui entraîne de l'incohérence, une prédominance d'affects dépressifs et une forte instabilité interpersonnelle. Cet auteur considère les défenses primitives comme des stratégies psychologiques servant à la régulation émotionnelle, et ce, à un niveau inconscient. Enfin, l'épreuve de la réalité correspond au respect des normes sociales et à la capacité d'empathie envers autrui dans des contextes donnés. Selon cet auteur, la pathologie de la personnalité sera considérée comme sévère plus l'identité de l'individu est pathologique, plus il utilise des défenses immatures et présente une atteinte importante de l'épreuve de la réalité (Stern et al., 2010). À partir de cet éclairage théorique, la sous-section qui suit présente une compréhension du trouble limite de la personnalité selon Kernberg (1989, 2001). Dans un premier temps, le trouble limite sera abordé dans une perspective descriptive en fonction des principaux symptômes qui selon cet auteur peuvent permettre l'identification d'une organisation limite de la

personnalité. Dans un second temps, une compréhension davantage structurale sera présentée mettant en lumière différents éléments de la personnalité décrits par l'auteur dont la faiblesse du moi, les processus de pensée, les mécanismes de défense et les relations d'objet. Enfin, il sera question des deux échelons de l'organisation de la personnalité limite élaborés par Kernberg et Caligor (2005).

Symptomatologie du trouble limite de la personnalité selon Kernberg. Kernberg (1989, 2001) a recours au terme d'organisation limite de la personnalité pour désigner plus précisément le trouble de personnalité limite. Selon cet auteur, il s'agit d'une organisation pathologique, stable et spécifique qui se caractérise par des défenses immatures, une identité diffuse et une épreuve adéquate de la réalité, et ce, bien que des épisodes psychotiques passagers soient possibles en contexte de consommation ou de stressseurs aigus. De plus, Kernberg (1989, 2001) décrit un ensemble typique d'observations comportementales qui, lorsque présentes en nombre suffisant, révèlent une possible organisation limite de la personnalité. Les principaux symptômes sont : (1) une angoisse chronique et diffuse; (2) aux moins deux symptômes névrotiques tels que les phobies multiples entraînant une inhibition sociale et des tendances paranoïdes, les symptômes obsessionnels prenant la forme de pensées et d'actions surinvesties, les symptômes de conversion multiples, les réactions dissociatives, l'hypochondrie ainsi que les tendances paranoïdes et hypochondriaques; (3) des tendances sexuelles perverses polymorphes exprimées à travers des relations d'objet chaotiques et instables ou via la vie fantasmatique et les fantasmes masturbatoires; (4) une structure prépsychotique classique

incluant les structures paranoïde, schizoïde, hypomane et cyclothymique avec d'importantes tendances hypomanes; (5) une personnalité impulsive avec une problématique liée à une substance (toxicomanie et alcoolisme); ainsi qu'un (6) trouble de la personnalité d'échelon inférieur, soit un concept qui sera abordé ultérieurement.

Compréhension structurale de l'organisation limite de la personnalité selon Kernberg. Les symptômes présentés ci-haut permettent un diagnostic de présomption, c'est-à-dire qu'ils pistent vers une organisation limite de la personnalité dont la confirmation repose sur l'analyse structurale de la pathologie du moi, incluant les faiblesses du moi, les processus de la pensée, les mécanismes de défense et les relations d'objet internalisées.

Faiblesse du Moi Kernberg (1989, 2001) fait une distinction entre les manifestations non spécifiques et spécifiques de la faiblesse du Moi. Les manifestations non spécifiques comprennent le manque de tolérance à l'angoisse et de contrôle pulsionnel ainsi que le sous-développement des voies de sublimation. La tolérance à l'angoisse fait référence à la capacité du Moi à réagir à toute charge d'angoisse excédant celle habituellement tolérée. La survenue de conduites inhabituelles, de nouveaux symptômes et une régression du Moi sont des indices d'une surcharge d'angoisse mal tolérée, alors que l'absence totale de celle-ci n'est pas un indice du degré de tolérance. Quant au manque de contrôle pulsionnel, il se traduit par une incapacité chez l'individu à différer dans le temps ses réactions lorsqu'il vit des émotions de forte intensité. La décharge privilégiée est temporairement syntone au

Moi et fournit des gratifications pulsionnelles directes, mais expose l'individu aux risques d'agir à l'encontre de son jugement et de son intérêt. En ce qui a trait aux voies de sublimation, cet auteur évoque l'incapacité de l'individu à développer sa créativité et à ressentir du plaisir. En général, l'expression des pulsions via les voies de sublimation est un indice que ce domaine est libre de conflits dans le Moi alors que l'absence de celles-ci peut témoigner d'une certaine faiblesse. De plus, une apparente adaptation à un environnement optimal peut masquer des lacunes importantes au niveau de la créativité et du plaisir.

Processus primaires de la pensée. Selon Kernberg (1989, 2001), l'émergence des processus primaires de la pensée est l'une des manifestations spécifiques de la faiblesse du Moi qui caractérise l'organisation limite de la personnalité. Règle générale, les individus présentant une organisation limite ont des processus de pensées exempts de troubles formels. Toutefois, lorsque confrontés à des stressors, des processus primaires émergent sous la forme de fantasmes plus primitifs. Les processus primaires renvoient à une énergie pulsionnelle circulant librement et grandement influencée par le principe de plaisir (Laplanche & Pontalis, 2004). Selon Kernberg (1989, 2001), les processus primaires résultent entre autres d'une réactivation de relations d'objet internalisées précoces et pathologiques ainsi que d'une réactivation d'opérations défensives primitives venant perturber l'intégration des processus cognitifs.

Mécanismes de défense. Selon Kernberg (1989, 2001), la faiblesse du Moi découlerait aussi d'un manque d'intégration en un tout cohérent des introjections et identifications précoces et puis tardives, ne permettant pas le développement d'une identité stable. Dans une perspective développementale, les introjections et identifications s'élaborent séparément en fonction de leur influence pulsionnelle, soit libidinale ou agressive. De cela découlent des représentations d'objet vécues par le nourrisson comme « toutes bonnes ou toutes mauvaises ». Cette séparation permet de protéger le Moi naissant en empêchant la diffusion de l'angoisse et en protégeant les noyaux du Moi construits autour des introjections positives. Cette forme d'utilisation active caractérise essentiellement le mécanisme de défense de clivage, mécanisme qui, lorsque persistant dans le temps, devient moins adapté comme cela est le cas chez les individus limites. Le manque d'intégration des introjections et identifications et l'identité diffuse peuvent aussi s'expliquer par l'intensité des pulsions agressives et des frustrations vécues en bas âge. Les conflits et l'angoisse sont évités grâce à la dissociation et en maintenant séparées les introjections et les identifications conflictuelles. Concrètement, le clivage peut se manifester par un manque de contrôle pulsionnel, des oscillations extrêmes et répétées du concept de soi et des représentations des autres. De plus, il sous-tend d'autres mécanismes de défense dont l'idéalisation primitive, l'identification projective, le déni, l'omnipotence et la dévaluation.

D'abord, Kernberg (1989, 2001) définit l'idéalisation primitive comme étant la tendance de l'individu à voir les objets externes comme « totalement bons » afin d'être

protégé contre ceux perçus comme « tout mauvais » et d'éviter le contact avec sa propre agressivité. En ce qui a trait à l'identification projective, il s'agit d'externaliser les représentations de soi et d'objets mauvaises et agressives dans le but de protéger le Moi. Ces projections génèrent cependant des objets dangereux et menaçants contre lesquels l'individu cherche à se défendre en tentant de les contrôler ou de les attaquer d'abord. Selon cet auteur, le déni correspond à une incapacité à établir de liens affectifs entre deux états du Moi ou à une méconnaissance d'une partie de l'expérience subjective ou de la réalité externe. Enfin, l'individu avec une organisation limite adopte une défense d'omnipotence lorsqu'il s'identifie à un objet idéalisé perçu comme étant « tout puissant » dans le but de se protéger contre les objets dits persécuteurs. L'omnipotence réfère aussi à un idéal du Soi mégalomane et à une conviction inconsciente d'être en droit d'obtenir satisfaction à tous ses besoins. Chez les organisations limites, ces sentiments sont souvent masqués par une présentation de soi plus insécure, incompetente et critique. Lorsque l'objet externe initialement idéalisé n'est plus source de satisfaction ou de protection, Kernberg (1989, 2001) évoque le mécanisme de dévalorisation pour expliquer la réaction de rejet et de dévaluation vécue face à cet objet.

Les relations d'objet. Chez les individus présentant une organisation limite de la personnalité, Kernberg (1989, 2001) est d'avis que la différenciation entre les représentations de soi et de l'objet est suffisante pour préserver l'intégrité des frontières du Moi dans plusieurs domaines et ainsi permettre une adaptation pratique et immédiate aux exigences de la réalité. Toutefois, ces frontières peuvent se fragiliser lors de relations plus

intimes et dans le transfert thérapeutique. En plus de la tâche de différenciation, l'internalisation des relations d'objet nécessite l'intégration des représentations de soi et d'objet liées aux pulsions tant libidinales qu'agressives. Au sein de l'organisation limite, cette synthèse est altérée entre autres par le manque de tolérance à l'angoisse et par la nature excessive de l'agressivité et des frustrations vécues dans les premières années de vie. Cette agressivité lorsque projetée peut provoquer une déformation paranoïde des figures de soins précoces. Cet échec de synthèse entrave la différenciation et la régulation normale des émotions et favorise l'émergence d'affects plus archaïques au détriment d'affects plus spécifiques comme la sollicitude et la culpabilité. Lorsque confronté à la perte d'un bon objet, l'individu avec une organisation limite aurait tendance à présenter des réactions dépressives fortement teintées de rage et d'impuissance plutôt que des sentiments habituels de deuil et de regret. De plus, cet auteur évoque un manque de réalisme important dans la perception des autres et une difficulté marquée à ressentir de l'empathie pour autrui. Cela se reflète dans des relations d'objet superficielles sans véritable échange affectif pour éviter l'activation de mécanismes de défense primitifs et par le fait même, l'émergence de craintes de persécution. La superficialité des relations protège également de l'idéalisation primitive de l'objet et des comportements de soumission et de fusion qui en découlent. Cela préserve aussi l'individu de la rage ressentie lorsque l'objet ne répond pas suffisamment aux besoins prégénitaux (Kernberg, 2001).

Continuum : échelons supérieur et inférieur de l'organisation limite. Selon Kernberg et Caligor (2005), l'organisation limite de la personnalité inclut deux niveaux de

personnalité spécifiques, soit l'organisation limite d'échelon supérieur et celle d'échelon inférieur. Ces deux niveaux s'inscrivent sur un même continuum où existent plusieurs pathologies de la personnalité. Celles-ci se rapprochent des pathologies liées à l'organisation névrotique de la personnalité lorsqu'il est question de l'échelon supérieur, alors que l'autre extrémité du continuum renvoie plutôt aux pathologies plus sévères associées à l'organisation psychotique. La qualité des relations d'objet ainsi que le niveau de fonctionnement moral sont des éléments qui permettent la distinction entre l'échelon supérieur et l'échelon inférieur (Kernberg & Caligor, 2005). Chez les individus avec une organisation limite, les motivations conflictuelles sont souvent pauvrement intégrées, associées à des affects de forte intensité, superficiels et faiblement modulés. Toutefois, la prépondérance, le rôle et le mode d'expression de l'agressivité dans le fonctionnement intrapsychique est une composante qui distingue les deux échelons l'un de l'autre.

L'organisation limite d'échelon supérieur. À ce niveau du continuum, la pathologie de l'identité peut s'avérer plus légère, c'est-à-dire que les individus limites peuvent avoir une représentation de soi plus stable et être davantage en mesure d'établir des relations impliquant une dépendance mutuelle minimale allant au-delà des considérations utilitaires. Les relations sont souvent caractérisées par la présence d'angoisses de rapprochement et de séparation. Sur le plan des affects, l'agressivité est une composante moins centrale et les mécanismes de défenses utilisés combinent à la fois des défenses dites plus névrotiques, puisque basées sur la répression, ainsi que le clivage. Celui-ci serait surtout sollicité lors de stress ou de conflits importants. Le fonctionnement

moral se veut relativement bien développé, mais habituellement rigide et excessivement sévère, entraînant de l'intransigeance face à soi, de l'anxiété et une sensibilité aux jugements lorsque les standards internes ne sont pas atteints. L'échelon supérieur correspond habituellement à un meilleur pronostic de traitement.

L'organisation limite d'échelon inférieur. Cet échelon renvoie à des pathologies de la personnalité plus sévères, impliquant une importante diffusion et une grande instabilité sur le plan identitaire. Les relations d'objet sont sévèrement altérées et caractérisées par des enjeux anaclitiques et de gratification. L'appréciation et la valeur accordées à la relation dépendent généralement du degré de satisfaction des besoins de la part de l'objet. À l'extrémité la plus faible de l'échelon inférieur, les relations se distinguent par leur aspect utilitaire et la nature paranoïde des angoisses. En ce qui a trait aux affects, le fonctionnement intrapsychique est dominé par la présence de motivations agressives, exprimées sous des formes pauvrement intégrées et potentiellement destructrices, pouvant à la fois être dirigées contre soi-même ou contre l'extérieur. De plus, les mécanismes de défense utilisés sont principalement basés sur le clivage, entraînant une rigidité sur le plan de la pensée et certaines distorsions de la réalité, contribuant à l'adoption de comportements interpersonnels perturbateurs. Quant au fonctionnement moral, il est lui aussi plus sévèrement atteint, pouvant même s'avérer totalement absent lorsqu'il est question de personnalité antisociale. Selon Kernberg et Caligor (2005), le trouble de personnalité limite décrit dans le DSM-5 correspond habituellement à une organisation limite d'échelon inférieur, tout comme le trouble de personnalité antisociale et les formes

plus sévères de pathologies narcissiques qui se retrouvent plus vers l'extrémité inférieure du continuum. Selon ces mêmes auteurs, le pronostic de traitement est moins bon chez les individus d'organisation limite d'échelon inférieur. Enfin, selon Léveillé (2001), les individus ayant une organisation limite d'échelon inférieur présenteraient plus d'impulsivité et une plus grande propension à l'agir alors que ceux d'échelon supérieur démontreraient de meilleures capacités de mentalisation et ainsi moins de passages à l'acte.

Études portant sur la fibromyalgie et le trouble de la personnalité limite

Tel que mentionné précédemment, la fibromyalgie demeure une problématique relativement méconnue et les difficultés liées au trouble de la personnalité comorbide font encore moins l'objet d'études, et ce, bien que la pertinence d'adresser la personnalité ait été discutée par plusieurs auteurs dont Rose et al. (2009). Cette section vise à dresser un portrait de l'état actuel des connaissances en ce qui a trait à la double problématique de fibromyalgie et de trouble de la personnalité limite. Pour ce faire, les quelques études répertoriées traitant de cette double problématique seront présentées.

L'association entre la fibromyalgie et le trouble de la personnalité limite fait toujours l'objet d'une controverse et la prévalence exacte de ce trouble chez les individus fibromyalgiques demeure à l'heure actuelle inconnue (Leeman, 2004). En fait, une récente recension des écrits réalisée à partir de la base de données PsycINFO avec les mots-clefs « *fibromyalgia* » et « *borderline personality disorders* » a permis de constater que très peu

d'études s'attardent à cette double problématique. Les informations obtenues concernent surtout la prévalence du trouble de la personnalité limite chez les personnes fibromyalgiques et sont principalement issues d'études plus générales évaluant la présence de comorbidités avec des pathologies psychiatriques. Tel que décrit précédemment dans cet essai, la prévalence du trouble de personnalité limite (selon le DSM-5) chez la population fibromyalgique oscillerait entre 5,25 % (Thieme et al., 2004) et 16,7 % (Rose et al., 2009). De cette recension, une seule étude a été répertoriée sur la double problématique, soit celle de Sansone et Sansone (2007). Ces auteurs, en plus de s'intéresser aux considérations épidémiologiques, font ressortir des similitudes entre le trouble de la personnalité limite tel que défini dans le DSM-5 et la fibromyalgie. Ils soulignent que les deux problématiques ont une prévalence d'environ 2 % et qu'elles sont prédominantes chez les femmes souffrant de plusieurs comorbidités psychiatriques et d'une chronicisation de leur état. Ils constatent aussi certaines similitudes sur le plan étiologique dont la notion de vulnérabilité génétique, des contextes de traumatismes infantiles et des événements précipitants à l'âge adulte. Selon eux, la fibromyalgie tout comme le trouble limite renvoient à une difficulté de régulation. La première étant associée à la régulation de la douleur et le second à la régulation des émotions et des comportements. Ces auteurs proposent certains modèles pour expliquer cette relation, dont un modèle de causalité commune où la fibromyalgie et le trouble limite seraient causés par le même phénomène, mais correspondraient à des présentations distinctes chez le même individu. Un modèle de spectre suggérant deux versions différentes d'un seul et même phénomène est aussi avancé par ces auteurs, ainsi qu'un modèle de prédisposition voulant que la

présence d'un trouble de personnalité limite augmente les risques de développer subséquemment une problématique de fibromyalgie. Bien qu'intéressants, ces modèles explicatifs demeurent à être validés empiriquement.

La faible quantité d'études axées sur la double problématique de fibromyalgie et de trouble de personnalité limite pourrait s'expliquer par la croyance voulant que la compréhension de la fibromyalgie doive s'appuyer sur un modèle dimensionnel et non catégoriel de la personnalité comme le prône Cathébras (2003). Dans cette perspective, la littérature inclut plusieurs études vérifiant l'existence de traits de personnalité spécifiques caractérisant les individus atteints de fibromyalgie. Plusieurs variables semblent avoir fait l'objet d'une attention particulière : le perfectionnisme (Johannsson, 1993; Molnar, Flett, Sadava, & Colautti, 2012; Van Houdenhove et al., 2010), le névrotisme (Malin & Littlejohn, 2012; Montoro & Del Paso, 2015; Torres et al., 2013) et l'alexithymie (Grenier, 1999; Laroche, 2009; Sayar, Gulec, & Topbas, 2004). D'autres études se sont intéressées au profil de conversion tiré du *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-II; Gerson & Fox, 2003; Herken, Gursoy, Yetkin, Virit, & Esgi, 2001; Johnson et al., 2010; Pérez-Pareja, Sesé, González-Ordi, & Palmer, 2010; Vural, Berkol, Erdogan, Kucukserat, & Aksoy, 2014) ainsi qu'aux dimensions d'évitement du danger et d'auto-direction tirées de l'Inventaire de personnalité de Cloninger, Przybeck, Svrakic et Wetzel (1994) (Gencay-Can & Can, 2012; Mazza et al., 2009). La diversité des variables à l'étude vient appuyer l'hypothèse d'une population fibromyalgique hétérogène en termes de profil de personnalité et renforce l'importance d'étudier les sous-groupes qui la composent

(Nordahl & Stiles, 2008, cité dans Gencay-Can & Can, 2012; Russel, 2009). Pour ce faire, l'exploration du fonctionnement intrapsychique apparaît comme une option souhaitable et complémentaire aux études actuelles documentant principalement les traits de personnalité.

Fonctionnement intrapsychique et fibromyalgie

Comme cela a été illustré précédemment, la littérature inclut peu d'études sur la double problématique de fibromyalgie et de trouble de la personnalité limite. De plus, bien qu'un certain intérêt soit présent à mieux cerner le profil de personnalité des individus souffrant de cette condition de douleur chronique, peu de chercheurs se sont intéressés aux dimensions intrapsychiques. Celles-ci faisant ici référence à la conception d'organisation limite de la personnalité selon Kernberg (1989, 2001). Pour ces raisons, la prochaine section portera sur le fonctionnement intrapsychique des individus et sur les modalités projectives qui permettent son évaluation.

Fonctionnement intrapsychique : définition générale des concepts

Dans une perspective psychodynamique, l'évaluation de la personnalité renvoie à l'analyse d'éléments structuraux clefs contribuant au fonctionnement intrapsychique d'un individu. Le psychisme désigne l'ensemble, conscient ou inconscient, des phénomènes et processus relevant de l'esprit, de l'intelligence et de l'affectivité qui constituent la vie psychique. Par éléments structuraux, Kernberg (1989, 2001) fait référence à la faiblesse du Moi, évaluant alors les angoisses présentes et la tolérance de l'individu face à celles-ci,

sa capacité de contrôle pulsionnel et les voies de sublimation qui lui sont accessibles. Le terme angoisse renvoie à la réaction de l'individu chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire lorsqu'il est soumis à un afflux d'excitations externes ou internes qu'il ne parvient pas à maîtriser (Laplanche & Pontalis, 2004). Le contrôle quant à lui est défini comme la capacité à élaborer des décisions et à mettre en œuvre des comportements délibérés et organisés face aux exigences d'une situation (Exner, 2003a). L'évaluation du fonctionnement intrapsychique implique aussi l'appréciation des capacités de symbolisation, des processus de la pensée et du niveau d'ajustement à la réalité dont fait preuve l'individu. Les capacités de symbolisation réfèrent à l'imaginaire qui, selon Bergeret (cité dans De Tychev, 1994), est une activité psychique vitale permettant d'engendrer des fantasmes, des rêves et de développer des représentations de soi dans le monde et dans son rapport aux autres.

De plus, le fonctionnement intrapsychique implique la qualité des relations d'objets incluant les tâches de différenciation entre le moi et l'objet ainsi que l'intégration de la représentation de soi et de l'objet liée à la fois aux pulsions libidinales et agressives. À ce propos, l'identité est intimement associée au processus de séparation-individuation permettant à l'enfant de se percevoir comme un être entier, sexué, intègre, différent des autres et capable d'altérité dans ses relations (Richelle, Debroux, De Noose, & Malempré, 2009). L'identité correspond également à la façon dont un individu se perçoit et expérimente son rapport aux autres. De façon plus globale, le terme relation d'objet désigne le mode de relation d'un individu avec son environnement en fonction de

l'organisation de sa personnalité, des types de défenses privilégiées et de son univers fantasmatique (Laplanche & Pontalis, 2004).

Les relations d'objets s'accompagnent également d'affects particuliers. Les affects sont l'expression qualitative de la quantité d'énergie pulsionnelle et de ses variations. Il importe donc de les qualifier et de mettre en évidence les mécanismes de défense usuels de l'individu ainsi que ses capacités de régulation des émotions. Les mécanismes de défense correspondent aux opérations manœuvrées par le Moi dont la finalité est de réduire ou supprimer toutes excitations susceptibles de mettre en danger l'intégrité et la constance d'un individu (Laplanche & Pontalis, 2004). Toujours concernant la régulation émotionnelle, certains auteurs se sont intéressés plus spécifiquement au concept d'alexithymie, c'est-à-dire à l'absence de mots pour qualifier les sentiments (Sifneos, 1973). Ce concept se définit par quatre dimensions, soit la difficulté à identifier et distinguer ses états émotionnels et ceux d'autrui, la difficulté à les verbaliser incluant la tendance à les confondre avec les sensations corporelles, l'existence d'une vie fantasmatique réduite ainsi qu'une pensée opératoire (Loas, 2010).

Enfin, l'évaluation du fonctionnement intrapsychique renvoie à l'analyse de la dynamique de personnalité. Le terme dynamique qualifie un point de vue qui envisage les phénomènes psychiques comme résultant de conflits entre des forces pulsionnelles qui s'opposent. Le conflit est dit manifeste lorsqu'un désir s'oppose à une exigence morale ou latent lorsqu'il s'exprime de façon détournée sous la forme de symptômes et de désordres

des conduites. Dans les écrits de Freud, le terme dynamique renvoie à l'inconscient. Cliniquement, ce caractère dynamique se reflète dans les résistances pour accéder à l'inconscient et par la production de rejets du refoulé (Laplanche & Pontalis, 2004). Les méthodes projectives, de par leur caractère ambigu, permettent l'émergence de réponses singulières reflétant bien le fonctionnement intrapsychique ainsi que la dynamique conflictuelle inconsciente des individus.

Évaluation du fonctionnement intrapsychique à partir des méthodes projectives

Les méthodes projectives sont des tests psychologiques dont l'objectif principal est de comprendre de façon plus approfondie le fonctionnement intrapsychique d'un individu (Roman, 2016). Elles permettent d'amener à la conscience des enjeux identitaires et relationnels appartenant à des stades développementaux primaires, voire même archaïques, et ce, en prenant appui sur l'inconscient dynamique de chaque individu (Chabert, 2004). Bien que nombreuses, les méthodes projectives possèdent selon Anzieu et Chabert (2005) des points communs « dans la qualité particulière du matériel proposé, à la fois concret et ambigu, dans la sollicitation d'associations verbales à partir de ce matériel et enfin dans la création d'un champ relationnel original entre le sujet et l'examineur en présence d'un objet médiateur représenté par le test » (p. 25). Les méthodes projectives, de par l'alliage entre consigne concrète et stimulus abstrait, se caractérisent par la présence d'interactions entre la perception et le fantasme. Elles mobilisent sur un mode paradoxal une tension entre deux registres du fonctionnement psychique, soit la réalité interne et la réalité externe (Rausch de Traubenberg, 1983). Les

réponses obtenues aux épreuves projectives rendent compte des modalités de traitement des stimuli par l'appareil psychique en fonction des organisateurs qui en sous-tendent le fonctionnement. Plus spécifiquement, ces réponses révèlent les préoccupations essentielles des individus, leurs modes de construction des objets internes et des liens intersubjectifs ainsi que les affects et représentations éveillés par les stimuli (Roman, 2016). Selon Sami-Ali (1986), la projection engagée dans les méthodes projectives témoignerait à la fois des potentialités créatrices des individus, de leurs capacités de symbolisation ainsi que de leurs fragilités au niveau des frontières du Moi. Il existe plusieurs méthodes projectives utilisées auprès de diverses clientèles, comme les épreuves graphiques, le *Thematic Apperception Test* (TAT), le *Children's Apperception Test* (CAT) et le Rorschach.

Le Rorschach est une épreuve projective créée en 1921 par Hermann Rorschach permettant d'évaluer le monde interne et la dynamique intrapsychique d'un individu. Il s'inscrit dans une perspective psychodynamique voulant qu'un individu, lorsque confronté à des stimuli ambigus, dans le cas présent des taches d'encre, émet des réponses qui lui sont singulières. Ces réponses sont des projections de sa dynamique conflictuelle inconsciente et de ses modalités défensives usuelles. Plus spécifiquement, les mots et images décrits par l'individu permettent d'évaluer la façon dont cette personne traite l'information sur un mode cognitif et son niveau d'ajustement à la réalité. Les angoisses vécues, les besoins affectifs présents, les opérations défensives de prédilection ainsi que les capacités de mentalisation, de régulation des affects et d'adaptation peuvent être

documentés. Le Rorschach permet aussi d'évaluer les modes d'aménagement des relations aux objets ainsi que la perception de soi et des autres. Il existe dans la littérature plusieurs systèmes de cotation et d'interprétation sur lesquels s'appuyer pour l'analyse des résultats. Ici, la cotation et l'interprétation quantitative des réponses sont effectuées avec le système intégré d'Exner (2003a), car ce système de compréhension s'appuie sur des données empiriques et normatives. Une analyse qualitative et dynamique des réponses, se basant sur une théorie de la personnalité et du fonctionnement psychique est aussi possible à titre complémentaire afin d'analyser les réactions inconscientes suscitées par le matériel sur un plan fantasmatique et affectif. Bref, évaluer les femmes souffrant à la fois de fibromyalgie et d'un trouble de la personnalité limite à l'aide d'une modalité projective tel que le Rorschach s'avère utile afin d'obtenir une meilleure compréhension de celles-ci à titre d'entité psychologique distincte et mieux saisir les enjeux sous-jacents au phénomène de somatisation.

Pertinence et objectifs de l'essai

L'exploration de la littérature a permis de constater la faible quantité d'écrits scientifiques portant sur la coexistence des diagnostics de fibromyalgie et de trouble de la personnalité limite, et ce, bien que plusieurs auteurs reconnaissent la possibilité qu'un individu puisse souffrir à la fois d'un trouble de la personnalité et d'une condition de douleur (Weisberg & Keefe, 1997). Les quelques études sur cette thématique s'intéressent principalement à la prévalence des troubles de la personnalité, dont le trouble limite, au sein de la population souffrant de douleur chronique et de fibromyalgie et ont recours à

des outils diagnostiques basés sur le DSM-5. À notre connaissance, l'étude de Sansone et Sansone (2007) est la seule qui adresse cette double problématique en outrepassant les considérations uniquement épidémiologiques. De plus, les résultats obtenus par Fischer-Kern et al. (2011) voulant que la prévalence du trouble limite chez les individus souffrant de douleur chronique augmente de 25 à 58,2 % si l'on définit le trouble selon le modèle psychodynamique de Kernberg soulignent l'importance de développer une compréhension structurale de cette problématique et non seulement catégorielle.

De plus, l'exploration de la littérature indique que les traits de personnalité caractérisant les individus fibromyalgiques ont davantage fait l'objet d'études que la notion de trouble. Toutefois, malgré l'intérêt porté en ce sens, l'état actuel des connaissances ne permet pas de confirmer de façon cohérente un profil de personnalité spécifique pour les individus souffrant de fibromyalgie, amenant plusieurs chercheurs à évoquer la notion d'une population hétérogène (Malin & Littlejohn, 2012). Dans cette perspective, il est possible de penser que les individus fibromyalgiques et limites puissent correspondre à l'un des sous-groupes constituant cette population, relevant toute la pertinence de poursuivre des études en ce sens. De plus, selon Van Geelen, Sinnema, Hermans et Kuis (2007), la compréhension de la personnalité qui se dégage des questionnaires axés sur les traits de personnalité se veut plutôt limitée, puisqu'il s'avère difficile d'établir des liens entre les traits et les comportements réels des individus.

À la lumière de ces informations, il apparaît pertinent de développer une meilleure compréhension de cette double problématique en évaluant le fonctionnement intrapsychique des individus souffrant à la fois de fibromyalgie et d'un trouble de personnalité limite. Pour ce faire, les méthodes projectives remplissent bien ce mandat, et plus particulièrement le Rorschach. À notre connaissance, il existe un nombre très restreint d'études qui utilisent des modalités projectives pour évaluer le fonctionnement intrapsychique des individus souffrant d'une condition de douleur chronique et ce nombre diminue de façon significative lorsque la problématique de fibromyalgie est spécifiquement ciblée. La plupart de ces études utilisent le Rorschach, mais ont recours à des systèmes de cotation et d'interprétation diversifiés lors de l'analyse des résultats.

Le premier des objectifs poursuivis dans le cadre de cet essai doctoral a une visée théorique alors que le second revête une fonction plus clinique. Dans un premier temps, les études portant sur l'évaluation du fonctionnement intrapsychique d'individus souffrant de fibromyalgie à partir du Rorschach seront analysées afin de ressortir les indices pertinents. Les études évaluant les individus présentant une condition de douleur chronique seront aussi considérées vu le peu d'écrits sur le sujet et les similitudes existant entre la douleur chronique et la fibromyalgie. Dans un second temps, les protocoles de deux femmes présentant un diagnostic de fibromyalgie seront analysés et discutés à partir des indices précédemment retenus. La particularité de ces deux cas est qu'ils présentent également un diagnostic de trouble de la personnalité limite. Compte tenu de l'aspect exploratoire de cet essai, plusieurs dimensions du fonctionnement intrapsychique seront

documentées, soit l'identité, la symbolisation, la gestion des affects, les capacités de contrôle et de tolérance au stress, l'alexithymie ainsi que les relations d'objet.

Globalement, l'idée véhiculée dans cet essai n'est pas de répondre à la question de causalité à savoir si le trouble de personnalité limite influence ou non le développement de la fibromyalgie, ce qui selon Shuster, McCormack, Riddell et Toplak (2009) s'avère une fausse question n'aidant en rien les individus qui en sont atteints. Cet essai vise plutôt à développer une meilleure compréhension des caractéristiques intrapsychiques des femmes qui présentent cette double problématique. L'analyse des études permettra de ressortir les indices pertinents pour évaluer plus rigoureusement et spécifiquement ces cas cliniques. Ultimement, une meilleure compréhension pourrait aussi permettre le développement de thérapies plus adaptées, et ce, à la fois dans les cliniques de douleur que dans les programmes de thérapie spécialisée pour les troubles de la personnalité.

Méthode

Le chapitre qui suit a pour but de présenter la méthode employée afin de répondre à la fois aux objectifs théorique et clinique véhiculés dans la présente étude. Il traite d'abord de la méthodologie utilisée lors de la recherche bibliographique portant sur la fibromyalgie et le Rorschach. Ensuite, il est question des critères de sélection des participantes ainsi que du processus de recrutement effectué. Une description des principales caractéristiques psychosociales des participantes impliquées dans l'étude y est également incluse. De plus, une section présente les instruments de mesure employés ainsi que les principales dimensions psychologiques qui s'y rattachent. Enfin, ce chapitre décrit les étapes qui composent le déroulement de l'étude et contient les informations relatives au devis de recherche et aux aspects déontologiques associés.

Recherche bibliographique

Dans le but de répondre au premier objectif théorique de cet essai, les principales bases de données consultées pour obtenir de la documentation traitant à la fois de la problématique de fibromyalgie et du Rorschach étaient PsycINFO (EBSCO), Medline via EBSCO ainsi que Google Scholar. Les paramètres de recherche étaient entre autres les langues française et anglaise, la révision par les pairs ainsi que la présence ou non d'un format de texte *PDF*. Initialement, les mots-clefs utilisés étaient « *fibromyalgia* » et « *Rorschach* ». Toutefois, en raison du nombre restreint de documents obtenus (trois thèses doctorales inédites), il a été convenu d'élargir les recherches non seulement à la

fibromyalgie, mais aussi à la douleur chronique en général en utilisant les mots-clefs suivants : « *chronic pain* » et « *Rorschach* ». Trente documents ont alors été obtenus et évalués. Les listes de références des articles plus pertinents ont également été consultées afin de faire une recension exhaustive des écrits scientifiques sur le sujet. De cet exercice, seulement 12 articles scientifiques et une thèse doctorale inédite ont été retenus en fonction de la pertinence de la thématique traitée, de la rigueur méthodologique et de l'accessibilité au contenu. Ces écrits se sont donc ajoutés aux trois premières thèses spécifiquement axées sur la population fibromyalgique, pour un total de 16 références. Initialement, la recension visait des années de publication s'échelonnant entre l'an 2000 et 2016. Cependant, la spécificité du sujet a mené à un plus vaste étendu, soit de 1961 à 2011. La moitié des articles date toutefois des années 1980-1990. Enfin, des 16 documents retenus, 10 correspondent à des études empiriques réalisées à l'aide du Rorschach, deux sont des articles de nature théorique alors que quatre correspondent à des études de cas unique ou multiples. Le Tableau 3 qui suit présente les études répertoriées en fonction de leur année de parution.

Tableau 3

Études portant sur la douleur chronique, la fibromyalgie et le Rorschach

1960-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-...
Speisman et Singer (1961)	Boulanger et Timsit (1972)	Leavitt et Garron (1982)	Merceron, Rossel et Matthey (1990)	Scapicchio et al. (2000)
		Bash (1986)	Semer et Yazigi (1990)	Vidal-Zas (2000) *
		Acklin et Bernat (1987)	Daley (1992) *	Pizza, Spitaleri, & Colucci d'Amato (2001)
		Acklin et Alexander (1988)	Perret-Catipovic et Cedraschi (1992)	Lieb (2008) *
				Yamamoto et al. (2010)
				Dallaire (2011) *

* Thèse doctorale inédite

Participants

Cette section de la méthode met en lumière les critères utilisés afin de sélectionner les participantes de l'étude ainsi que le processus de recrutement effectué dans le cadre du projet. Une description des principales caractéristiques psychosociales des participantes impliquées dans l'étude y est également incluse.

Critères de sélection

Afin de répondre à l'objectif clinique de cet essai, un recrutement de participants a été effectué. Les critères d'inclusion ayant été retenus pour cette étude s'appuient sur la

prévalence du syndrome de fibromyalgie et du trouble de personnalité limite, ainsi que sur leurs critères diagnostiques respectifs. Les participantes étaient donc de sexe féminin, âgées entre 25 et 55 ans. De plus, les participantes avaient toutes reçu un diagnostic de fibromyalgie émis par un professionnel de la santé. Le diagnostic devait dater d'au moins deux ans afin d'assurer une condition de douleur chronique, habituellement émise après six mois, et limiter les risques d'erreurs en ce qui a trait aux possibles diagnostics différentiels. Les participantes présentaient également un diagnostic de trouble de personnalité limite tel que défini dans le DSM-5 et émis par un psychiatre, un médecin ou un psychologue. Afin de ne pas alourdir les procédures avec des tests supplémentaires, il a été supposé que les diagnostics émis respectaient les critères adoptés pour la fibromyalgie par le Collège des Médecins du Québec en 1996 et ceux retenus pour le TPL dans le DSM-5. Il est à noter que les participantes connaissaient l'ensemble de leurs diagnostics. En ce qui a trait aux critères d'exclusion, les participantes ne devaient pas présenter une déficience intellectuelle ou un trouble neurologique empêchant la compréhension du contenu des instruments de mesure. Elles ne devaient pas non plus présenter un trouble de la personnalité antisociale dominant qui aurait pu altérer la qualité de la collaboration dans le cadre du projet de recherche. L'évaluation de ces critères était réalisée par les thérapeutes et se voulait principalement basée sur leur jugement clinique.

Enfin, il importe de mentionner que le recrutement des participantes pour cette étude devait initialement s'effectuer au Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Toutefois, en raison des difficultés de

recrutement anticipées par le comité en charge d'analyser la faisabilité de l'étude, l'accès à la clientèle du réseau public n'a pas été octroyé. Pour cette raison, une orientation vers les psychologues œuvrant en Mauricie dans le secteur privé auprès d'une clientèle adulte a été privilégiée. Cette alternative, bien qu'opportune, est venue complexifier le déroulement du recrutement et a mené à une baisse du nombre de participantes, passant de cinq à deux. Initialement, un échantillon de cinq participantes était souhaité afin de faire diverses comparaisons entre les profils obtenus. Toutefois, le choix de réduire l'échantillon n'affecte en rien la pertinence de l'étude. Cet obstacle de recrutement témoigne d'ailleurs d'une certaine méconnaissance quant à la problématique ciblée et vient renforcer la pertinence de développer une meilleure compréhension de cette double problématique.

Profil psychosocial

Les participantes sont des femmes âgées de 31 et 40 ans qui ont reçu un diagnostic de fibromyalgie il y a trois ans. Au moment de l'évaluation, la participante un (P1) est célibataire depuis deux ans et sans enfant alors que la participante deux (P2) est en couple depuis deux ans et aussi sans enfant. Toutes deux ont également reçu un diagnostic de trouble de la personnalité limite, émis par un psychiatre lors d'une hospitalisation ou d'une consultation à l'urgence, la première à l'âge de 25 ans et la seconde à 29-30 ans. Toutes deux présentent des antécédents d'idéations suicidaires et d'automutilation, alors qu'une problématique de boulimie est aussi rapportée chez P1 et que les conduites d'automutilation surviennent encore occasionnellement chez P2. Lors de l'étude, les deux

participantes sont en suivi psychologique pour les motifs suivants: instabilité de l'humeur (crises de colère, idées suicidaires) et présence de conflits familiaux (P1) ainsi qu'une instabilité de l'humeur (affects dépressifs) et des difficultés relationnelles (couple et amitiés) (P2). Aucun autre diagnostic de santé mentale n'est mentionné pour P1 ni P2. Les deux participantes rapportent des expériences de violence psychologique, pouvant prendre la forme de violence verbale à l'enfance (P1), d'intimidation à l'adolescence et de violence psychologique conjugale (P2). En ce qui a trait à la douleur, les deux participantes indiquent une hausse de la symptomatologie lors de période de stress, plus précisément lors d'expériences de pertes relationnelles pour P1. Toutes deux rapportent la présence de répercussions fonctionnelles liées à la douleur, mais une certaine stabilité au niveau de l'emploi. P1 aborde peu la thématique de la douleur en entrevue alors que P2 adresse cet enjeu plus fréquemment en période de stress.

Choix et description des instruments de mesure

Cette section de la méthode a pour objectifs la présentation du questionnaire préliminaire utilisé pour collecter les données psychosociales ainsi que la description de l'outil projectif utilisé pour évaluer le fonctionnement psychologique des participantes, soit le Rorschach.

Questionnaire préliminaire

Il s'agit d'un questionnaire développé pour cette étude afin de recueillir des informations psychosociales sur les participantes et confirmer leur éligibilité à la

recherche. Certaines questions sont inspirées du *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders* (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996), souvent utilisé en clinique. Plusieurs items sont d'ordre sociodémographique alors que d'autres abordent les antécédents de santé physique et mentale ainsi que la problématique actuelle. Le contexte d'apparition et l'évolution de la fibromyalgie ainsi que la présence de répercussions fonctionnelles associées à la problématique de douleur chronique sont aussi des éléments documentés à l'aide du questionnaire. D'ailleurs, plusieurs de ces questions sont inspirées de l'Inventaire d'incapacité reliée à la douleur de Cleeland et Ryan (1994), soit un instrument permettant d'évaluer l'intensité de la douleur et le degré d'interférence de celle-ci avec la qualité de vie. Le questionnaire permet également de documenter le fonctionnement psychologique sur une base longitudinale (p.ex., antécédents de consultation en santé mentale, capacités de gestion des affects, manifestations symptomatologiques lors de périodes de décompensation, etc.). Certaines questions abordent la thématique des abus verbaux, physiques et sexuels compte tenu de la comorbidité notée entre la fibromyalgie et l'état de stress post-traumatique. Une version du questionnaire est présentée à l'Appendice A.

Rorschach

Tel que présentée précédemment, la modalité projective retenue dans le cadre de cet essai pour évaluer le fonctionnement intrapsychique est le Rorschach. Cet outil permet de documenter à la fois les représentations de soi et des autres, la régulation des affects, les capacités de contrôle, de tolérance au stress, de symbolisation et de mentalisation ainsi

que les habiletés relationnelles. De façon plus tangible, ce test psychologique comprend dix planches sur lesquelles sont imprimées des taches d'encre de façon bilatérale, de couleurs chromatiques et achromatiques. La passation de ce test s'effectue en deux temps au sein d'une même rencontre. La première partie en est une d'association libre et la consigne utilisée, c'est-à-dire « *Qu'est-ce que cela pourrait être?* » fait appel aux mécanismes perceptifs et projectifs. La seconde partie renvoie à l'enquête où l'examineur investigue la localisation des réponses et leurs caractéristiques en reprenant chacune d'elles dans l'ordre où elles ont été formulées par le sujet.

On nomme protocole l'ensemble des réponses du sujet analysées par le clinicien. Dans le cadre de cet essai, la cotation des réponses a été effectuée à partir d'un système validé, soit le système intégré d'Exner (2003a). Selon ce système, la nature, la fréquence et l'agencement des indices issus du Rorschach autorisent un classement selon les divers groupes de variables reliées à des caractéristiques spécifiques de la personnalité. C'est aussi sur ce système qu'a été basée l'interprétation quantitative des réponses auxquelles correspondent des statistiques normatives pour la population nord-américaine (Exner, 2003a).

En ce qui concerne les propriétés psychométriques du système intégré d'Exner (2003a), une méta-analyse incluant 53 recherches empiriques démontre que le système intégré d'Exner (2003a) offre un bon indice de validité avec une corrélation moyenne de 0,27 (Meyer, Viglione, & Giromini, 2014). De plus, les résultats de plusieurs

méta-analyses indiquent que la valeur psychométrique du Rorschach est comparable à celle du MMPI-II, principalement en ce qui a trait à la validité de convergence, la fiabilité et la stabilité moyenne (Parker, Hanson, & Hunsley, 1988).

Déroulement en lien avec les participantes

Ce projet de recherche se veut exploratoire et correspond à une étude de cas multiples, soit un type de devis fort pertinent puisque très peu d'études n'ont été réalisées sur le sujet jusqu'à ce jour. Il est à noter que le protocole de recherche a reçu l'assentiment du comité d'éthique du décanat des études supérieures de l'Université du Québec à Trois-Rivières (N° CER-16-222-07.02). Les certificats éthiques sont disponibles à l'Appendice B. D'emblée, les candidates sélectionnées étaient informées que leur participation était volontaire et que par conséquent, elles pouvaient refuser de nous donner accès à certaines informations et se retirer de l'étude en tout temps sans avoir à se justifier ou craindre quelconques préjudices. Elles étaient aussi avisées préalablement à leur participation des mesures prises afin d'assurer la confidentialité des données et des modalités prévues concernant la diffusion des résultats. La nature du projet de recherche, les conditions de participation ainsi que les risques et les bienfaits éventuels de leur implication leurs étaient expliqués verbalement par leur psychologue à partir de la lettre d'information transmise aux thérapeutes. La signature du formulaire écrit de consentement à la recherche se faisait suite à cette présentation.

La sélection des participantes s'est effectuée parmi les clientes souffrant à la fois d'une problématique de fibromyalgie et d'un trouble de la personnalité limite qui, au moment de l'étude, recevaient des services psychologiques dans le secteur privé. Dans un premier temps, un contact par courriel a été effectué auprès de certains psychologues œuvrant en bureau privé dans la région de la Mauricie afin de leur expliquer le projet de recherche. Leur contribution était sollicitée afin qu'ils puissent identifier au sein de leur clientèle des femmes qui correspondaient aux critères de sélection de l'étude. Une lettre d'information décrivant en détails la recherche était jointe au courriel afin qu'ils aient en leur possession une description du projet. Les candidates potentielles se voyaient présenter verbalement la recherche et ses implications par leur psychologue lors d'un rendez-vous. Par la suite, chaque femme qui désirait participer sur une base volontaire à l'étude devait signer le formulaire écrit de consentement à la recherche.

La période de recrutement pour ce projet de recherche s'est échelonnée sur une durée de quatre mois, ayant débutée en juillet et s'étant terminée en octobre 2016. Au cours du recrutement, trois psychologues se sont manifestés. Chacun d'eux avait ciblé une candidate potentielle au sein de sa clientèle et s'engageait à lui présenter le projet. Ces candidates respectaient l'ensemble des critères de sélection pour l'étude. Toutefois, seulement deux ont accepté d'intégrer la recherche. Une fois la phase de recrutement complétée et les formulaires de consentement à la recherche signés, la collecte de données auprès des participantes a été initiée. Pour ce faire, le questionnaire préliminaire était acheminé par courriel aux psychologues qui s'engageaient à nous le remettre dûment

complété. Initialement, la passation du Rorschach constituait une étape dans le déroulement de la présente étude. Toutefois, puisque les participantes recrutées avaient toutes deux réalisé ce test au début de leur psychothérapie, il a été convenu d'utiliser à des fins d'analyse les données brutes préalablement recueillies (verbatim et localisation). Afin d'augmenter la fidélité des résultats, la cotation et l'interprétation des données ont été faites en inter-juges par mesdames Julie Lefebvre, directrice de l'essai et Joannie St-Laurent, responsable du projet.

Résultats

Le présent chapitre met de l'avant les résultats obtenus dans le cadre de cette étude. Dans un premier temps, une section théorique aborde les indices pertinents ciblés dans les articles répertoriés portant sur l'évaluation d'individus ayant des douleurs chroniques ou un diagnostic spécifique de fibromyalgie à l'aide du Rorschach. Tel que mentionné précédemment, le nombre restreint d'études sur le sujet a mené à l'inclusion d'études portant sur la douleur chronique de façon plus générale. Dans un second temps, les résultats obtenus au Rorschach pour les deux participantes de l'étude sont présentés afin de répondre à l'objectif clinique du présent essai. Les indices relevés au Rorschach sont d'abord dévoilés sous forme de tableaux et regroupés en fonction des variables documentées (voir Tableaux 4, 5 et 6, pp. 77-80). Les résultats sont ensuite présentés de façon plus détaillée pour chacune des participantes.

Évaluation du fonctionnement intrapsychique d'individus souffrant de douleur chronique ou de fibromyalgie à l'aide du Rorschach

L'analyse des études évaluant le fonctionnement intrapsychique d'individus souffrant de douleur chronique ou de fibromyalgie à l'aide du Rorschach font ressortir la présence d'indices spécifiques en ce qui a trait à l'identité, aux capacités de symbolisation, à la gestion des affects, aux capacités de contrôle et de tolérance au stress ainsi qu'à la présence d'alexithymie et aux enjeux relationnels. Les indices retenus dans les différentes études sont regroupés sous forme de tableau afin d'en faciliter la compréhension (voir Tableau 7

à l'Appendice C). Afin de mieux comprendre la démarche réalisée, une synthèse des principaux résultats obtenus suit ce tableau. Il est à noter que les indices retenus, bien qu'ils puissent faire partie de plusieurs dimensions (p.ex., identité et symbolisation), ont été classés dans une catégorie spécifique afin d'éviter les répétitions inutiles. De plus, seuls les indices en lien logique avec le système intégré d'Exner (2003a) ont été retenus pour préserver une certaine cohérence dans les résultats.

Identité

Dans leur étude, Semer et Yazigi (1990) affirment que les individus souffrant de douleur chronique présentent des indices d'immatunité et une identité peu définie incluant des fonctions du Moi sous-développées (contenus humains partiels (Hd), indifférenciés et de mauvaise qualité formelle). Ils évoquent aussi la présence de difficultés de mentalisation associées au narcissisme primaire (contenus anatomiques fréquemment associés à un déterminant F ou F-). Le narcissisme primaire désigne un état précoce caractérisé par une indifférenciation du Moi et du Ça où l'enfant investi toute sa libido sur lui-même et non sur des objets extérieurs (Laplanche & Pontalis, 2004). Selon Semer et Yazigi, chez les individus présentant une condition de douleur chronique, l'investissement libidinal pourrait cibler un organe spécifique au lieu de l'objet. Tout comme dans l'étude précédente, des failles psychiques précoces et des conflits relatifs au narcissisme primaire sont évoqués dans l'étude de Dallaire (2011) réalisée auprès de trois femmes souffrant de fibromyalgie. Celles-ci présentent des blessures identitaires dont certains conflits quant à l'identité sexuelle intériorisée et dans le rapport au féminin (indifférenciation des

réponses H, projections d'atteintes corporelles, indice MOR en lien avec les percepts projetés). Des distorsions dans le processus d'individuation ainsi qu'un rapport fusionnel à la figure maternelle donnant lieu à des représentations de soi biaisées basées sur l'imaginaire et à la mise en place d'un faux Soi sont aussi décrites par l'auteure (réponses A, double appartenance au règne animal et humain, contenus H, (H), Hd et (Hd) accompagnés de cotations spéciales, peu de pure H). Cette auteure évoque aussi une fragilisation des limites entre soi et l'autre lors de régressions (réponses A, identification à l'autre comme un double de soi, réponses identiques-pareils). Une problématique qui serait aussi retrouvée auprès de la population souffrant de douleur chronique selon les résultats décrits par Semer et Yazigi.

Toujours sur le plan identitaire, Dallaire (2011) affirme que l'image de soi des femmes fibromyalgiques est fortement marquée par des attributions négatives et s'accompagne de sentiments de vulnérabilité suggérant des blessures identitaires et une faible estime de soi (HVI positif, MOR > norme et juxtaposé à une absence de Fr-rF, absence de FD). Ces résultats abondent dans le même sens que ceux obtenus par Yamamoto et al. en 2010. En effet, ces chercheurs affirment que les individus souffrant de douleur chronique alimenteraient une perception négative de soi qui ne serait pas toujours basée sur la réalité, un faible sentiment de confiance en leurs habiletés, une vision pessimiste de la vie et une tendance à l'introspection négative (MOR > norme, Pure H = 0 et V > norme). Selon Daley (1992), la vulnérabilité sur le plan identitaire chez les individus souffrant de douleur

chronique s'exprimerait aussi via des préoccupations marquées par rapport au corps et des ruminations liées à l'image de soi plus importantes que la normale ($An + Xy > \text{norme}$).

Symbolisation

Selon une recension des écrits réalisée par Spiegel en 1968 (cité dans Bash, 1986), les individus présentant des problématiques psychosomatiques obtiennent des protocoles de Rorschach courts, caractérisés par un nombre restreint de mouvements humains (M) et une présence marquée de contenus animaux (A) signifiant respectivement la présence de difficultés à s'adapter aux changements et à élaborer des conflits sur le versant psychique ainsi qu'une altération des ressources imaginaires et une approche de la réalité davantage stéréotypée et prévisible. Ce profil, dit psychosomatique, ne serait toutefois pas exclusif à la population souffrant de douleur chronique, mais aussi retrouvé au sein de la population normale (Bash, 1986). Toutefois, Daley (1992) évoque elle aussi dans son étude réalisée auprès d'individus souffrant de douleur chronique un manque de capacités affectives et cognitives pour s'adapter à l'environnement et élaborer psychiquement les conflits (M faible). Boulanger et Timsit (1972) ce sont quant à eux intéressés aux capacités de symbolisation mais auprès d'une population souffrant de céphalées chroniques. Leurs résultats indiquent une propension à l'expression limitée des motivations et des fantaisies chez ces individus (peu de kinesthésies, réponses populaires élevées, F% élevé).

Gestion des affects

Plusieurs études indiquent une modulation émotionnelle problématique chez les individus souffrant de douleur chronique et de fibromyalgie. Selon Yamamoto et al. (2010), les individus souffrant de douleur chronique se caractérisent par une instabilité au niveau de la modulation des affects. En effet, ces auteurs dénotent à la fois une tendance au contrôle, à la restriction émotionnelle et à l'internalisation des affects ($\text{SumC}' > \text{norme}$), mais aussi une expression des émotions excessive et mal adaptée (FC faible, CF élevé, $\text{CF} + \text{C} > \text{FC} + 2$). Ces difficultés de modulation affective sont aussi retrouvées dans l'étude de Daley (1992). Cette dernière souligne également le caractère potentiellement handicapant de ces difficultés compte tenu de l'attrait élevé pour les stimulations émotionnelles noté chez cette population (Afr élevé). Pour Boulanger et Timsit (1972), la restriction émotionnelle se reflète aussi via des réponses animales nombreuses accompagnées d'un F+% élevé et des kinesthésies réprimées ou statiques. Leavitt et Garron (1982) abondent dans le même sens et remarquent chez les individus souffrant de douleur chronique des indices associés à l'inhibition des plaisirs, des pulsions et des besoins (Sum C faible et F% élevé). Quant au profil psychosomatique décrit par Spiegel (1968), il met surtout l'emphasis sur le manque de contrôle et l'impulsivité caractérisant la modulation émotionnelle de ces individus ($\text{CF} + \text{C}$ élevé). Selon Dallaire (2011), la modulation des affects chez la population fibromyalgique est caractérisée par le recours massif à l'intellectualisation ($2\text{AB} + \text{Art} + \text{Ay} > \text{norme}$), soit un processus défensif permettant de neutraliser l'impact du vécu affectif en le traitant sur un mode idéationnel (Exner, 2003a). Cette tendance à intellectualiser les affects est aussi notée chez plusieurs

participants de l'étude de Lieb (2008). Cette dernière auteure évoque également des difficultés de symbolisation, une tendance à la restriction émotionnelle et à l'expression mal adaptée des affects (R faible, WSUMC faible, FC faible), ce qui concorde avec les difficultés de modulation émotionnelle mises en évidence chez les individus souffrant de douleur chronique. Selon Dallaire, ces difficultés sont d'autant plus marquées lors de l'élaboration de la pulsion agressive, qui se veut évitée ou retournée en son contraire.

De plus, selon Yamamoto et al. (2010), les individus souffrant de douleur chronique présentent des indices d'irritation, de confusion, de détresse et de complexité émotionnelle importants (SumShading > norme, fréquence élevée des Fm + m < Sumshading avec Y, Blends et Color-Shading blends > norme, DEPI-R et S-CON positifs) ainsi qu'une clarté de la pensée altérée en raison d'affects négatifs et de distorsions (X-%, FQ-, S-). Des perturbations au niveau de la pensée rendant difficile l'adaptation à l'environnement (c'est-à-dire répondre adéquatement aux demandes internes et externes) et limitant la capacité à différer les réponses spontanées sont aussi notées dans l'étude de Daley (1992) (M- et M none > norme). Dallaire (2011) note également la présence d'affects intenses ou de préoccupations pouvant affecter la clarté de la pensée (présence de M-, XA et WDA% < norme) alors que Lieb (2008) fait mention d'un mode de pensées teinté de distorsions cognitives et perceptuelles (FQx- élevé, FQxo faible) chez les individus fibromyalgiques. Quant à la présence d'affects anxiodépressifs, certaines contradictions existent dans la littérature. Selon Dallaire, les participantes fibromyalgiques ne présentent pas d'affects dépressifs susceptibles d'entraîner un dysfonctionnement comportemental

(DEPI-R négatif) alors que dans l'étude de Lieb, 30 % des individus fibromyalgiques cotent positif à l'index de dépression du Rorschach. De plus, cette auteure évoque la présence de stress situationnel, des sentiments d'inutilité, d'appréhension et d'anxiété plus marqués chez cette population, soit des indices qui concordent davantage avec la détresse et la confusion décrites par Yamamoto et al. et les indicateurs de stress situationnel (m et Y élevés) notés dans l'étude de Daley auprès d'une population souffrant de douleur chronique.

Capacités de contrôle et tolérance au stress

À ce propos, l'étude de Lieb (2008) indique que les individus souffrant de fibromyalgie ne présentent pas une plus grande vulnérabilité au stress que la normale, ni de difficultés particulières au niveau de la capacité de contrôle (score D ajusté dans la norme). Toutefois, un manque d'efficacité et de l'incohérence lors de la résolution de problèmes en raison de la sollicitation des émotions pourraient contribuer à l'exacerbation des symptômes physiques (style ambitendant). Dans son étude axée sur la douleur chronique, Daley (1992), obtient aussi un pourcentage plus élevé que la norme attendue d'individus avec un style de coping ambitendant. Ces résultats sont en partie similaires à ceux émis par Yamamoto et al. (2010) dans leur étude réalisée auprès d'une population souffrant de douleur chronique (EA, score D et score D ajusté dans la norme). Cependant, contrairement à Lieb et Daley, le style ambitendant n'était pas plus représenté chez les individus atteints de douleur chronique qu'il ne l'était au sein de l'échantillon normal.

Alexithymie

Dans leur étude, Pizza et al. (2001) affirment que les individus souffrant de maux de tête chroniques présentent les indices spécifiques habituellement associés au profil alexithymique tirés des travaux de Wise, Mann, Jani et Jani (1994) (R et M faibles, WSUMC et FC faibles, peu de blends, Lambda et F% élevés, EA faible). Des résultats similaires sont obtenus chez les individus souffrant de maux de dos (Acklin & Alexander, 1988; Acklin & Bernat, 1987). Ces résultats ne font toutefois pas l'unanimité dans la littérature scientifique axée sur la douleur chronique. Par exemple, Yamamoto et al. (2010) mentionnent que leurs participants ne correspondent pas clairement au profil alexithymique généralement décrit et Lieb (2008) affirme que les individus souffrant de fibromyalgie remplissent partiellement les critères précédemment détaillés. En effet, seuls les indices liés à l'appauvrissement de la symbolisation, à la restriction émotionnelle et à l'expression inadaptée des affects ressortent comme étant significatifs (R faible, WSumC et FC faibles).

Relation d'objet

Selon Yamamoto et al. (2010), les individus souffrant de douleur chronique peuvent adopter des comportements sociaux moins bien adaptés et peu efficaces (Pure H = 0). Dallaire (2011) abonde dans le même sens et affirme que les femmes fibromyalgiques présentent des protocoles où les représentations humaines pures sont inférieures à la norme attendue (Pure H < norme) et les représentations humaines de faible qualité sont supérieures aux bonnes (PHR > GHR), ce que Lieb (2008) présente comme étant une

forme d'immaturité relationnelle caractérisée par des difficultés à établir et à maintenir des relations de plus grande proximité (CDI positif chez 50 % des participants). Toujours concernant la population fibromyalgique, Dallaire affirme que les contacts relationnels et émotionnels sont généralement marqués par la prudence ou une certaine superficialité ($T = 0$). Cette auteure évoque l'adoption d'une position défensive face aux possibles mouvements plus régressifs qui pourraient réanimer des expériences douloureuses plus archaïques. Selon elle, le rapport aux autres est teinté d'insécurité et de craintes d'être menacée dans son intégrité personnelle se reflétant dans une méfiance accrue (HVI positif) et un contrôle relationnel plus marqué (PER). Des indices similaires ont été notés chez les individus atteints de douleur chronique, à l'exception de l'index HVI (Yamamoto et al., 2010). Daley (1992) interprète la présence élevée de $T = 0$ dans son échantillon comme étant l'expression d'un besoin de neutraliser la dépendance à l'autre. Yamamoto et al. (2010) notent également une tendance à percevoir de l'agressivité et de la compétition dans les relations ($AG > \text{norme}$). Toujours au plan relationnel, les femmes fibromyalgiques présenteraient des indices de dépendance et d'étayage selon l'étude de Dallaire (2011) (réponses Food $> \text{norme}$, sollicitations à l'examinatrice). Lieb (2008) abonde dans le même sens puisque plusieurs de ses participants fibromyalgiques présentent des besoins affectifs supérieurs à la moyenne ($T \geq 2$) alors que d'autres s'apparentent plus au profil prudent décrit par Dallaire ($T = 0$). Une hausse des besoins affectifs est aussi notée chez une portion des individus souffrant de douleur chronique dans l'étude de Daley ($T > 1$ chez 20 % de l'échantillon) ainsi que l'adoption d'une position passive dans le rapport aux autres ($Mp > Ma$).

Résultats obtenus au Rorschach pour les deux participantes

Afin de répondre à l'objectif clinique de cet essai, la prochaine section met de l'avant les résultats obtenus au sein des protocoles de Rorschach des deux participantes de cette étude qui présentent à la fois un diagnostic de fibromyalgie et de trouble de personnalité limite. Une analyse des résultats descriptifs à l'aide du système intégré d'Exner (2003a) a été réalisée en portant une attention particulière aux principaux indices relevés dans la littérature et cités précédemment. Afin d'assurer une certaine cohérence, seuls les indices interprétables en fonction du système intégré d'Exner (2003a) ont été retenus pour l'analyse dans le cadre de cet essai. Une première sous-section présente les indices relevés au Rorschach sous la forme de tableaux et regroupés en fonction des variables documentées (voir Tableaux 4, 5 et 6). Une seconde sous-section inclut quant à elle une interprétation quantitative des protocoles, basée sur le système intégré d'Exner (2003a), pour les deux participantes de l'étude. De plus, les résumés structuraux des participantes sont disponibles à l'Appendice D pour une analyse détaillée des résultats.

Indices relevés au Rorschach pour les deux participantes

Tableau 4

*Indices relevés au Rorschach à l'ensemble « identité et perception de soi »
pour les deux participantes*

Indices	Participant 1		Participant 2	
	Résultat	Norme	Résultat	Norme
V	1	0	0	0
FD	0	1	0	1
H : (H) + Hd + (Hd)	1:6	3:1 ou Contenu humain minimal de 2 et H > (H) + Hd + (Hd)	0:1	3:1 ou Contenu humain minimal de 2 et H > (H) + Hd + (Hd)
Fr, rF	0	0	0	0
An et Xy	0	0-2	3	0-2
MOR	1	0-2	1	0-2

Note. Norme attendue selon Exner (2003a).

Tableau 5

Indices relevés au Rorschach à l'ensemble « symbolisation, affects, capacités de contrôle et tolérance au stress et alexithymie » pour les deux participantes

Indices	Participante 1		Participante 2	
	Résultat	Norme	Résultat	Norme
R	21	≥ 14	24	≥ 14
M	6	Présence	0	Présence
L et F%	0,50	0,33 - 0,99	0,60	0,33 - 0,99
EA	9	7-11	3	7-11
P	4	5-7	3	5-7
A et Ad	8 et 1	Présence	11 et 7	Présence
Sum C' : WSum C	0:3	SumC' < WSumC	6:3	SumC' < WSumC
FC : CF + C	4:1	2:1 FC = (CF + C) + 1 ou 2 et C Pur = 0	4:1	2:1 FC = (CF + C) + 1 ou 2 et C Pur = 0
Color Shading blends	1	0	2	0
Blends : R	6:21 (29 %)	Introverti : 13-26 %	4:24 (17 %)	Évitant : 10-14 %
Y	1	0-1	3	0-1
DAj et CDI	0 et 2	DAj = 0 et CDI < 4	-3 et 4	DAj = 0 et CDI < 4
DEPI-R	3	Positif si ≥ 5	4	Positif si ≥ 5
S-Con	4	Positif si ≥ 8	7	Positif si ≥ 8
Afr	1,1	0,53 - 0,78	1,0	0,45 - 0,65
2AB + Art + Ay	2	0-3	0	0-3

Tableau 5

Indices relevés au Rorschach à l'ensemble « symbolisation, affects, capacités de contrôle et tolérance au stress et alexithymie » pour les deux participantes (suite)

Indices	Participant 1		Participant 2	
	Résultat	Norme	Résultat	Norme
X-% et FQ-	0,14 et 3	X-% : < 0,15 FQ- : 1-3	0,38 et 9	< 0,15 FQ- : 1-3
XA%	0,86	XA% = 0,78-0,90	0,63	XA% = 0,78-0,90
WDA%	0,93	WDA% \geq XA%	0,70	WDA% \geq XA%
Cotations spéciales	DV ₁ : 1 DR ₁ : 1 INCOM ₁ : 2	DV ₁ \leq 3 DR ₁ peu fréquent INCOM ₁ \leq 2	DV ₁ : 4 DR ₁ : 2 DR ₂ : 1 INCOM ₁ : 0	DV ₁ \leq 3 DR ₁ peu fréquent INCOM ₁ \leq 2
S-	0	0-2	4	0-2
M-	1	0	0	0
M none	0	0	0	0

Note. Norme attendue selon Exner (2003a).

Tableau 6

Indices relevés au Rorschach à l'ensemble « perception des relations et comportements interpersonnels » pour les deux participantes

Indices	Participant 1		Participant 2	
	Résultat	Norme	Résultat	Norme
Pure H	1	2-5 < 2	0	2-5 < 2
Sum T	1	1	1	1
PER	0	0-1	2	0-1
AG	1	0-1	0	0-1
COP : AG	0:1	COP (1-2) > AG (0-1)	1:0	COP (1-2) > AG (0-1)
GHR < PHR	4:2	GHR > PHR	0:3	GHR > PHR
a : p	7:6	Valeur d'un côté n'excède pas 2 de +	3:2	Valeur d'un côté n'excède pas 2 de +
Food	0	0	2	0
CDI	2	Positif si ≥ 4	4	Positif si ≥ 4
HVI	(1) Faux 2	Positif si (1) est vrai et ≥ 4	(1) Faux 4	Positif si (1) est vrai et ≥ 4

Note. Norme attendue selon Exner (2003a).

Interprétation quantitative des protocoles de Rorschach des deux participantes

L'interprétation quantitative des protocoles est basée sur le système intégré d'Exner (2003a). L'information sera présentée selon l'ordre d'analyse suggéré par le système d'interprétation et regroupée par thématique. Lorsque cela s'avérera pertinent, les indices précédemment relevés dans la littérature seront indiqués entre parenthèse afin de faciliter

la compréhension des résultats détaillés ci-après. Il est à noter que le choix de présenter l'interprétation complète des protocoles, plutôt que de présenter seulement celles des indices retenus, a été fait afin de conserver la logique d'interprétation du système d'Exner (2003a).

Interprétation du protocole de Rorschach de la participante 1

Selon le système intégré d'Exner (2003a), l'interprétation des protocoles se fait un ensemble à la fois, mais l'ordre dans lequel ils sont abordés varie en fonction de certaines variables clefs. L'ordre défini renseigne sur les caractéristiques fondamentales organisant la personnalité des sujets. Pour la participante 1, la stratégie reposait sur la variable EB introversif. Cette variable témoigne du style de personnalité de base et l'ordre se décline comme suit : idéation, traitement, médiation, contrôles, affects, perception de soi, relations.

Triade cognitive. Selon les résultats obtenus, Madame aurait tendance à s'appuyer sur la pensée conceptuelle, précise et logique pour prendre des décisions. Elle ferait preuve de prudence et préférerait différer ses réactions, réfléchir à plusieurs possibilités plutôt que de s'engager dans un processus d'essais-erreurs. Elle ferait plus confiance à son évaluation interne qu'aux rétroactions externes (style introversif-idéationnel). Elle pourrait cependant avoir recours aux affects pour faire des choix lorsque la situation le nécessite, suggérant une certaine souplesse. D'ailleurs, Madame ne présenterait pas d'indice de rigidité de la pensée (a : p). Ce mode de fonctionnement se veut efficace si la

pensée demeure claire et cohérente. Toutefois, Madame présenterait une activité idéationnelle marquée par des ratés plus fréquents que la norme, suggérant un manque de clarté de la pensée et la présence de préoccupations, besoins internes ou pulsions venant déranger le contenu de la pensée (Sum 6, WSum 6, M-). Lors de stress, Madame aurait tendance à substituer de manière défensive le fantasme à la réalité. Cela dit, les difficultés de langage, de discrimination conceptuelle et de jugement notées au test demeureraient dans la norme attendue (DV_I, INCOM_I, DR_I). De plus, bien que la médiation soit généralement adaptée aux situations et que le niveau de distorsions perceptuelles soit dans la norme attendue (XA%, WDA%), Madame présenterait une vision plus individualiste pouvant l'amener à prendre des décisions moins conventionnelles ou peu influencées par les demandes et attentes sociales (P).

Capacité de contrôle et tolérance au stress. Madame présenterait des capacités de contrôle et une tolérance au stress similaires à celles de la plupart des gens (DA_j, CDI). Elle possèderait des ressources internes suffisantes pour faire face aux défis d'adaptation et aux exigences perçues venant de l'environnement, lui évitant de se sentir dépassée ou souffrante face à celles-ci (EA). Madame serait en mesure de composer avec son monde pulsionnel, c'est-à-dire qu'elle ne serait pas continuellement dans l'urgence de répondre à ses besoins et serait capable d'en retarder la satisfaction (Fm). Malgré la présence d'un stress situationnel léger (m), elle ne présenterait pas d'anxiété et d'impuissance au-delà de la norme attendue (Y).

Affects. Selon les résultats obtenus, Madame serait en mesure d'utiliser ses émotions pour prendre des décisions au besoin. Toutefois, elle se montrerait plutôt soucieuse de contrôler ses manifestations émotionnelles, présentant une certaine méfiance à s'impliquer dans des expériences affectives ($FC : CF + C$). En effet, Madame semble facilement stimuable sur le plan affectif (Afr). Bien qu'ayant de l'intérêt pour les échanges émotionnels, ceux-ci pourraient générer de la confusion, de l'ambivalence et des risques de désorganisation compte tenu des faiblesses notées au niveau des capacités de modulation. Il semblerait que les expériences affectives soient vécues plus intensément que la moyenne des gens et qu'elles tendent à perdurer dans le temps (Color Shading blends). Cette intensité pourrait induire chez Madame des appréhensions et mener à des problèmes de modulation émotionnelle, c'est-à-dire à une trop grande constriction des affects. Toutefois, l'indice d'internalisation demeurerait dans la norme ($Sum C' : WSum C$) et elle ne présenterait pas d'agressivité inconsciente envers l'environnement (S-). Le trop grand contrôle, combiné à un faible seuil d'excitation et à une hypersensibilité pourraient induire des risques de débordement manifestes et une certaine complexité psychologique (Blends : R). Enfin, Madame n'aurait pas recours à l'intellectualisation plus que la moyenne des gens ($2AB + Art + Ay$), ne présenterait pas d'affects dépressifs pouvant induire un dysfonctionnement comportemental ni de risque suicidaire (DEPI-R et S-Con).

Perception de soi. Madame n'aurait pas tendance à surestimer sa valeur personnelle ni à se centrer sur elle-même de manière excessive (Fr, rF). Par contre, elle ferait preuve

d'une faible autocritique et serait peu portée à l'introspection, menant à une moins bonne conscience de soi, de ses forces et faiblesses (FD). Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'introspection semble mener à une dépréciation d'elle-même où elle mettrait l'emphasis sur ses traits négatifs (V). Madame pourrait alors chercher à se défendre des affects douloureux comme la honte, l'infériorité et la culpabilité en évitant de porter un regard sur soi. De plus, la vision d'elle-même semble basée principalement sur l'imaginaire, entraînant de possibles déformations de l'expérience réelle et suggérant une certaine immaturité affective ($H : (H) + H_d + (H_d)$). Le recours aux fantaisies ressort d'ailleurs comme un mécanisme mobilisé par Madame lors de stress. Cela dit, Madame ne présenterait pas une vision d'elle-même particulièrement pessimiste ou dépressive (MOR). Les préoccupations par rapport à son corps seraient dans la norme attendue ($A_n + X_y$).

Perception des relations et comportements interpersonnels. Madame ne démontrerait pas de signe d'incompétence sociale ni d'immaturité (CDI). Elle serait en mesure de créer et de maintenir des relations intimes et parviendrait à reconnaître et à exprimer ses besoins de proximité de façon adéquate (T). Elle ne présenterait pas d'indice suggérant de la dépendance affective ou de la passivité ni un recours au contrôle dans ses contacts (Food, $a : p$, PER). Elle serait ouverte et intéressée à établir des relations proches et accepterait aisément les contacts physiques. Toutefois, Madame présenterait certaines difficultés relationnelles pouvant être liées au fait que ses impressions des autres ne seraient pas toujours basées sur la réalité (Pure H). Cela pourrait l'amener à se tromper

sur les gens, moins bien les comprendre et mal interpréter leurs comportements. De plus, elle pourrait alimenter des aspirations relationnelles plus grandes que ce qui serait envisageable en fonction de ses aptitudes, induisant par le fait même plus de risques de faux pas et d'expériences de rejet. Ces expériences pourraient l'amener à anticiper les interactions de façon plus négative et à ressentir un malaise dans les situations sociales. Défensivement, Madame pourrait se montrer plus retirée en contexte d'interactions de groupe, et ce, bien qu'elle soit en mesure d'établir des relations plus profondes (COP : AG).

Interprétation du protocole de Rorschach de la participante 2

La stratégie reposait sur la variable $CDI > 3$. Selon Exner (2003a), cette variable témoigne de la structure de personnalité et serait plus directement liée à la présence de psychopathologie ou à un potentiel de désorganisation. L'ordre se décline comme suit : contrôles, relations, perception de soi, affects, traitement, médiation, idéation.

Capacité de contrôle et tolérance au stress. Selon les résultats obtenus, Madame présenterait des ressources personnelles limitées l'amenant à ressentir un malaise face aux exigences de l'environnement et à se sentir facilement débordée lorsqu'elle ferait face à de l'adversité (EA). Elle pourrait alors vivre un état de surcharge émotionnelle, c'est-à-dire ressentir plus de pression qu'elle ne serait en mesure de gérer de façon efficace (D). De façon chronique, elle serait très vulnérable au stress, à la surcharge affective et idéationnelle. Les contextes de stress la rendraient à risque de vivre des pertes de contrôle

et des états de désorganisation psychologique pouvant se manifester par des erreurs de jugement et l'adoption de comportements inappropriés (DAj et CDI). En effet, bien qu'une capacité à retarder la gratification des besoins soit présente en général, il semblerait que les contextes de stress amplifient la vulnérabilité à l'impulsivité idéationnelle et comportementale. De plus, Madame aurait tendance à internaliser les affects plus que souhaité, ce qui pourrait induire des sentiments d'angoisse et de tristesse se manifestant sous la forme de tensions, d'appréhensions diffuses ou de désorganisations somatiques. Elle pourrait également être habitée par un sentiment d'impuissance lorsque connectée aux affects anxieux (C', Y). Il est aussi possible qu'elle privilégie les environnements structurés et un mode de vie routinier afin d'accroître son sentiment de contrôle qui s'avérerait déficitaire. Toutefois, il se pourrait que les capacités de contrôle réelles de la cliente soient supérieures à celles objectivées lors du test. Enfin, bien qu'un stress situationnel soit possible et qu'il ait pu amplifier l'inconfort préexistant chez la participante, il semblerait que l'impact de celui-ci sur la pensée et les affects soit léger à modéré et que l'ambivalence affective perçue n'y soit pas totalement rattachée (M et Sum Y).

Perception des relations et comportements interpersonnels. Madame présenterait une certaine immaturité relationnelle ainsi qu'un manque de compétences au niveau des habiletés sociales la rendant plus susceptible d'éprouver des difficultés lors des interactions avec son environnement (CDI). À prime à bord, elle serait plutôt naïve dans son rapport aux autres, anticiperait des interactions positives et bienveillantes avec les

gens et ne présenterait pas d'indice de méfiance ou de prudence excessive (COP : AG, HVI). Bien que l'expression des besoins affectifs et d'intimité corresponde à la norme attendue (T), Madame manifesterait plus de comportements de dépendance que ce qui est habituel (Food). Bien que capable d'initiative, elle aurait tendance à s'appuyer sur les autres et à s'en remettre à eux pour la diriger. Elle pourrait aussi s'attendre à ce que les gens soient très tolérants envers ses propres besoins et exigences et qu'ils y répondent, la rendant ainsi moins sensible aux besoins des autres. Le contact aux autres peut aussi activer chez Madame un besoin défensif de contrôle, masquant possiblement une certaine insécurité, un manque de confiance en soi et une angoisse d'abandon (PER). Généralement, Madame présenterait des relations superficielles, chaotiques et difficiles à maintenir dans le temps. Le manque d'efficacité au niveau des comportements interpersonnels la rendrait également à risque de vivre des expériences de rejet et d'échec (CDI, GHR : PHR). La perception des autres ne serait pas basée sur la réalité et il serait difficile pour elle de se représenter des gens en relation (Pure H). Ces difficultés pourraient induire chez Madame des sentiments douloureux de frustration, d'impuissance et des affects dépressifs. Afin de s'en protéger, elle pourrait avoir développé un style plus évitant, cherchant à fuir les interactions ou à les maintenir à un niveau plus superficiel.

Perception de soi. Madame ne présenterait pas d'indice d'un investissement de soi exagéré ou d'une inflation de son sentiment de valeur personnelle (Fr, rF). Au contraire, elle aurait tendance à sous-estimer sa valeur et à se dévaloriser lorsqu'elle se comparerait aux autres, la rendant à risque de vivre des affects dépressifs. Toutefois, sa vision

d'elle-même et de sa réalité ne serait pas particulièrement pessimiste ou dépressive (MOR) et elle n'aurait pas tendance à ruminer par rapport aux facettes négatives d'elle-même (V). Cela dit, il semblerait que Madame soit moins portée à la conscience de soi qu'il n'est habituel. En effet, elle ferait preuve d'un manque d'autocritique et aurait une moins bonne conscience de ses forces et de ses défauts (FD). Une attention particulière serait portée au corps suggérant à la fois une problématique de santé physique et certaines préoccupations par rapport à l'image de soi pouvant toutes deux contribuer au sentiment de vulnérabilité (An + Xy). Enfin, la faible quantité de contenus humains inclus dans le protocole ne permet pas de statuer à savoir si l'image de soi est basée sur l'expérience réelle ou sur l'imaginaire (H: (H) + Hd + (Hd)).

Affects. Madame présenterait un style de coping évitant. Elle ressentirait un malaise émotionnel significatif pouvant être lié à un stress situationnel, mais pouvant aussi être attribuable à une incapacité à résoudre une situation stressante générant un sentiment d'impuissance (Y). Madame serait très attirée par les échanges émotionnels et présenterait un niveau affectif facilement stimuable (Afr). Cette caractéristique pourrait s'avérer problématique compte tenu des difficultés notées au niveau des capacités de modulation affective. En effet, Madame présenterait une certaine complexité psychologique et aurait tendance à vivre les expériences émotionnelles de façon intense et perturbatrice. Celles-ci entraîneraient de la confusion au niveau des pensées et prendraient fin difficilement (Blends : R, Color shading blends). Par crainte de vivre des manifestations affectives intenses, Madame aurait tendance à faire preuve d'un trop grand contrôle sur ses émotions

et inhiberait l'expression émotionnelle plus qu'à la normale (FC : CF + C, Sum C': WSum C). En effet, elle adopterait un mode plus restrictif pouvant entraîner une hausse des affects négatifs et des irritations psychiques. Elle serait habitée par de la colère inconsciente et généralisée pouvant induire un sentiment *de bouillir par en dedans* (S-). Lors de stress, ces caractéristiques diminueraient les capacités de contenance et de stabilité de Madame. La présence de colère inconsciente peut aussi influencer les attitudes de Madame envers son environnement, rendre difficile la réalisation de compromis lors d'échanges sociaux et contribuer aux difficultés relationnelles. Cela dit, Madame ne présenterait pas d'affects dépressifs altérant le fonctionnement ni de risque suicidaire et aurait recours à l'intellectualisation comme la normale des gens (DEPI-R, S-Con, 2AB + Art + Ay).

Triade cognitive. Selon les résultats obtenus, Madame présenterait une atteinte importante des capacités médiationnelles induisant un dysfonctionnement grave et généralisé. En effet, la médiation serait altérée par les affects et plus particulièrement par des problèmes affectifs liés au négativisme et à la colère (XA%, WDA%, X-%, FQ-). À ce propos, il semblerait que l'agressivité inconsciente ait un potentiel désorganisant pour la participante (S-). Ces résultats indiquent une forte probabilité qu'apparaissent des comportements plus atypiques liés aux difficultés de médiation. L'épreuve de réalité pourrait en être perturbée. Toutefois, il est aussi possible que ces difficultés médiationnelles soient amplifiées de façon défensive (X-%). En effet, Madame pourrait avoir tendance à distorsionner la réalité, lui induire des déformations afin de ne pas

affronter les affects liés aux situations apparentes. Cette défense suggérant une épreuve de la réalité fragilisée en contexte de stress et une pensée exempte de préoccupations extrêmes (absence de M-). En ce qui concerne l'idéation, Madame présenterait des troubles de la pensée pouvant affecter son jugement et l'amener à prendre des décisions erronées (Sum6, WSum6). Bien que les capacités à discriminer et à générer un raisonnement concret soient dans la normale (INCOM₁), les difficultés vécues au plan affectif pourraient grandement contribuer au problème de contrôle noté sur les impulsions idéationnelles et accentuer les difficultés à exprimer clairement sa pensée (DR₁, DR₂, DV₁). Lors de stress, il est noté que Madame n'aurait pas recours à son imaginaire ou à sa fantasmagie pour s'adapter. Elle ne présenterait pas de rigidité au niveau de la pensée ni de pessimisme extrême (a : p, MOR).

Clickours.com

Discussion

Le présent chapitre vise à expliciter les résultats obtenus, tant sur les plans théorique que clinique. Premièrement, afin de répondre à l'objectif théorique de cet essai, une synthèse des principales conclusions ressorties dans les écrits scientifiques évaluant à l'aide du Rorschach le fonctionnement intrapsychique d'individus souffrant de fibromyalgie et de douleur chronique sera effectuée. Deuxièmement, en lien avec l'objectif clinique, la discussion visera à confronter les résultats obtenus dans les protocoles des deux participantes à ceux véhiculés dans la littérature existante sur le sujet. Au sein de cette analyse, il sera question des similitudes et des divergences observées entre les profils décrits dans la littérature et ceux obtenus chez les participantes quant aux capacités de symbolisation, à la présence d'alexithymie, aux enjeux identitaires, à la gestion des affects, aux capacités de contrôle et la tolérance au stress ainsi qu'en ce qui a trait aux relations d'objet. Certains éléments de réflexion seront alors soulevés dans le but d'expliquer les résultats obtenus. Enfin, les forces tout comme les limites de la présente étude, ainsi que ses possibles implications cliniques feront l'objet d'une attention particulière.

Synthèse de la recension des écrits portant sur le fonctionnement intrapsychique d'individus souffrant de fibromyalgie et de douleur chronique

Essentiellement, le présent essai vise à développer une meilleure compréhension du fonctionnement intrapsychique des femmes souffrant à la fois de fibromyalgie et d'un

trouble de personnalité limite. En l'absence d'études portant spécifiquement sur la population ciblée et utilisant le Rorschach comme outil d'évaluation, le premier objectif convenu avait donc une visée théorique. Il s'agissait de faire une recension des études existantes portant sur l'évaluation du fonctionnement intrapsychique d'individus souffrant de fibromyalgie et de douleur chronique afin de ressortir les indices pertinents au Rorschach. Bien que l'ensemble de ces indices ait déjà été présenté dans le chapitre des résultats, certains éléments clefs méritent d'être soulignés à nouveau puisqu'ils guideront les réflexions de la discussion à venir.

D'abord, les quelques études retenues font ressortir la présence d'indices spécifiques chez les individus fibromyalgiques et ceux souffrant de douleur chronique. Toutefois, ces indices se rattachent à une grande diversité de variables, allant de l'identité, aux capacités de symbolisation, de gestion des affects, de contrôle et de tolérance au stress, en passant par la présence d'alexithymie et l'exploration des relations d'objet.

Sur le plan identitaire, les deux populations présenteraient des indices d'immaturité, une identité peu définie, des conflits liés au narcissisme primaire ainsi qu'une fragilisation des limites entre soi et l'autre (Dallaire, 2011; Semer & Yazigi, 1990). L'estime de soi serait faible et les représentations de soi seraient davantage négatives, biaisées et basées sur l'imaginaire (Dallaire, 2011; Yamamoto et al., 2010). Quant aux capacités de symbolisation, il est intéressant de constater qu'aucune étude sur la fibromyalgie ne s'est attardée à cette variable. Les études axées sur la douleur chronique relatent cependant des

résultats similaires principalement orientés vers une pauvreté des ressources imaginaires et des fantaisies entraînant des difficultés d'adaptation et d'élaboration des conflits sur le versant psychique (Boulanger & Timsit, 1972; Daley, 1992; Spiegel, 1968).

En ce qui a trait à la gestion des affects, une problématique de modulation émotionnelle est fréquemment décelée chez les individus fibromyalgiques et ceux affectés par de la douleur chronique (restriction émotionnelle et expression émotionnelle excessive et inadaptée) (Boulanger & Timsit, 1972; Daley, 1992; Leavitt & Garron, 1982; Lieb, 2008; Yamamoto et al., 2010). Il est généralement question de complexité émotionnelle et d'affects, distorsions ou préoccupations venant altérer la clarté de la pensée (Daley, 1992; Dallaire, 2011; Lieb, 2008, Yamamoto et al., 2010). Plus spécifiquement, les études axées sur la fibromyalgie soulignent une tendance à l'intellectualisation ainsi que des résultats mitigés quant à la présence d'affects anxiodépressifs susceptibles d'entraîner un dysfonctionnement comportemental (Dallaire, 2011; Lieb, 2008). Les quelques études s'étant intéressées aux capacités de contrôle et à la tolérance au stress, tant chez les individus fibromyalgiques que ceux souffrant de douleur chronique, n'indiquent pas une plus grande vulnérabilité à ce niveau comparativement à la population normale (Lieb, 2008; Yamamoto et al., 2010). Ces résultats diffèrent de la logique attendue si l'on considère les hypothèses étiologiques de la fibromyalgie axées sur la sensibilité aux stressors psychologiques et relationnels (Van Houdenhove et al., 2010) et celles évoquant des anomalies dans la réponse au stress (Arnold, 2010; Bellato et al., 2012; Hawkins, 2013).

Quant à la présence d'un profil alexithymique chez les individus atteints de fibromyalgie ou présentant une condition de douleur chronique, les études indiquent des résultats contradictoires. Certaines révèlent la présence d'alexithymie chez leurs participants (Acklin & Alexander, 1988; Acklin & Bernat, 1987; Pizza et al., 2001) alors que d'autres auteurs, dont Lieb (2008) affirment que les individus fibromyalgiques correspondent que partiellement au profil alexithymique décrit dans la littérature.

Plusieurs similitudes ressortent également sur le plan relationnel. En effet, selon les études répertoriées, les individus fibromyalgiques tout comme ceux souffrant de douleur chronique présenteraient des comportements sociaux moins bien adaptés et peu efficaces ainsi que des difficultés dans les relations intimes (Dallaire, 2011; Lieb, 2008; Yamamoto et al., 2010). Divers indices de dépendance sont aussi évoqués dans les études répertoriées (Dallaire, 2011; Lieb, 2008). Enfin à la lumière des écrits analysés, il semble y avoir plus de similitudes que de divergences entre les individus fibromyalgiques et ceux présentant une condition de douleur chronique en ce qui a trait à leur fonctionnement intrapsychique. La multitude d'indices répertoriés ainsi que le nombre élevé de variables auxquelles ils se rattachent suggèrent que la recherche dans ce domaine demeure encore aujourd'hui à une phase plus exploratoire.

Analyse des similitudes et divergences observées chez les participantes en regard de la littérature scientifique et éléments de réflexion critique

Toujours dans l'optique de répondre à l'objectif clinique de cet essai, la prochaine section vise à analyser et discuter les principales similitudes et divergences observées chez

les participantes (P1 et P2), et ce, en regard des indices identifiés dans la littérature sur la fibromyalgie et la douleur chronique, soit le premier objectif de cet essai. Cela afin de mieux comprendre les particularités pouvant caractériser les individus souffrant du double diagnostic, c'est-à-dire de fibromyalgie et d'un trouble de personnalité limite. Il est à noter que l'ordre de présentation utilisé dans la discussion diffère légèrement de celui présenté dans le chapitre des résultats, et ce, afin de mieux servir l'analyse des données. Les variables seront abordées comme suit : alexithymie et symbolisation, gestion des affects, capacités de contrôle et tolérance au stress, identité et relation d'objet.

Alexithymie

À la lumière des résultats obtenus, les deux participantes ne présentent pas le profil alexithymique décrit initialement par Wise et al. (1994) et noté dans plusieurs études portant sur les individus souffrant de douleur chronique (Acklin & Alexander, 1988; Acklin & Bernat, 1987; Pizza et al., 2001). Ce profil incluant les sept indices suivants : R et M faibles, WSum C et FC faibles, peu de blends, lambda et F% élevés et EA faible. En effet, P1 obtient seulement un indice positif sur sept (WSum C faible), soit un indice témoignant d'une faible expression des affects. Quant à P2, elle obtient trois indices sur sept (WSum C, EA, M faibles) suggérant une restriction émotionnelle, de faibles ressources internes et des difficultés à s'adapter aux changements et à démontrer de l'empathie. Les résultats de P2 ne correspondent pas non plus au profil partiel décrit par Lieb (2008) auprès d'individus fibromyalgiques qui, en plus d'adresser la restriction émotionnelle, mettait l'accent sur l'appauvrissement de la symbolisation et l'expression

inadaptée des affects. Bien que les deux participantes ne soient pas alexithymiques, il est vrai que le protocole de P2 présente des failles importantes au niveau des ressources internes (EA = 3) et un manque de kinesthésies humaines (M = 0), suggérant plus de difficultés à s'adapter et à élaborer les conflits sur le versant psychique. Selon le modèle d'organisation de la personnalité de Kernberg (1989, 2001), P2 démontrerait des faiblesses du Moi plus marquées pouvant se refléter par un recours au concret plus important en thérapie. En effet, les références aux symptômes douloureux seraient plus fréquentes chez P2 selon les informations obtenues aux questionnaires préliminaires.

L'absence d'alexithymie chez les deux participantes ainsi que l'inconsistance des résultats notée d'une étude à l'autre tendent à démontrer qu'il s'agit d'une voie de recherche plus désuète en ce qui concerne la population fibromyalgique souffrant aussi d'un trouble de personnalité limite. Conséquemment, il apparaît davantage pertinent de documenter les capacités de mentalisation chez ces individus. L'école française de Fain et Marty (1964) définit la mentalisation comme étant « l'action qui permet de rendre compte de l'activité précoce de transformation des excitations pulsionnelles somatiques et des affects en contenus mentaux symbolisés » (De Tychey, Diwo, & Dollander, 2000, p. 469). Selon Marty (1991), les représentations mentales permettent la mise en pensée de l'excitation interne, les associations d'idées et les réflexions intérieures. Les représentations consistent en une évocation de perceptions premières qui ont laissé des traces mnésiques dont les évocations ultérieures seront accompagnées de tonalités affectives agréables ou désagréables. Selon cet auteur, la quantité et la qualité des

représentations psychiques dans le préconscient ainsi que leur mise en réseaux est au cœur de la mentalisation. La qualité de celle-ci dépendrait de la richesse du préconscient qui varierait en fonction de facteurs congénitaux et de failles vécues dans la relation avec les premières figures de soins. Debray (1991) complète cette définition en spécifiant que la mentalisation renvoie aussi à la capacité à tolérer, traiter et négocier l'angoisse intrapsychique ainsi que les conflits inhérents à la vie. Selon cette auteure, la mentalisation correspond à une activité mentale intrapsychique de liaison de la représentation à l'affect intimement liée à la capacité à utiliser l'imaginaire et le symbole.

Symbolisation

Dans cet ordre d'idées, il s'avère étonnant qu'aucune étude sur la fibromyalgie ne se soit attardée à la question de la symbolisation au Rorschach telle que suggérée par De Tychey et al. (2000). Comparativement aux indices tirés des études sur la douleur chronique, les protocoles de P1 et P2 ne présentent pas une élévation du F% et du P, soit des indices suggérant habituellement une expression limitée des fantaisies et des motivations selon Boulanger et Timsit (1972). Par contre, P2 obtient un faible M et un nombre élevé de contenus animaux traduisant des difficultés à élaborer psychiquement les conflits en raison d'une altération des ressources imaginaires et d'une approche de la réalité stéréotypée, soit des caractéristiques qui rejoignent les définitions de la mentalisation décrites précédemment. De plus, bien que non utilisé dans les études consultées, l'indice Ma : Mp fournit des informations intéressantes sur les capacités de symbolisation. En effet selon les résultats obtenus, P2 serait dans l'incapacité de substituer

le fantasme à la réalité lors de stress, suggérant des capacités de mentalisation altérées alors que P1 en serait capable défensivement. Cet indice traduit bien l'idée de Marty (1991) voulant que la qualité de la mentalisation corresponde à la qualité préconsciente des représentations, c'est-à-dire à leur disponibilité et leur facilité d'évocation. Il semblerait donc que cette activité psychique soit plus difficile pour P2 lors de stress.

En fonction de ces résultats, il apparaît judicieux d'évaluer dans de futures recherches la qualité de la mentalisation chez les individus fibromyalgiques souffrant d'un trouble de personnalité limite. Documenter cette variable permettrait de mieux situer ces individus sur le continuum d'organisation limite de la personnalité décrit par Kernberg et Caligor (2005). Une hypothèse possible serait que les individus fibromyalgiques avec un trouble de personnalité limite seraient plus hypothéqués sur le plan structural et mentaliseraient moins bien que les individus présentant un trouble de personnalité limite sans condition de douleur chronique, mais qu'ils mentaliseraient mieux que ceux souffrant uniquement de fibromyalgie. Cette hypothèse se base sur la notion de voies d'écoulement et de décharge élaborée par Marty (1991) dans son ouvrage axé sur la mentalisation et la psychosomatique. Selon cet auteur, ces voies d'écoulement et de décharge résident d'une part dans un travail d'élaboration des excitations ressenties et d'autre part, dans les comportements moteurs et sensoriels différemment liés ou non au travail mental. De façon simplifiée, il est d'avis que les excitations produites et non déchargées ou écoulées auraient tendance à s'accumuler et à atteindre les appareils somatiques de façon pathologique. Dans cette perspective, les individus avec un trouble de personnalité limite,

habituellement plus agissants, écouleraient davantage leurs excitations via la voie motrice (acting out) alors que ceux souffrant de fibromyalgie seulement présenteraient des failles sur le plan de la mentalisation plus marquées et solliciteraient davantage la voie somatique. Cette hypothèse rejoint également l'idée selon laquelle la mentalisation dépendrait de la forme de la pensée. À ce propos, Luquet (1981, 1988) décrit différents canaux d'expression des états mentaux sous la forme d'un continuum, le premier niveau étant les représentations somatiques, le second les agirs et le mode d'expression motrice, le troisième les représentations de choses et d'images et finalement les représentations de mots et d'idées liés aux affects. Dans cette optique de continuum, les individus souffrant d'un trouble de personnalité limite et d'une condition de fibromyalgie, oscillant entre le recours aux agirs et l'expression somatique, pourraient se situer à mi-chemin entre le premier et le second niveau en ce qui a trait à leurs capacités de mentalisation.

Une seconde hypothèse à explorer serait la présence d'usure au niveau des voies d'écoulement survenant dans un système préconscient peu étoffé. Règle générale, les individus présentant un trouble de personnalité limite auraient recours aux agirs pour gérer les excitations érotiques ou agressives non représentables. Toutefois selon Marty (1991), les expériences difficiles, les interdits parentaux et sociaux ainsi que les conséquences liées à l'expression des affects pourraient amener les individus à inhiber l'écoulement pulsionnel. Cette inhibition motrice, en l'absence de développement des capacités de mentalisation, résulterait en une restriction des affects et une accumulation des excitations non exprimées et non déchargées. Selon cet auteur, ce mouvement pourrait accentuer les

risques de désorganisation mentale et d'affections somatiques évolutives et graves. Cette seconde hypothèse rejoint davantage la notion de causalité et appuie le modèle de prédisposition suggéré par Sansone et Sansone (2007) voulant que la présence d'un trouble de personnalité limite accentue les risques de développer subséquemment une condition de fibromyalgie. Dans cette optique, il serait intéressant de s'attarder à l'âge d'apparition de la fibromyalgie et à la présence d'événements traumatiques dans l'histoire de vie pouvant entraîner une surcharge d'excitations. Dans le cadre de la présente étude, il est noté que les deux participantes adoptaient par le passé des conduites plus impulsives (hospitalisation/urgence pour idéations suicidaires et automutilation pour P1 et P2, ainsi qu'hyperphagie pour P1) et présentent actuellement des indices de contrôle des affects et de méfiance face aux expériences émotionnelles intenses, soit des éléments appuyant l'hypothèse d'une possible usure des voies d'écoulement. Cette perspective se rapproche aussi des hypothèses étiologiques basées sur les facteurs psychologiques contribuant à la survenue de la fibromyalgie et souligne la pertinence non seulement de s'intéresser aux capacités de mentalisation, mais aussi à la comorbidité possible avec la problématique d'état de stress post-traumatique dont la prévalence pourrait atteindre 45,3 % chez les individus atteints de fibromyalgie (Häuser et al., 2013).

Donc, en regard des résultats obtenus au niveau de l'alexithymie et de la symbolisation, l'étude des capacités de mentalisation selon la perspective de Marty (1991) et de Debray (1991) semble une option intéressante pour de futurs travaux. Pour ce faire, certains auteurs se sont attardés aux indices au Rorschach témoignant de failles et de

capacités sur le plan de la mentalisation. Par exemple, Léveillé (2001) évoque un Lambda élevé, un $FC < CF + C$ et peu de AG comme étant des indices reliés à des carences de mentalisation alors que la présence fréquente de M, de M agressif et d'un DEPI-R positif seraient des indices d'aptitudes à la mentalisation. Il est à noter que le concept de mentalisation sera repris dans les prochaines sous-sections afin d'élaborer des pistes d'explication pour d'autres résultats obtenus dans le cadre de la présente étude.

Gestion des affects

À première vue, P2 se rapproche davantage du profil décrit dans la littérature sur la fibromyalgie et la douleur chronique puisqu'elle présente plus d'indices de restriction émotionnelle ($Sum C' > norme$, contenus animaux, WSum C faible) comparativement à P1 (WSumC faible). De plus, bien que P2 ne présente pas les perturbations extrêmes de la pensée attendues (M- et M none), elle démontre tout de même plusieurs indices suggérant une clarté de la pensée altérée par la présence d'affects négatifs, de préoccupations ou de distorsions (X-%, FQ-, XA, WDA%). En effet, les capacités de médiation chez P2 seraient grandement altérées. Cette tendance à distorsionner la réalité lors de stress et d'affects intenses renvoie à la notion d'épreuve de la réalité relativement bien préservée en temps normal, mais ébranlée lors de stress aigu, décrite par Kernberg (1989, 2001) comme étant une caractéristique de l'organisation limite de la personnalité. Selon cet auteur, les individus avec une organisation limite peuvent parfois être envahis par des processus primaires, témoignant d'un Moi faible qui se manifeste via des troubles de la pensée. Pour P2, la présence de cotations spéciales au sein du protocole altérant la

clarté et le contrôle au niveau de la pensée peuvent en être une manifestation. Toutefois, il s'avère impossible de comparer ce résultat avec les données concernant les individus fibromyalgiques ou atteints de douleur chronique puisque aucune des études répertoriées n'adressaient cet indice spécifiquement. Il serait donc intéressant de vérifier par de futures recherches si la présence de cotations spéciales correspond à une caractéristique distinctive des individus fibromyalgiques avec un trouble de personnalité limite. Il semblerait aussi que la colère ait pour P2 un potentiel désorganisant et s'exprimerait sur un mode inconscient plutôt que via une communication directe (S- et absence de AG). Ces résultats allant dans le sens de ceux décrits par Dallaire (2011) qui mentionnait des difficultés au niveau de l'élaboration de la pulsion agressive. Contrairement à P2, P1 s'éloigne du profil décrit dans la littérature puisqu'elle ne présente pas les indices témoignant d'affects négatifs et intenses, de colère, de préoccupations et de distorsions altérant la clarté de la pensée (X-%, FQ-, S-, XA, WDA%). Tout comme elle ne présente pas un recours marqué à l'intellectualisation noté par Dallaire ni des idéations suicidaires mentionnées par Yamamoto et al. (2010), ce qui est aussi le cas de P2. De plus, aucune des deux participantes ne présente les indices d'expression inadaptée et excessive des affects ni ceux suggérant un manque de contrôle tel que décrits par Yamamoto et al. et Spiegel (1968).

Par contre, une analyse détaillée des deux protocoles suggère tout de même des difficultés de modulation émotionnelle similaires à celles rapportées chez les individus souffrant de fibromyalgie et de douleur chronique, mais s'étant manifestée via des indices

différents au Rorschach. En effet, ce qui caractérise les protocoles de P1 et P2 est la tendance marquée au contrôle (FC élevé) pouvant aussi traduire une forme de restriction émotionnelle et d'évitement des affects. Dans un même ordre d'idées, P2 présente un style de coping évitant pouvant contribuer aux sentiments de malaise et d'impuissance vécus. Bien que ces résultats contrastent avec le manque de contrôle attendu selon les études consultées, ils viennent tout de même appuyer l'idée d'une souffrance liée à l'internalisation des affects chez les individus fibromyalgiques avec un trouble de personnalité limite. Quant à l'expression inadaptée et excessive des affects chez P1 et P2, elle ressort au niveau de l'indice Afr élevé suggérant une attirance pour les stimuli émotionnels qui, lorsque combiné à des perturbations de la pensée, rend difficile l'adaptation à l'environnement et limite les capacités à différer les réactions. Ces éléments augmentent les risques de désorganisation chez les participantes de l'étude. Ces difficultés seraient plus marquées chez P2 qui obtient également à la triade cognitive des indices témoignant d'une forme d'impulsivité idéationnelle pouvant influencer la modulation émotionnelle (DR₁, DR₂, DV₁). Cela dit, le fait qu'il y ait absence d'indice d'impulsivité tel que décrit dans les études répertoriées sur la fibromyalgie ($FC < CF + C$) est relativement étonnant d'autant plus que cet indice ressort comme faisant partie des indices fréquemment retrouvés dans les protocoles d'individus ayant un trouble de personnalité limite (Gartner, Hurt, & Gartner, 1989). Toujours en ce qui a trait à la gestion des affects, les protocoles de P1 et P2 incluent des Blends et des Color Shading blends indiquant des sentiments d'irritation, de confusion, de détresse et une complexité psychologique comme chez les individus atteints de fibromyalgie et de douleur chronique. La confusion notée

chez les participantes peut traduire, tel que précédemment soulevé, des failles au niveau de la mentalisation. En effet, les états mentaux peuvent s'avérer plus diffus et les pulsions contenues risquent parfois de s'écouler de façon non mentalisée via l'adoption de comportements impulsifs (p.ex., comportements boulimiques chez P1, automutilation chez P2) ou s'accumuler par crainte de vivre des expériences affectives intenses et contribuer à la hausse des douleurs lors de périodes de stress, soit des informations rapportées au questionnaire préliminaire.

Quant à l'analyse de l'index DEPI-R, indiquant la présence d'affects anxiodépressifs ou de détresse affective significative occasionnant des dysfonctionnements comportementaux importants, ni P1 ni P2 n'a obtenu un score positif. Ces résultats correspondent globalement à ce qui était attendu considérant l'étude de Dallaire (2011) et celle de Lieb (2008) où seulement 30 % des cas cotaient positif. D'ailleurs, aucune des participantes ne rapportait un diagnostic de dépression majeure au questionnaire préliminaire. Ces résultats sont aussi cohérents avec ceux présentés dans les études documentant la comorbidité entre la fibromyalgie et les troubles de l'humeur où la prévalence des épisodes dépressifs pouvait osciller entre 15 et 50 % d'une étude à l'autre (Aguglia et al., 2011; Arnold, 2010; Ciapparelli et al., 2008; Uguz et al., 2010). Les résultats de P1 et P2 appuient ici l'idée d'une plus faible prévalence. Il est aussi intéressant de constater que bien que l'index DEPI-R soit négatif, P1 et P2 répondent tout de même à certaines variables incluses dans cette constellation qui sont reliées aux affects dépressifs. Ce constat abonde dans le même sens que les travaux d'Aguglia et al. (2011)

et d'Aparicio et al. (2013) qui évoquaient la présence de symptômes dépressifs sous-cliniques en l'absence d'un diagnostic de dépression majeure chez les individus fibromyalgiques. Dans la perspective où la dépression est une extériorisation des symptômes, une forme de décharge émotionnelle et donc un accès à la mentalisation diminuant les risques de passages à l'acte, il apparaît logique que P1 et P2 ne cotent pas à cet index puisqu'elles présentent une tendance au contrôle, à l'internalisation des affects et des risques de désorganisation affective. Ces éléments s'avèrent encore plus marqués chez P2. L'absence de DEPI-R positif dans un protocole ne traduirait donc pas une absence de détresse, soit un angle de compréhension fort pertinent pour expliquer les variations notées au niveau de cet indice chez les individus fibromyalgiques. En effet, il semble intéressant d'interpréter cet indice non pas selon une logique dichotomique (dépressif ou non dépressif), mais plutôt selon un continuum indiquant le degré d'accès à la mentalisation des individus atteints de fibromyalgie et d'un trouble de personnalité limite. Dans cette perspective, une hypothèse possible serait que les individus cotant positif au DEPI-R auraient un meilleur accès à la mentalisation et présenteraient une organisation limite de la personnalité se rapprochant davantage de l'échelon supérieur décrit par Kernberg et Caligor (2005), alors que ceux qui ne cotent pas mentaliseraient moins bien, auraient plus recours aux agirs ou auraient plus tendance à somatiser, suggérant une organisation limite d'échelon inférieur. Cette hypothèse s'appuie sur les travaux de Léveillé (2001) qui s'intéressaient aux capacités de mentalisation en fonction du continuum de personnalité de Kernberg.

Capacités de contrôle et tolérance au stress

En ce qui a trait aux capacités de contrôle et la tolérance au stress, les deux participantes présentent un mode de fonctionnement distinct. En effet, P1 ressemble au profil décrit dans la littérature, c'est-à-dire qu'elle ne présente pas une plus grande vulnérabilité au stress que la normale, ni un manque de contrôle ou des ressources limitées. Par contre, son mode de résolution de problème n'est pas caractérisé par un style de coping ambitendant comme le mentionnent Lieb (2008) et Daley (1992). Cela dit, P1 présente des perturbations au niveau de la pensée pouvant altérer la qualité de la résolution de problème, ce qui se rapproche de l'hypothèse de Lieb voulant que les individus possèdent des ressources, mais qu'ils éprouvent de la difficulté à les utiliser efficacement. Cela ne serait toutefois pas le cas de P2 qui selon ses résultats, présente des ressources limitées, des difficultés à faire face à l'adversité ainsi qu'une vulnérabilité au stress chronique. Des caractéristiques qui augmenteraient les risques de perte de contrôle et de désorganisation sur le plan psychologique et qui suggèrent des faiblesses du Moi plus marquées que chez P1. En effet, les résultats de P2 s'apparentent au manque de tolérance à l'angoisse et au manque de contrôle pulsionnel décrit par Kernberg (1989, 2001) comme menant à la survenue de conduites inhabituelles, à la hausse de la symptomatologie et de la régression lors de stress. De plus, la gratification retardée chez P2 semble fortement menacée en contexte de stress indiquant aussi une faiblesse du Moi. Les résultats obtenus à cet ensemble suggèrent donc que P2 présente une organisation limite de la personnalité d'échelon inférieur de plus bas niveau sur le continuum de pathologies de la personnalité, comparativement à P1.

La présence de ressources adéquates ainsi qu'une tolérance au stress normale décrits dans la littérature est tout de même contre-intuitive dans le contexte où la présence d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique comorbide est une réalité de plus en plus documentée dans la littérature scientifique. Par contre, la difficulté à accéder aux ressources internes décrite par Lieb (2008) rejoint la notion de failles au niveau de la mentalisation décrite par Marty (1991) lorsqu'il évoque l'indisponibilité des représentations acquises en raison de l'évitement et de la répression des représentations psychiques dont la tonalité affective est particulièrement violente ou désagréable. Dans la présente étude, une participante sur deux correspond au profil décrit chez les individus fibromyalgiques et ceux souffrant de douleur chronique quant aux capacités de contrôle et la tolérance au stress. Bien que le nombre restreint de cas ne permette pas de tirer des conclusions spécifiques, une hypothèse à vérifier est que le profil obtenu chez P2 caractériserait davantage les individus fibromyalgiques souffrant aussi d'un trouble de personnalité limite en ce qui a trait aux capacités de contrôle et à la tolérance au stress, appuyant l'idée d'une population clinique hétérogène véhiculée dans les écrits scientifiques (Malin & Littlejohn, 2012). Inversement, le profil de P1 appuie l'hypothèse comme quoi les capacités de contrôle et la tolérance au stress ne permettent pas de distinguer les individus fibromyalgiques souffrant d'un trouble limite de ceux exempt de trouble de personnalité. Bref, il serait intéressant de vérifier laquelle de ces deux hypothèses se précise au sein d'un échantillon plus vaste.

Identité

Selon les résultats obtenus, P1 présente certains indices similaires à ceux décrits dans la littérature concernant l'identité et la perception de soi chez les individus fibromyalgiques et souffrant de douleur chronique. Quant à P2, elle possède encore plus de ressemblances, remplissant sept critères sur 11 et présente des fonctions du Moi encore moins développées que P1. Chez les deux participantes, les résultats suggèrent une identité peu définie et la présence d'immaturité (Hd indifférencié de mauvaise qualité formelle). Tel que mentionné par Dallaire (2011), P1 présente des distorsions dans le processus d'individuation menant à une représentation de soi basée sur l'imaginaire (Pure H, $H : (H) + Hd + (Hd)$). Quant à P2, son protocole ne contient pas suffisamment de contenus humains pour statuer si l'image de soi est réelle ou imaginaire. Par contre, le nombre élevé de contenu animal peut signaler la présence de distorsions dans la représentation de soi ainsi qu'une personnalité créée autour d'un faux Soi, protégeant l'individu d'une véritable relation à l'autre (Chabert, 1997). Cette caractéristique chez P2 est en accord avec les résultats obtenus dans l'étude de Dallaire. Ces éléments rejoignent également la notion d'identité diffuse caractérisant l'organisation de personnalité limite selon Kernberg (1989, 2001). Toutefois, aucune des participantes ne présente les indices relevés dans la littérature dénotant d'une vulnérabilité identitaire marquée et d'une vision de soi et de la vie pessimiste et dépressive (HVI positif, MOR).

Ce qui caractérise plus distinctement P1 et qui rejoint les données issues de la littérature est l'absence du déterminant FD et la présence de Vista au sein du protocole. Il

semblerait pour P1 que l'introspection soit marquée par un focus sur les facettes négatives menant à la dépréciation de soi. Selon la terminologie utilisée par Kernberg (1989), ces résultats peuvent indiquer le recours au clivage, soit un mécanisme de défense plus archaïque qui viendrait altérer le réalisme de la représentation de soi et s'accompagnerait d'affects douloureux pour la participante. P1 pourrait chercher à s'en défendre en diminuant les comportements introspectifs, soit un comportement évitant aussi observé chez P2 bien que la tendance à la rumination négative ne ressorte pas autant distinctement (absence de V). L'absence de FD peut aussi témoigner chez les individus souffrant d'un trouble de personnalité limite d'un contact difficile avec leur monde interne et d'une tendance à fuir les sentiments de vide qui les habitent, soit un critère diagnostique du trouble limite décrit dans le DSM-5. Exner (2003a) associe également l'absence de ce déterminant à une moins bonne conscience de soi. En considérant la définition de Bateman et Fonagy (2004) selon laquelle la mentalisation est la capacité à réfléchir sur son état mental (émotions, besoins, motivations, croyances, valeurs) et celui des autres de façon flexible et efficace afin de faire du sens des comportements interpersonnels, l'absence de FD pourrait être interprétée comme un indice de failles au niveau de la mentalisation. Cette tendance à éviter les réflexions sur les états mentaux pourrait influencer le rapport aux autres et induire des difficultés relationnelles, soit un thème qui sera discuté ultérieurement.

En ce qui a trait aux particularités de P2, son protocole se caractérise par la présence d'un nombre élevé de contenu An et Xy dont deux sont accompagnés de F-, soit des

indices suggérant des difficultés de mentalisation associées au narcissisme primaire selon Semer et Yazigi (1990). Ces auteurs font partie des rares ayant mentionné le concept de mentalisation dans leur étude. Selon eux, il est possible que l'investissement libidinal cible le corps et non l'objet, suggérant chez P2 des assises identitaires plus fragiles appuyant l'hypothèse précédemment nommée d'une organisation de la personnalité limite d'échelon inférieur de plus bas niveau, comparativement à P1 chez qui il y a absence de An et Xy. Les résultats de P2 sont davantage congruents avec le profil identitaire des individus atteints de douleur chronique sans trouble de personnalité limite décrit dans les études consultées. Dans cette perspective, il serait intéressant de vérifier auprès d'un échantillon plus vaste l'hypothèse voulant que le profil identitaire de P2, caractérisé par des failles plus marquées sur le plan de la mentalisation, reflète davantage le niveau d'organisation de personnalité des individus souffrant à la fois de fibromyalgie et d'un trouble de personnalité limite, que celui de P1. Enfin, la vulnérabilité identitaire chez P2 semble également s'exprimer par des ruminations liées à l'image de soi et des préoccupations corporelles, soit une composante aussi dénotée dans les études répertoriées. D'ailleurs, P2 évoquerait plus fréquemment le thème des douleurs en thérapie que P1, ce qui peut indiquer un processus d'identification à la maladie chez cette participante. Cette caractéristique peut aussi rejoindre la présence de symptômes hypochondriaques inclus dans la description de l'organisation limite de la personnalité selon Kernberg (1989, 2001). Dans cette optique, la présence des contenus An et Xy ne serait pas un élément pouvant discriminer au Rorschach la population fibromyalgique de celle souffrant d'un trouble de personnalité limite.

Relation d'objet

Selon les résultats obtenus, aucune des participantes ne présente un profil relationnel identique à celui décrit dans la littérature sur la fibromyalgie et la douleur chronique (Pure H < norme ou 0, PHR > GHR, CDI et HVI positifs, PER > norme, AG > norme, T = 0 ou $T \geq 1-2$, Food > norme, Mp > Ma). P1 obtient un seul des neuf indices relevés dans les études (Pure H < norme), ce qui lui confère un fonctionnement relationnel supérieur à celui attendu, exempt d'indices d'incompétence sociale, d'immaturité ou de dépendance. Ceci n'est toutefois pas le cas de P2 qui elle présente ces caractéristiques ainsi qu'un recours au contrôle dans son rapport aux autres. En effet, P2 possède plus de similitudes que de divergences avec le profil décrit dans la littérature, cotant positif à cinq indices sur neuf (Pure H de 0, PHR > GHR, CDI positif, PER > norme, Food > norme). Tel qu'anticipé, P1 et P2 tendent à alimenter des représentations des autres qui ne seraient pas toujours basées sur la réalité (Pure H). Ce résultat converge avec ceux obtenus sur le plan identitaire où une vision de soi basée sur l'imaginaire (P1) et un faux Soi (P2) ressortaient. Il est donc possible que les représentations de soi et des autres soient clivées, entraînant des déformations de l'expérience et des aptitudes réelles menant à des conflits relationnels et des expériences de rejet. Dans cette perspective, le mode relationnel des deux participantes rejoint le manque de réalisme important dans la perception des autres et le recours au clivage décrits par Kernberg (1989, 2001) chez l'organisation limite de la personnalité. La présence de distorsion ressort aussi sur le plan cognitif chez les deux participantes. Cependant, P2 présente des difficultés de médiation plus marquées que P1, suggérant un recours à des défenses plus massives venant davantage perturber le

fonctionnement relationnel comparativement à P1. D'ailleurs, il est intéressant de constater que les difficultés relationnelles étaient plus explicitement nommées comme motifs de consultation chez P2 selon l'information obtenue au questionnaire préliminaire.

Les deux participantes présentent également des caractéristiques qui les distinguent des résultats décrits dans la littérature sur la fibromyalgie et la douleur chronique. En effet, les indices de méfiance relevés dans les deux protocoles sont de moindre intensité chez P1 (HVI négatif, $T \neq 0$) et absents chez P2 qui aborderait plutôt ses relations d'une façon naïve et positive. Pour les deux participantes, l'expression des besoins affectifs et d'intimité correspond à la norme ($T = 1$), ce qui ne cadre pas avec les deux tendances décrites dans la littérature, soit une grande prudence et une superficialité dans les relations par peur de l'intimité ($T = 0$) ou des besoins de contact très forts, insatisfaits et liés à des pertes affectives récentes ou passées ($T \geq 2$). Ces résultats sont surprenants puisqu'intuitivement, la comorbidité entre la fibromyalgie et le trouble de personnalité limite évoque de plus grandes perturbations sur le plan relationnel. Par exemple, les relations d'objet décrites par Kernberg (2001) comme étant dépourvues de véritable échange affectif pour éviter les frustrations ainsi que l'activation de mécanismes de défense primitifs induisant des craintes de persécution ou des comportements de soumission et de fusion, pourraient se traduire au Rorschach par un T de zéro. Alors que la description du trouble de personnalité limite dans le DSM-5, évoquant des efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés, pourrait suggérer un $T \geq 2$, soit une hypothèse appuyée par Exner (2003b). Les résultats des deux participantes sont toutefois

cohérents avec ceux de Gacono, Meloy et Berg (1992) qui dans leur étude, constataient que la moyenne des individus souffrant d'un trouble de personnalité limite obtenaient une seule réponse T. Il y aurait donc absence de consensus à ce sujet dans la littérature et selon Conklin, Malone et Fowler (2012), les difficultés d'attachement et l'instabilité relationnelle ne se traduiraient pas automatiquement dans les réponses T au Rorschach. Le protocole de P2 est aussi intéressant lorsqu'analysé sous l'angle de la mentalisation. En effet, selon les résultats obtenus, P2 serait fortement préoccupée par la satisfaction de ses besoins et peu concernée par ceux des autres, suggérant une faible capacité d'empathie. Selon Choi-Kain et Gunderson (2008), il existerait un chevauchement entre le concept d'empathie et la mentalisation définie par Bateman et Fonagy (2004) comme étant la capacité à réfléchir sur son état mental et celui des autres de façon flexible et efficace afin de faire du sens des comportements interpersonnels. Dans cette perspective, P2 présenterait de plus faibles capacités de mentalisation que P1. D'ailleurs, P2 ne présente aucun déterminant M et un GHR-PHR inférieur à 1, soit des indices qui témoignent de failles au niveau de la mentalisation selon Conklin et al. Bref, ces résultats renforcent la pertinence de documenter davantage la variable de mentalisation chez la population fibromyalgique avec un trouble de personnalité limite puisque de telles difficultés pourraient aussi se traduire dans la sphère relationnelle.

Enfin, puisqu'aucune des participantes ne présente exactement le profil décrit chez les individus atteints de fibromyalgie ou de douleur chronique, il est possible que les individus présentant le double diagnostic correspondent à un sous-groupe se distinguant

sur le plan relationnel. À ce propos, il serait intéressant dans une future recherche de répertorier les études évaluant à l'aide du Rorschach le fonctionnement relationnel d'individus souffrant uniquement d'un trouble de personnalité limite afin de vérifier si les profils de P1 et P2 s'y apparentent davantage. Le fait que P1 présente un fonctionnement relationnel plus adapté que celui anticipé soulève également l'hypothèse d'un profil d'exception chez un individu dont la sévérité du trouble serait moindre que celle anticipée.

Synthèse de l'interprétation

En résumé, force est de constater que les deux participantes correspondent partiellement au profil psychologique décrit dans la littérature sur la fibromyalgie et la douleur chronique, présentant à la fois des similitudes et des divergences avec les données scientifiques. En effet, bien qu'aucune des deux ne présente le profil alexithymique attendu, certaines failles sur le plan de la symbolisation ressortent dans les protocoles analysés. Les lacunes sont plus marquées chez P2 qui présente une altération des ressources internes et imaginaires rendant difficile l'adaptation, l'élaboration des conflits sur le versant psychique ainsi que la substitution du fantasme à la réalité lors de stress. Ces lacunes soutenant la pertinence d'évaluer davantage les capacités de mentalisation chez les individus fibromyalgiques souffrant aussi d'un trouble de personnalité limite.

Tel qu'attendu, aucune des participantes ne présente de détresse affective significative occasionnant des dysfonctionnements comportementaux importants (DEPI-R négatif). Les résultats de P1 et P2 indiquent une tendance à la restriction

émotionnelle et à l'expression inadaptée des affects correspondant aux données issues de la littérature, et ce, bien que ces difficultés se soient exprimées au Rorschach via des indices différents de ceux relevés dans les études consultées. Seule P2 se rapproche du profil décrit concernant la présence d'affects négatifs intenses, de colère, de préoccupations et de distorsions altérant la clarté de la pensée et revêtant un caractère plus désorganisant. Contrairement aux attentes, aucune des deux participantes ne présente un recours massif à l'intellectualisation ni d'idéations suicidaires. De plus, seule P1 s'apparente au profil attendu quant aux capacités de contrôle et la tolérance au stress, c'est-à-dire qu'elle possède des ressources suffisantes et ne présente pas d'indices de vulnérabilité au stress ni d'indices témoignant d'un manque de contrôle. Certaines difficultés à utiliser adéquatement les ressources présentes sont toutefois notées, ce qui concorde avec les données issues de la littérature.

En ce qui a trait aux enjeux identitaires, les deux participantes présentent plus de similitudes que de divergences avec les données issues de la littérature. Tel qu'attendu, les résultats suggèrent une identité peu définie, une immaturité, une représentation de soi basée sur l'imaginaire (P1) ou la présence d'un faux Soi (P2) ainsi qu'une diminution défensive de l'introspection possiblement liée à une tendance à la dépréciation de soi (plus marquée chez P1). Les résultats de P2 se veulent encore plus fidèles aux données issues de la littérature, indiquant des failles au niveau du narcissisme primaire ainsi que des préoccupations liées au corps et à l'image de soi.

Enfin, sur le plan relationnel, aucune des deux participantes ne présente un profil identique à celui décrit dans la littérature. P1 démontre un fonctionnement relationnel supérieur à celui attendu, c'est-à-dire exempt d'indices d'incompétence sociale, d'immaturité, de dépendance et de contrôle dans les relations, ce qui n'est toutefois pas le cas de P2 qui elle remplit ces critères et s'apparente plus au profil connu. Comme l'indique la littérature, la représentation des autres ne semble pas basée sur la réalité pour P1 et P2. Toutefois, les deux participantes obtiennent des résultats divergents de ceux attendus concernant l'expression des besoins affectifs et d'intimité et la présence de méfiance dans le rapport aux autres.

La présence de divergences entre les profils obtenus et les résultats attendus suggère que les individus atteints de fibromyalgie et d'un trouble de personnalité limite correspondent à un sous-groupe distinct, renforçant l'idée d'une population fibromyalgique hétérogène prônée par Malin et Littlejohn (2012). La présence d'une disparité importante entre les résultats de P1 et de P2 soulève des questionnements intéressants. En effet, les résultats obtenus par P2 suggèrent une organisation limite de la personnalité d'échelon inférieur de plus bas niveau selon le continuum de pathologies de la personnalité décrit par Kernberg et Caligor (2005). P2 présente aussi plus de similitudes avec le profil psychologique décrit dans la littérature sur la fibromyalgie et la douleur chronique comparativement aux résultats de P1. Une hypothèse possible, à investiguer auprès d'un échantillon plus vaste, est que le profil de P2 soit plus représentatif du

fonctionnement intrapsychique de la population ayant le double diagnostic de fibromyalgie et de trouble de personnalité limite que le profil obtenu chez P1.

Forces et limites de l'essai

En observant l'ensemble de cette étude, il est possible de dénoter plusieurs forces et limites en regard de la méthodologie utilisée et des résultats obtenus. D'abord, il importe de souligner la qualité novatrice de l'étude puisque jusqu'à ce jour, peu de chercheurs se sont intéressés au fonctionnement intrapsychique des femmes présentant à la fois un diagnostic de fibromyalgie et de trouble de la personnalité limite, et ce, malgré la comorbidité démontrée dans plusieurs écrits scientifiques. Les difficultés de recrutement rencontrées au CIUSSS MCQ témoignent d'ailleurs d'une certaine méconnaissance de la problématique dans le domaine médical et renforcent le caractère novateur de l'étude. De plus, l'analyse exhaustive des études antérieures évaluant à l'aide du Rorschach le fonctionnement intrapsychique d'individus souffrant de fibromyalgie et de douleur chronique afin de faire ressortir les indices pertinents à la présente étude constitue également une force. Cet objectif théorique, combiné à l'objectif clinique aussi visé dans le présent essai, ont permis un premier éclairage sur les enjeux identitaires, les capacités de symbolisation, de gestion des affects, de contrôle et de tolérance au stress, ainsi que sur la présence d'alexithymie et les relations d'objet chez la population fibromyalgique avec un trouble de personnalité limite. Ensuite, l'utilisation du Rorschach était à la fois un choix singulier et avisé puisque rares sont les études employant des modalités projectives malgré leur grande pertinence lorsqu'il est question d'évaluer les éléments latents et

préconscients liés au fonctionnement intrapsychique. En effet, cet outil a contribué au développement d'une meilleure compréhension des femmes atteintes de fibromyalgie et d'un trouble de personnalité limite, et ce, en allant au-delà des symptômes observables et des manifestations comportementales. De plus, le recours à un accord inter-juges pour la cotation et l'interprétation des deux protocoles ainsi que l'analyse quantitative reposant sur un système normé et validé, soit le système intégré d'Exner (2003a), sont des caractéristiques qui renforcent la qualité méthodologique de l'étude et lui confèrent une certaine justesse quant aux hypothèses soulevées.

Toutefois, la présente étude comporte également certaines limites. Il s'agissait d'une étude exploratoire qui s'intéressait globalement à une multitude de variables représentées par divers indices au Rorschach. Les résultats obtenus ont eu l'avantage de soulever des pistes de réflexion et ont permis de dégager des hypothèses plus spécifiques, mais celles-ci demeurent à vérifier dans le cadre de futures recherches. Dans un même ordre d'idées, le nombre limité de participantes, bien qu'intéressant pour analyser de façon approfondie les protocoles de Rorschach et faire ressortir les caractéristiques singulières de leur fonctionnement psychologique, ne permet pas une généralisation des résultats. De plus, ce type d'étude ne permet pas sur le plan méthodologique l'établissement de comparaisons avec un groupe autre, limitant également l'interprétation des résultats. Les difficultés vécues lors du recrutement ont aussi généré certaines contraintes, forçant la modification de la méthode initialement visée. À prime à bord, il était prévu de rencontrer directement les participantes afin de procéder à l'administration de plusieurs tests (un questionnaire

préliminaire, une portion du SCID-II (First et al., 1997), l'Inventaire d'incapacité reliée à la douleur de Cleeland et Ryan (1994), le Rorschach). De cette façon, il aurait été possible de préciser la constellation de symptômes ayant mené au diagnostic de trouble de personnalité limite pour chacune des participantes et ainsi bonifier les analyses incluses dans cet essai.

Il est aussi à noter que les études répertoriées évaluant le fonctionnement intrapsychique des individus atteints de fibromyalgie et de douleur chronique n'indiquaient pas s'il y avait présence de comorbidités au sein de leur échantillon, dont un possible trouble de personnalité limite. Cette lacune méthodologique force l'hypothèse voulant que les échantillons décrits dans la littérature puissent avoir présenté plus de ressemblances avec les deux participantes que l'intention initialement poursuivie. Toujours concernant la méthode, il aurait été pertinent de réaliser une analyse qualitative des protocoles de Rorschach basée sur l'École de Paris, afin d'ajouter certaines nuances aux résultats obtenus. Cette forme d'analyse, qui se veut complémentaire au modèle intégré d'Exner (2003a), serait d'autant plus intéressante dans l'éventualité où les futures études s'inscriraient dans la perspective théorique de Pierre Marty concernant la mentalisation et la psychosomatique. De plus, définir le trouble de personnalité limite en fonction du modèle alternatif inclus en annexe dans le DSM-5 serait une option à considérer dans de futurs travaux afin de dresser plus facilement des parallèles avec les données issues de la littérature. En effet, ce modèle dimensionnel rejoint davantage la

tendance notée dans les études sur la fibromyalgie où la notion de traits de personnalité prédomine sur la notion de trouble.

Enfin, la présente étude visait à analyser et discuter, à partir des indices relevés dans la littérature sur la fibromyalgie et la douleur chronique, les protocoles de deux femmes présentant à la fois un diagnostic de fibromyalgie et de trouble de personnalité limite afin d'en faire ressortir les principales similitudes et divergences. L'exercice aurait été cependant plus complet si les résultats obtenus avaient aussi été comparés avec la littérature axée sur le trouble de personnalité limite uniquement. Toutefois, puisque l'analyse des études existantes en lien avec le trouble de personnalité limite et le Rorschach constitue une tâche d'envergure, il a été convenu que cette piste de réflexion pourrait faire en elle-même, l'objet d'un second essai doctoral.

Implications cliniques

La présente étude se veut un préambule aux futures recherches qui porteront sur le fonctionnement intrapsychique des individus souffrant à la fois de fibromyalgie et d'un trouble de personnalité limite. L'approfondissement des caractéristiques psychiques de cette clientèle singulière constitue un apport pertinent pour les professionnels de la santé œuvrant à la fois dans les cliniques de douleur chronique qu'au sein des programmes spécialisés pour les troubles de personnalité. En effet, ce nouvel éclairage améliorera la compréhension de ces individus et aidera à l'élaboration de suivis psychothérapeutiques davantage adaptés aux défis rencontrés en clinique. Par exemple, une attention particulière

pourrait être portée aux capacités de mentalisation et de modulation des émotions compte tenu des failles notées au niveau de la symbolisation et de la mentalisation ainsi que de la tendance au contrôle et à la restriction émotionnelle relevée dans la présente étude. En plus de soutenir les efforts de clarification, d'identification et d'expression des états mentaux, les interventions thérapeutiques pourraient veiller au dépistage des risques de désorganisation somatique puisque ces risques se trouvent grandement augmentés lorsque le mode d'écoulement pulsionnel est modifié. Dans cette optique, il apparaît pertinent de considérer la réalisation d'une évaluation psychosomatique lors de la prise en charge des clients fibromyalgiques, mais également des clients souffrant d'un trouble de la personnalité limite.

Conclusion

Bien que plusieurs études aient fait ressortir une prévalence élevée des troubles de la personnalité chez la population fibromyalgique, peu de chercheurs se sont intéressés spécifiquement à la double problématique de fibromyalgie et de trouble de personnalité limite. Conséquemment, cet essai visait le développement d'une meilleure compréhension du fonctionnement intrapsychique des femmes souffrant de ce double diagnostic, et ce, par le biais du Rorschach. Le premier objectif théorique était de recenser les études existantes portant sur l'évaluation du fonctionnement intrapsychique d'individus souffrant de fibromyalgie et de douleur chronique à l'aide du Rorschach afin d'en dégager les indices pertinents. Le deuxième objectif clinique consistait à analyser et discuter, à partir des indices précédemment relevés dans la littérature, les protocoles de Rorschach de deux femmes présentant un diagnostic de fibromyalgie et de trouble de personnalité limite.

En résumé, les rares études répertoriées sur la fibromyalgie et la douleur chronique ont mis en évidence certains indices similaires au Rorschach se rattachant à l'identité, la symbolisation, la gestion des affects, les capacités de contrôle et la tolérance au stress, à l'alexithymie et aux relations d'objet. Tel qu'illustré dans cette étude, les deux participantes correspondent partiellement au profil psychologique décrit dans la littérature. Ainsi, malgré certaines lacunes sur le plan de la symbolisation, aucune d'entre elles ne présente un profil alexithymique. Plusieurs similitudes ont toutefois été dégagées sur le plan identitaire alors que seule la participante 1 s'apparente au profil attendu quant

aux capacités de contrôle et la tolérance au stress. Concernant la gestion des affects, les résultats obtenus chez les deux participantes indiquent une tendance à la restriction émotionnelle et à l'expression inadaptée des affects. Cependant, ces difficultés de modulation émotionnelle se sont manifestées via des indices au Rorschach différents de ceux relevés dans la littérature. Enfin, seulement la participante 2 présente un dysfonctionnement relationnel en partie similaire à celui observé chez les individus fibromyalgiques ou atteints de douleur chronique.

La présence de divergences avec les résultats attendus renforce la pertinence d'étudier comme un sous-groupe distinct les individus souffrant de fibromyalgie et d'un trouble de personnalité limite. De plus, la disparité notée entre P1 et P2 suggère une organisation limite de la personnalité d'échelon inférieur chez P2 de plus bas niveau sur le continuum de pathologies de la personnalité décrit par Kernberg et Caligor (2005). Dans la perspective que les résultats de P2 s'apparentent davantage à ceux décrits chez les individus souffrant strictement de fibromyalgie ou de douleur chronique, il serait intéressant de vérifier auprès d'un échantillon plus vaste, si le fonctionnement intrapsychique décrit chez P2 s'avère réellement représentatif de celui attendu pour les individus souffrant à la fois de fibromyalgie et d'un trouble de personnalité limite et de documenter comment ce fonctionnement se distingue de celui attendu chez les individus limites exempts de condition de fibromyalgie.

Les résultats obtenus soulèvent également des questionnements intéressants quant aux capacités de mentalisation présentes chez les individus souffrant à la fois d'un trouble de personnalité limite et d'une condition de fibromyalgie. En effet, l'évaluation des capacités de mentalisation pourrait devenir une variable de premier choix pour comparer les individus atteints de fibromyalgie avec ceux présentant un trouble de personnalité limite et ceux souffrant de la double problématique. Une hypothèse possible serait que les individus fibromyalgiques avec un trouble de personnalité limite correspondraient à une organisation limite de la personnalité d'échelon inférieur de plus bas niveau que les individus avec un trouble limite seulement. Ils présenteraient des capacités de mentalisation inférieures à celles notées chez les individus souffrant uniquement d'un trouble de personnalité limite, compte tenu de l'utilisation des voies d'écoulement et de décharge motrice et somatique, mais supérieures à celles observées chez les individus atteints strictement de fibromyalgie, considérés comme étant plus hypothéqués sur le plan structural. Une autre hypothèse à investiguer serait celle voulant que l'apparition de la fibromyalgie soit la résultante d'une usure des voies d'écoulement motrices dans un système préconscient peu étoffé chez des individus limites. Dans cette perspective, l'évaluation et le développement des capacités de mentalisation chez une clientèle souffrant d'un trouble de personnalité limite pourraient s'avérer une avenue pertinente pour diminuer les risques de décompensation somatique.

Bref, cette étude de nature exploratoire a permis un premier éclairage sur le fonctionnement intrapsychique de femmes présentant un diagnostic de fibromyalgie et de

trouble de personnalité limite, qui peut dès lors influencer la prise en charge psychothérapeutique. Elle soulève également des hypothèses intéressantes et renforce la pertinence de s'intéresser davantage à la mentalisation dans de futures recherches. Afin de mieux conjuguer avec la complexité de l'objet d'étude, ces recherches pourraient s'inscrire dans une perspective psychodynamique axée à la fois sur les travaux de Pierre Marty (1991) concernant le modèle psychosomatique et la mentalisation et sur ceux de Bateman et Fonagy (2004) traitant de la mentalisation. En effet, les travaux de ces auteurs pourraient apporter un éclairage différent, mais complémentaire sur le concept de mentalisation et par le fait même, mieux expliquer la double problématique de trouble de personnalité limite et de fibromyalgie dans ses composantes psychosomatique, affective et relationnelle.

Références

- Acklin, M. W., & Alexander, G. (1988). Alexithymia and somatization: A Rorschach study of four psychosomatic groups. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(6), 343-350.
- Acklin, M. W., & Bernat, E. (1987). Depression, alexithymia, and pain prone disorder: A Rorschach study. *Journal of Personality Assessment*, 51(3), 462-479.
- Agence de santé publique du Canada. (2011). Prévalence de la douleur chronique et des limitations fonctionnelles qui lui sont associées au Canada entre 1994 et 2008. *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 31(4), 160-168.
- Aguglia, A., Salvi, V., Maina, G., Rossetto, I., & Aguglia, E. (2011). Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: Comorbidity and clinical correlates. *Journal of Affective Disorders*, 128(3), 262-266.
- Allard-Cadieux, J. (2007). *L'expérience subjective de quatre femmes atteintes de fibromyalgie* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal. ProQuest Dissertations Publishing.
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R., & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: Systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 40, 6-19.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd., rév.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC: Auteur.
- Anzieu, D., & Chabert, C. (2005). *Les méthodes projectives* (1^{re} éd. Quadrige). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Aparicio, V. A., Ortega, F. B., Carbonell-Baeza, A., Cuevas, A. M., Delgado-Fernández, M., & Jonatan, R. (2013). Anxiety, depression and fibromyalgia pain and severity. *Psicología Conductual*, 21(2), 381-392.
- Arnold, L. M. (2010). The pathophysiology, diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 375-408.

- Arnold, L. M., Clauw, D. J., & McCarberg, B. H. (2011). Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(5), 457-464.
- Arnold, L. M., Hudson, J. I., Keck, P. E., Auchenbach, M. B., Javaras, K. N., & Hess, E. V. (2006). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 1219-1225.
- Bash, K. W. (1986). Psychosomatic diseases and the Rorschach test. *Journal of Personality Assessment*, 50(3), 350-357.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. New York, NY: Oxford University Press.
- Belgrand, L., & So, A. (2011). Critères de diagnostic de la fibromyalgie. *Revue médicale Suisse*, 286, 604-608.
- Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E., & Blonna, D. (2012). Fibromyalgia syndrome: Etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Research and Treatment*, 1-17.
- Boisset-Pioro, M. H., Esdaile, J. M., & Fitzcharles, M. A. (1995). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatology*, 38(2), 235-241.
- Boulanger, M., & Timsit, M. (1972). Psychosomatic headaches: Evaluation of repressive mechanisms using the Rorschach test. *Feuillets psychiatriques de Liège*, 291-296.
- Buskila, D., & Cohen, H. (2007). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Current Pain and Headache Reports*, 11(5), 333-338.
- Carta, M. G., Cardia, C., Mannu, F., Intilla, G., Hardoy, M. C., Anedda, C., ... Cacace, E. (2006). The high frequency of manic symptoms in fibromyalgia does influence the choice of treatment? *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2(1), 36.
- Cathébras, P. (2003). La fibromyalgie : une affection psychosomatique? *Revue de rhumatologie*, 70, 337-339.
- Chabert, C. (1997). *Le Rorschach en clinique adulte : interprétation psychanalytique*. (2^e éd.) Paris, France : Dunod.
- Chabert, C. (2004). *Psychanalyse et méthodes projectives*. Paris, France : Dunod.

- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(9), 1127-1135.
- Ciapparelli, A., Bazzichi, L., Consoli, G., Marazziti, D., Dell'Osso, M. C., Del Debbio, A., ... Bombardieri, S. (2008). The impact of psychiatric comorbidity on health-related quality of life in women with fibromyalgia. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(5), 217-224.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), 487-495.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922-928.
- Clauw, D. J. (2014). Fibromyalgia: A clinical review. *Jama*, 311(15), 1547-1555.
- Clauw, D. J., Arnold, L. M., & McCarberg, B. H. (2011). The science of fibromyalgia. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(9), 907-911.
- Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: Global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine*, 23(2), 129-138.
- Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M., & Wetzel, R.D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis, MO: Center for psychobiology of personality Washington.
- Conklin, A. C., Malone, J. C., & Fowler, J. T. (2012). Mentalization and the Rorschach. *Rorschachiana*, 33, 189-213.
- Conrad, R., Schilling, G., Bausch, C., Nadstawek, J., Wartenberg, H. C., Wegener, I., ... Liedtke, R. (2007). Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *Pain*, 133(1), 197-209.
- Courjaret, J., Schotte, C. K., Wijnants, H., Moorkens, G., & Cosyns, P. (2009). Chronic fatigue syndrome and DSM-IV personality disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(1), 13-20.
- Daley, B. S. (1992). *A descriptive study of the Rorschach and chronic pain* (Thèse de doctorat inédite). Massachusetts School of Professional Psychology, Boston, MA.

- Dallaire, É. (2011). *La fibromyalgie et ses aspects intrapsychiques* (Essai de doctorat inédit). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC.
- Debray, R. (1991). Réflexions actuelles sur le développement des bébés et le point de vue psychosomatique. *Revue française de psychosomatique*, 1, 41-57.
- De Korwin, J. D., Chiche, L., Banovic, I., Ghali, A., Delliaux, S., Authier, F. J., ... Morinet, F. (2016). Le syndrome de fatigue chronique : une nouvelle maladie? *La revue de médecine interne*, 37(12), 811-819.
- Dersh, J., Polatin, P. B., & Gatchel, R. J. (2002). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 773-786.
- De Tychev, C. (1994). *L'approche des dépressions à travers le test de Rorschach : point de vue théorique, diagnostique et thérapeutique*. Issy-les-Moulineaux, France : Éditions EAP.
- De Tychev, C., Diwo, R., & Dollander, M. (2000). La mentalisation: approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach. *Bulletin de psychologie*, 53, 469-480.
- Doering, S., Burgmer, M., Heuft, G., Menke, D., Bäumer, B., Lübking, M., ... Schneider, G. (2013). Reliability and validity of the German version of the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *BMC Psychiatry*, 13(1), 210.
- Dunne, F. J., & Dunne, C. A. (2012). Fibromyalgia syndrome and depression: Common pathways. *British Journal of Hospital Medicine*, 73(4), 211-217.
- Exner, J. E. (2003a). *Manuel d'interprétation du Rorschach en système intégré*. Paris, France : Éditions Frisons-Roche.
- Exner, J. E. (2003b). *The Rorschach: A comprehensive system. Vol. 1: Basic foundations and principles for interpretation* (4^e éd.). New York, NY: Wiley.
- Fain, M. & Marty, P. (1964). Perspective psychosomatique sur la fonction des fantasmes. *Revue française de psychanalyse*, 28, 609-622.
- Fauci, A., Braunwald, E., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J., & Loscalzo, J. (2009). *Fibromyalgia*. Repéré le 26 octobre 2015 à <http://accessmedicine.com/content.aspx?aid=2863176>
- Fietta, P., & Manganelli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 78(2), 88-95.

- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J., & Benjamin, L. S. (1997) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, Clinician Version*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version*. New York, NY: New York State Psychiatric Institute
- Fischer-Kern, M., Kapusta, N. D., Doering, S., Hörz, S., Mikutta, C., & Aigner, M. (2011). The relationship between personality organization and psychiatric classification in chronic pain patients. *Psychopathology*, 44(1), 21-26.
- Fitzcharles, M. A., Ste-Marie, P. A., Goldenberg, D. L., Pereira, J. X., Abbey, S., Choinière, M., ... Shir, Y. (2013). Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: Executive summary. *Pain Research and Management*, 18(3), 119-126.
- Gacono, C. B., Meloy, J. R., & Berg, J. L. (1992). Object relations, defensive operations, and affective states in narcissistic, borderline, and antisocial personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 59(1), 32-49.
- Gartner, J., Hurt, S., & Gartner, A. (1989). Psychological test signs of borderline personality disorder: A review of the empirical literature. *Journal of Personality Assessment*, 53(3), 423-441.
- Gencay-Can, A., & Can, S. S. (2012). Temperament and character profile of patients with fibromyalgia. *Rheumatology International*, 32(12), 3957-3961.
- Geoffroy, P. A., Amad, A., Gangloff, C., & Thomas, P. (2012). Fibromyalgie et psychiatrie : 35 ans plus tard... Quoi de neuf? *La presse médicale*, 41(5), 455-465.
- Gerhardt, A., Hartmann, M., Schuller-Roma, B., Blumenstiel, K., Bieber, C., Eich, W., & Steffen, S. (2011). The prevalence and type of Axis-I and Axis-II mental disorders in subjects with non-specific chronic back pain: Results from a population-based study. *Pain Medicine*, 12(8), 1231-1240.
- Gerson, A., & Fox, D. (2003). Fibromyalgia revisited: Axis II factors in MMPI and historical data in compensation claimants. *American Journal of Forensic Psychology*, 21(3), 21-26.
- Goulet, J. (1999). Troubles de personnalité. Dans P. Lalonde, J. Aubut, & F. Gunberg (Éds), *Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale* (Tome I : Introduction et syndromes cliniques, 3^e éd., pp. 650-683). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.

- Grenier, D. (1999). *Le corps imaginaire et le corps réel dans le fibromyalgie* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Concordia, Montréal, QC.
- Grodman, I., Buskila, D., Arnson, Y., Altaman, A., Amital, D., & Amital, H. (2011). Understanding fibromyalgia and its resultant disability. *The Israel Medical Association Journal*, 13(12), 769-772.
- Guité, M., & Drouin-Bégin, A. (2000). *La fibromyalgie : bien la connaître pour mieux surmonter la douleur, la fatigue chronique et les troubles du sommeil*. Sainte-Foy, QC : Les Éditions Multimondes.
- Guitteny, M., Bougouin-Kuhn, E., Sauvaget, A., & Vanelle, J. M. (2010). Syndrome fibromyalgique, le point de vue du psychiatre. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(3), 229-233.
- Häuser, W., & Wolfe, F. (2012). Diagnosis and diagnostic tests for fibromyalgia (syndrome). *Reumatismo*, 64(4), 194-205.
- Häuser, W., Galek, A., Erbslöh-Möller, B., Köllner, V., Kühn-Becker, H., Langhorst, J., ... Brähler, E. (2013). Posttraumatic stress disorder in fibromyalgia syndrome: Prevalence, temporal relationship between posttraumatic stress and fibromyalgia symptoms, and impact on clinical outcome. *Pain*, 154(8), 1216-1223.
- Hawkins, R. A. (2013). Fibromyalgia: A clinical update. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 113(9), 680-689.
- Herken, H., Gursoy, S., Yetkin, O. E., Virit, O., & Esgi, K. (2001). Personality characteristics and depression level of the female patients with fibromyalgia syndrome. *International Medical Journal-Tokyo*, 8(1), 41-44.
- Jin, H. (2014). Topical review: The enigma of fibromyalgia. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache*, 28, 107-118.
- Johannsson, V. (1993). Does a fibromyalgia personality exist? *Journal of Musculoskeletal Pain*, 1(3-4), 245-252.
- Johnson, A. L., Storzbach, D., Binder, L. M., Barkhuizen, A., Kent Anger, W., Salinsky, M. C., ... Rohlman, D. S. (2010). MMPI-2 profiles: Fibromyalgia patients compared to epileptic and non-epileptic seizure patients. *The Clinical Neuropsychologist*, 24(2), 220-234.
- Kahn, M.-F. (2002). La fibromyalgie existe-t-elle? *L'observatoire de la douleur*, 11, 6-8.

- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2005). *Manuel de poche de psychiatrie clinique* (2^e éd.). Rueil-Malmaison, France : Éditions Pradel.
- Kayhan, F., Küçük, A., Satan, Y., İlgün, E., Arslan, Ş., & İlik, F. (2016). Sexual dysfunction, mood, anxiety, and personality disorders in female patients with fibromyalgia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 349-355.
- Kernberg, O. F. (1989). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapiques*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Kernberg, O. F. (2001). *Les troubles limites de la personnalité*. Paris, France : Dunod.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. Dans M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Éds), *Major theories of personality disorder* (pp. 114-156). New York, NY: Guilford Press.
- Kochman, F. (2002). Fatigue chronique et fibromyalgie : une recherche encore balbutiante. *Quotidien du Médecin, Web-FMC qdm no 7082*.
- Labrosse, R., & Leclerc, C. (Éd.). (2007). *Trouble de personnalité limite et réadaptation : point de vue de différents acteurs, Tome I*. Saint-Jérôme, Qc : Éditions ressources.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2004). *Vocabulaire de la psychanalyse* (4^e éd.). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Laroche, F. (2009). Actualités de la fibromyalgie. *Revue du rhumatisme*, 76(6), 529-536.
- Leavitt, F., & Garron, D. C. (1982). Rorschach and pain characteristics of patients with low back pain and "conversion V" MMPI profiles. *Journal of Personality Assessment*, 46(1), 18-25.
- Leeman, C. (2004). Fibromyalgia, borderline personality and opioid prescription. *General Hospital Psychiatry*, 26, 415-416.
- Lemogne, C., Smagghe, P. O., Djian, M. C., & Caroli, F. (2004). La douleur chronique en psychiatrie : comorbidité et hypothèses. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 162(5), 343-350.
- Léveillé, S. (2001). Étude comparative d'individus limites avec et sans passages à l'acte hétéroagressifs quant aux indices de mentalisation au Rorschach. *Revue québécoise de psychologie*, 22(3), 53-64.

- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., & Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 481-501.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., & Yeomans, F. E. (2012). An update and overview of the empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychotherapies for borderline personality disorder. Dans R. Levy, J. S. Ablon, & H. Kaechele (Eds), *Psychodynamic psychotherapy research* (pp. 139-167). Totowa, NJ: Humana Press
- Lieb, A. M. (2008). *Fibromyalgia and the Rorschach Inkblot Test* (Thèse de doctorat inédite). Pacific University, Hillsboro, OR. Repéré à <http://commons.pacificu.edu/spp/157>
- Loas, G. (2010). L'alexithymie. *Annales médico psychologiques*, 168, 712-715.
- Luquet, P. (1981). Le changement dans la mentalisation. *Revue française de psychanalyse*, 45, 1022-1028.
- Luquet, P. (1988). Langage, pensée et structure psychique. *Revue française de psychanalyse*, 52, 267-302.
- Lyon, P., Cohen, M., & Quintner, J. (2011). An evolutionary stress-response hypothesis for chronic widespread pain (fibromyalgia syndrome). *Pain Medicine*, 12(8), 1167-1178.
- Malin, K., & Littlejohn, G. O. (2012). Personality and fibromyalgia syndrome. *The Open Rheumatology Journal*, 6, 273-285.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris, France : Les laboratoires Delagrangé.
- Mazza, M., Mazza, O., Pomponi, M., Di Nicola, M., Padua, L., Vicini, M., ... Mazza, S. (2009). What is the effect of selective serotonin reuptake inhibitors on temperament and character in patients with fibromyalgia? *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 240-244.
- McCarberg, B. H. (2012). Clinical overview of fibromyalgia. *American Journal of Therapeutics*, 19(5), 357-368.
- Merceron, C., Rossel, F., & Matthey, M.-L. (1990). La plainte douloureuse chronique et son approche psychologique à travers les techniques projectives. *Psychologie médicale*, 22(8), 681-686.

- Meyer, G. J., Viglione, D. J., & Giromini, L. (2014). An introduction to Rorschach-based performance assessment. Dans R. P. Archer & S. R. Smith (Éds), *Personality assessment* (pp. 301-370). New York, NY: Routledge.
- Miller, J. D., Morse, J. Q., Nolf, K., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2012). Can DSM-IV borderline personality disorder be diagnosed via dimensional personality traits? Implications for the DSM-5 personality disorder proposal. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(4), 944-950.
- Molnar, D. S., Flett, G. L., Sadava, S. W., & Colautti, J. (2012). Perfectionism and health functioning in women with fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research, 73*(4), 295-300.
- Montoro, C. I., & del Paso, G. A. R. (2015). Personality and fibromyalgia: Relationships with clinical, emotional, and functional variables. *Personality and Individual Differences, 85*, 236-244.
- New, A. S., Perez-Rodriguez, M. M., & Ripoll, L. H. (2012). Neuroimaging and borderline personality disorder. *Psychiatric Annals, 42*(2), 65-71.
- 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.
- Pérez-Pareja, J., Sesé, A., González-Ordi, H., & Palmer, A. (2010). Fibromyalgia and chronic pain: Are there discriminating patterns by using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)? *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*(1), 41-56.
- Perret-Catipovic, M., & Cedraschi, C. (1992). Évaluation des aspects psychologiques dans le risque de chronicisation des lombalgies : de la clinique à la recherche. *Psychologie médicale, 24*(11), 1137-1142.
- Perrot, S. (2012). If fibromyalgia did not exist, we should have invented it. A short history of a controversial syndrome. *Reumatismo, 64*(4), 186-193.
- Pizza, V., Spitaleri, D. L., & Colucci d'Amato, C. (2001). The personality profile and alexithymic syndrome in primary headache: A Rorschach study. *The journal of headache and pain, 2*(1), 31-37.
- Polatin, P. B., Kennedy, R. K., Gatchel, R. J., Lillo, E., & Mayer, T. G. (1993). Psychiatric illness and chronic low-back pain: The mind and the spine-which goes first? *Spine, 18*(1), 66-71.

- Pridmore, S., & Rosa, M. A. (2001). Fibromyalgia for the psychiatrist. *German Journal of Psychiatry*, 4(2), 1-8.
- Prieur, A. M. (2000). Syndromes douloureux musculo-squelettiques chez le grand enfant et l'adolescent. *Concours médical*, 122(23), 1572-1576.
- Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 17(8), 356-356.
- Raphael, K. G., Janal, M. N., Nayak, S., Schwartz, J. E., & Gallagher, R. M. (2006). Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain*, 124(1), 117-125.
- Rausch de Traubenberg, N. (1983). Activité perceptive et activité fantasmatique au test de Rorschach. Le Rorschach : espace d'interactions. *Psychologie française*, 28(2), 100-103.
- Richelle, J., Debroux, P., De Noose, L., & Malempré, M. (2009). *Manuel du test de Rorschach : approche formelle et psychodynamique*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Supérieur.
- Roman, P. (2016). *Les épreuves projectives dans l'examen psychologique*. Paris, France : Dunod.
- Rose, S., Cottencin, O., Chouraki, V., Wattier, J. M., Houvenagel, E., Vallet, B., & Goudemand, M. (2009). Importance des troubles de la personnalité et des comorbidités psychiatriques chez 30 patients atteints de fibromyalgie. *La presse médicale*, 38(5), 695-700.
- Russel, I. J. (2009). Personality subgroups in the fibromyalgia syndrome. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 17(2), 114-116.
- Salaffi, F., & Sarzi-Puttini, P. (2012). Old and new criteria for the classification and diagnosis of fibromyalgia: Comparison and evaluation. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 30(6), 3-9.
- Sami-Ali, M. (1986). *De la projection, une étude psychanalytique*. Paris, France : Dunod.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2007). *Fibromyalgia and borderline personality: Theoretical perspectives*. Repéré à <http://www.avoiceformen.com/wp-content/uploads/sites/2/2011/03/Fibromyalgia-and-Borderline-Personality-Theoretical-Perspectives-Sansone.pdf>.

- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2012). Chronic pain syndromes and borderline personality. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(1), 10-14.
- Sayar, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 23(5), 441-448.
- Scapicchio, P., De Fidio, D., Puca, F., Scirucchio, V., Nicolodi, M., Canova, S., ... Sandrini, G. (2000). Chronic daily headache: A Rorschach study. *Journal of Headache Pain*, 1(S.1), 57-60.
- Semer, N. L., & Yazigi, L. (1990). Douleur chronique, réponses d'anatomie au Rorschach et narcissisme primaire. *Psychologie médicale*, 22(8), 697-700.
- Shuster, J., McCormack, J., Riddell, R. P., & Toplak, M. E. (2009). Understanding the psychosocial profile of women with fibromyalgia syndrome. *Pain Research and Management*, 14(3), 239-245.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic's characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.
- Smith, H. S., Harris, R., & Clauw, D. (2011). Fibromyalgia: An afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. *Pain Physician*, 14(2), 217-245.
- Société québécoise de la fibromyalgie. (2015, avril). *Fibromyalgie*. Repéré à <http://www.fibromyalgie-sqf.org/fibromyalgie.htm>.
- Sordet-Guepet, H. (2004). L'insaisissable fibromyalgie. *L'évolution psychiatrique*, 69(4), 671-689.
- Speisman, J. C., & Singer, M. T. (1961). Rorschach content correlates in five groups with organic pathology. *Journal of Projective Techniques*, 25(3), 356-359.
- Spiegel, R. (1968). *A comprehensive study of the Rorschach using two patient groups with rheumatoid arthritis* (Dissertation Philosophie 1). Zurich, Sandoz, Basel.
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., MacCornack, V., ... Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 35-44.
- Sumpton, J. E., & Moulin, D. E. (2014). Fibromyalgia. *Handbook of Clinical Neurology*, 119, 513-527.

- Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 837-844.
- Torres, X., Bailles, E., Valdes, M., Gutierrez, F., Peri, J. M., Arias, A., ... Collado, A. (2013). Personality does not distinguish people with fibromyalgia but identifies subgroups of patients. *General Hospital Psychiatry*, 35(6), 640-648.
- Uguz, F., Çiçek, E., Salli, A., Karahan, A. Y., Albayrak, İ., Kaya, N., & Uğurlu, H. (2010). Axis I and Axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 32(1), 105-107.
- Van Geelen, S. M., Sinnema, G., Hermans, H. J., & Kuis, W. (2007). Personality and chronic fatigue syndrome: Methodological and conceptual issues. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 885-903.
- Van Houdenhove, B., Kempke, S., & Luyten, P. (2010). Psychiatric aspects of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Current Psychiatry Reports*, 12(3), 208-214.
- Vidal-Zas, A. (2000). *The impacts of psychological factors and emotional stress in the onset of fibromyalgia* (Thèse de doctorat inédite). Carlos Albizu University, Miami, FL.
- Vural, M., Berkol, T. D., Erdogdu, Z., Kucukserat, B., & Aksoy, C. (2014). Evaluation of personality profile in patients with fibromyalgia syndrome and healthy controls. *Modern Rheumatology*, 24(5), 823-828.
- Weisberg, J. N., & Keefe, F. J. (1997). Personality disorders in the chronic pain population: Basic concepts, empirical findings, and clinical implications. *Pain Forum*, 6(1), 1-9.
- Wise, T. N., Mann, L. S., Jani, N., & Jani, S. (1994). Illness beliefs and alexithymia in headache patients. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 34(6), 362-365.
- Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M. A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., ... Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62(5), 600-610.
- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., ... Fam, A. G. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatology*, 33(2), 160-172.

Yamamoto, K., Kanbara, K., Mutsuura, H., Ban, I., Mizuno, Y., Abe, T., ... Fukunaga, M. (2010). Psychological characteristics of Japanese patients with chronic pain assessed by the Rorschach test. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(20), 1-13.

Appendice A
Questionnaire préliminaire

Questionnaire préliminaire

Consigne pour l'entrevue : « Afin de mieux vous connaître, je vais maintenant vous poser quelques questions sur vous ou sur des difficultés que vous auriez déjà pu rencontrer au cours de votre vie. Il est possible que certaines questions vous rejoignent moins que d'autres. Répondez au meilleur de votre connaissance. Je veux cependant vous rappeler que toutes les informations que vous me donnez seront tenues confidentielles. Avez-vous des questions avant que nous commençons? »

Numéro dossier : _____

Date : _____

1. Sexe :

Masculin _____
Féminin _____

2. Date de naissance et âge : _____

3. Statut marital :

Marié(e) : _____
Conjoint(e) de fait : _____
En couple : _____
Célibataire : _____
Séparé(e)/divorcé(e) : _____
Veuf(ve) : _____

Depuis quand? : _____

4. Enfants, âge des enfants :

5. Où demeurez-vous et avec qui?

6. Jusqu'en quelle année êtes-vous allé à l'école?

7. Occupation actuelle : _____

7.1 Si non, comment comprenez-vous l'absence d'emploi? Quelle est votre source de revenu?

8. Qu'est-ce qui vous a amené à consulter un psychologue et pourquoi maintenant (motifs)?

9. Est-il arrivé quelque chose de particulièrement difficile pour vous dans les derniers mois? Par exemple, des difficultés familiales, au travail, autres (exploration de la problématique actuelle et identification des stressors)?

9.1 Est-ce que cela a influencé votre humeur (symptomatologie et diagnostics à l'axe I)?

9.2 Est-ce que cela a influencé votre santé physique (douleur, maux physiques, sommeil, appétit, énergie, etc.)?

10. Quand avez-vous reçu votre diagnostic de trouble de personnalité limite? (âge, contexte, diagnostic médical ou psychologique)

10.1 Avez-vous déjà eu des idées suicidaires ou fait des tentatives suicidaires par le passé?

10.2 Avez-vous déjà adopté des comportements impulsifs dans des domaines potentiellement dommageables pour vous (automutilation, dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crise de boulimie, jeux en ligne)?

11. Avez-vous déjà été hospitalisé en psychiatrie et/ou reçu des services psychologiques pour des problèmes émotionnels et psychiatriques? Si oui, quand, quoi et pourquoi (diagnostics autres)?

12. Quand avez-vous reçu votre diagnostic de fibromyalgie (âge, contexte d'apparition de la maladie, médecin, épisodes douloureux et événements de vie, évolution clinique)?

13. Lors des rendez-vous, le thème de la douleur est-il abordé par les clientes? Quelles sont les principales plaintes rapportées? (intensité de la douleur, manifestations).

14. Avez-vous des loisirs? Lesquels?

15. Est-ce qu'il y a des activités quotidiennes (sommeil, déplacement, soins d'hygiène, tâches domestiques, etc.) ou des occupations significatives (activités sociales, sports, loisirs) que vous ne pouvez plus faire en raison de la fibromyalgie (interférences avec la qualité de vie, répercussions fonctionnelles)?

16. Avez-vous déjà consulté des professionnels de la santé ou reçu des soins concernant la problématique de fibromyalgie? Si oui, quand et quoi, pourquoi, prise de médication?

17. Avez-vous déjà vécu une forme d'abus verbal, physique ou sexuel? Si oui, quel âge aviez-vous?

Appendice B
Certificats éthiques



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Fibromyalgie et trouble de la personnalité limite : évaluation du fonctionnement psychologique des femmes présentant le double diagnostic

Chercheurs : Joannie St-Laurent
Département de Psychologie

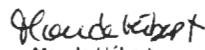
Organismes :

N° DU CERTIFICAT : CER-16-222-07.02

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 01 avril 2016 au 01 avril 2017

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.


Maude Hébert

Présidente du comité


Fanny Longpré

Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 01 avril 2016



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Fibromyalgie et trouble de la personnalité limite : évaluation du fonctionnement psychologique des femmes présentant le double diagnostic

Chercheur(s) : Joannie St-Laurent
Département de Psychologie

Organisme(s) :

N° DU CERTIFICAT : CER-16-222-07.02

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 01 avril 2017 au 01 avril 2018

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell

Président du comité

Fanny Longpré

Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 22 mars 2017

Appendice C

Tableau 7. Description synthèse des indices au Rorschach

Tableau 7

Description synthèse des indices au Rorschach

Indices	Noms	Description
Identité		
V	Estompage vista	Autocritique négative, malaises et douleur produits par l'introspection ruminative. Sentiments de honte, d'infériorité et de culpabilité liés aux facettes négatives de soi (1)
FD	Réponse de perspective formelle	Autocritique positive, capacité d'introspection (capacité à s'examiner soi-même pour devenir plus conscient de soi) (1)
H, (H), Hd et (Hd)	Contenu humain entier, humain entier fictif/mythologique, détail humain, détail humain fictif/mythologique	Renvoie à la notion d'identité, à la représentation de soi basée sur la réalité ou sur l'imaginaire. Aussi lié aux relations, à l'intérêt porté aux gens, à la perception des autres basée sur la réalité ou l'imaginaire (1)
Fr et rF	Réponse reflet	Surévaluation de sa valeur personnelle (1). Réponses liées à des traits de personnalité narcissique (1)
An et Xy	Contenu anatomique et radiographique	Préoccupations pour le corps, hypochondrie, somatisation, rumination concernant l'image de soi (1)
MOR	Contenu morbide	Vision pessimiste et dépressive de soi-même et de la réalité. Préoccupations pour le corps ou aspect dysphorique (1)
Symbolisation, Affects, Capacité de contrôle et Alexithymie		
R	Réponse	Nombre de réponses incluses dans le protocole déterminant sa validité. Indice de collaboration, de comportements défensifs (1)
L	Lambda	Capacité de contrôle, souplesse vs rigidité et dichotomie (1) Notion d'économie dans l'utilisation des ressources (1)

Tableau 7

Description synthèse des indices au Rorschach (suite)

Indices	Noms	Description
Symbolisation, Affects, Capacité de contrôle et Alexithymie		
M	Kinesthésie, mouvement humain	Renvoie à l'identité et à l'expression des pulsions agressives et libidinales (2). Indique le recours à la fantaisie et la capacité à élaborer les conflits au plan psychique (2). Correspond aux capacités et forces du Moi (ressources cognitives, affectives pour s'adapter à l'environnement, organiser, planifier et différer l'action face à la frustration (impulsivité vs contrôle), réalisme et créativité (1)
EA	Ressources internes	Ressources, forces du Moi disponibles pour composer avec l'environnement. Efficacité de l'activité mentale lorsque l'individu négocie ses besoins avec les réalités externes et qu'il sélectionne ses comportements. Les ressources incluent les capacités cognitives et affectives (1)
F%	Réponses purement formelles	Renvoie aux notions de rigidité, concrétude de la pensée, stéréotypie, faiblesse de la symbolisation. Souvent lié à l'inhibition de l'expression des motivations, fantaisies, pulsions (1)
P	Populaire, réponses banales	Capacité à voir la réalité comme tout le monde, conformisme (1)
A et Ad	Contenu animal et détail animal	Stéréotypie de la pensée, façon prévisible et routinière d'appréhender le réel. Conformisme social (2) (1). Possible défense pour préserver le Soi réel (2). Possibles difficultés à investir la relation à autrui sur un mode mature (2)
Sum C': WSumC	Rapport de rétention des affects	Répression et internalisation excessive des émotions, affects retenus, étouffés, péniblement vécus (affects dépressifs) (1)
Color Shading blends	Réponse incluant des déterminants couleur et estompage	Confusion, incertitude, ambivalence par rapport aux affects, souffrance psychologique, détresse et affects douloureux (1)

Tableau 7

Description synthèse des indices au Rorschach (suite)

Indices	Noms	Description
Symbolisation, Affects, Capacité de contrôle et Alexithymie		
FC : CF + C	Rapport Forme-couleur	Mesure le niveau de contrôle sur l'affect. Notion de modulation des décharges émotionnelles et des manifestations affectives. Les réponses FC corréleront avec des expériences émotionnelles mieux contrôlées vs CF sont liées à des décharges affectives moins retenues. Les réponses C suggèrent un manque de contrôle, la présence d'impulsivité (1)
Blends	Réponse avec déterminants multiples	Indice de complexité psychologique. Hypersensibilité, débordement vs manque de complexité, froideur, insensibilité (1)
Y	Impact du stress situation sur les émotions	Affects provoqués par un sentiment d'impuissance ou par l'incapacité à faire une réponse. Peut se manifester sous la forme d'appréhension, d'anxiété, tristesse ou tensions dont la cause demeure indéterminée (1)
DAj	Score D ajusté	Reflète la capacité du sujet à conserver son contrôle face à des demandes et sa tolérance au stress. Indique une surcharge émotionnelle permanente, chronique ou l'équilibre entre les forces et les exigences perçues (1)
CDI	Index de déficit en coping	Inclut plusieurs variables liées à la perception des relations, aux affects, aux ressources et au contrôle. Lorsque positif, cela indique la présence d'immaturité relationnelle ou des difficultés à établir et maintenir des relations proches et adultes (1)
DEPI-R	Index de Dépression	Inclut plusieurs variables liées aux affects, à la cognition, aux relations et à la complexité psychologique. Lorsque positif, cela indique la présence de détresse et/ou de dépression avec un dysfonctionnement comportemental possible. Peut aussi suggérer une organisation de la personnalité sujette à des perturbations affectives fréquentes (1)
S-CON	Constellation suicidaire	Inclut plusieurs variables hétérogènes. Renseigne sur le potentiel suicidaire, sur la présence d'idées d'autodestruction (1)

Tableau 7

Description synthèse des indices au Rorschach (suite)

Indices	Noms	Description
Symbolisation, Affects, Capacité de contrôle et Alexithymie		
Afr	Rapport affectif	Volonté ou intérêt du sujet à composer avec les stimulations affectives et sociales, évitement (1)
2AB + Art + Ay	Indice d'intellectualisation	L'intellectualisation permet de réduire l'impact des situations émotionnelles en les traitant à un niveau idéationnel. Cet indice permet de vérifier si le recours à l'intellectualisation correspond à une tactique défensive majeure et rigide qui augmente les risques de désorganisation lorsque les émotions sont trop intenses ou si l'utilisation demeure dans la norme (1)
X-% et FQ-	Déformation perceptive et nombre réel des réponses de qualité formelle moins	Renvoient à la médiation. Précision perceptive du sujet, adéquation formelle de la réponse. Renvoient au rapport avec la réalité (maintien de la réalité vs déformation de la réalité et impact sur le niveau d'adaptation) (1)
XA% et WDA%	Adéquation formelle étendue et Adéquation formelle dans les découpes courantes	Indices renvoyant à l'adéquation formelle (dans quelle mesure les activités de médiation ont produit des réponses appropriées). Le XA% indique la proportion de bonnes formes dans tout le protocole alors que le WDA% limite ce calcul dans les réponses localisées en W et D (1)
DV, DR, INCOM, FABCOM, ALOG, CONTAM	Cotations spéciales critiques	Permettent l'identification de difficultés dans la pensée conceptuelle et concernent indirectement la clarté de la pensée. Elles indiquent la présence de ratés cognitifs ou idéationnels. Continuum de sévérité du dysfonctionnement cognitif allant des indices plus légers DV1 au plus sévère CONTAM (1)
S-	Réponse dans le blanc	Suggèrent de l'opposition, de l'agressivité inconsciente et du négativisme. Si présent en grand nombre, peut suggérer une agressivité désorganisante pour l'individu. Médiation potentiellement perturbée par un problème affectif lié à la colère et au négativisme. (1)

Tableau 7

Description synthèse des indices au Rorschach (suite)

Indices	Noms	Description
Symbolisation, Affects, Capacité de contrôle et Alexithymie		
M-	Mouvement humain de mauvaise qualité formelle	Forme de pensée dirigée, contrôlée qui interfère avec la médiation. Pensée désordonnée (1)
M none	Mouvement humain sans forme	Affects qui interfèrent avec la clarté de la pensée (1)
Relation d'objet		
Pure H	Réponses au contenu humain entier	Capacité à se représenter des humains en relation. Vision de soi et des autres basée sur la réalité vs sur l'imaginaire (1)
Sum T	Déterminant estompage de type texture	Besoins affectifs primaires, expériences primitives avec la mère, contacts physiques, intimité, besoins de proximité et ouverture aux relations affectives proches (1)
PER	Référence personnelle	Contrôle et autoritarisme dans les relations interpersonnelles, lié à l'intégrité de l'identité et à l'estime de soi (1)
AG	Mouvement agressif	Mesure de l'agressivité consciente. Renvoie aux conceptions internes des interactions avec autrui. Anticipation d'interactions teintées d'agressivité et de compétition (1)
COP	Mouvement de coopération	Mesure la capacité à percevoir des relations bienveillantes dans son environnement. Les relations interpersonnelles sont considérées comme étant positives, de coopération ou d'entraide (1)
PHR > GHR	Représentation humaine faible vs bonne	Approche générale pour étudier les comportements interpersonnels et leur efficacité. Lorsque le nombre de PHR est supérieur, cela peut indiquer la présence de comportements relationnels moins adaptés à la situation (1)
Food	Réponse Alimentation	Signale la présence d'une orientation vers la dépendance pouvant affecter les relations interpersonnelles. Enjeux d'oralité (1)

Tableau 7

Description synthèse des indices au Rorschach (suite)

Indices	Noms	Description
Relation d'objet		
a : p	Ratio des mouvements actifs vs passifs	Indice de rigidité cognitive, manque de flexibilité dans les valeurs et les attitudes. Peut aussi indiquer une orientation passive vs active dans les relations interpersonnelles (1)
HVI	Index d'hypervigilance	Index incluant plusieurs variables liées à la cognition, la perception de soi et les relations. Lorsque positif, cela indique un état permanent d'alerte, une méfiance et une attitude négative envers l'environnement pouvant affecter la clarté et la souplesse de la pensée ainsi que les relations aux autres (prudence, protection de l'espace personnel). Cela renvoie aussi à un sentiment de vulnérabilité personnelle (menace à l'intégrité) (1)

Note. Informations tirées du Manuel d'interprétation du Rorschach en système intégré de Exner (2003a) (1) et du manuel du test de Rorschach de Richelle et al. (2009) (2).

Appendice D

Résumés structuraux

P1

STRUCTURAL SUMMARY

LOCATION FEATURES	DETERMINANTS BLENDS	SINGLE	CONTENTS	APPROACH
Zf = 9	M. CF	M = 3	H = 1	I W.Dds
ZSum = 27.5	FC.VF	FM = 4	(H) = 3	II Dd
ZEst = 27.5	FM.FT	m = 0	Hd = 1	III D.DD
W = 4	FC.M.M	FC = 0	(Hd) = 2	IV W
D = 11	FC.M	CF = 0	Hx = 0	V W
W+D = 15	FC.M	C = 0	A = 8	VI D
Dd = 6	FC.M	Cu = 0	(A) = 2	VII D
S = 2	FC.M	FC = 0	Ad = 1	VIII D D D D D
		CF = 0	(Ad) = 0	IX W Dd
		C = 0	An = 0	X Dd D D D D
		C' = 0	Art = 1	
		FT = 0	Ay = 1	SPECIAL SCORES
		TF = 0	Bl = 1	
		T = 0	Bt = 0	Lv1 Lv2
		FV = 0	Cg = 3	DV = 1 x1 x2
		VF = 0	Cl = 0	INC = 2 x2 x4
		V = 0	Ex = 0	DR = 1 x3 x6
		FY = 0	Fd = 0	FAB = 0 x4 x7
		YF = 1	Fi = 1	ALOG = 0 x5
		Y = 0	Ge = 0	CON = 0 x7
		Fr = 0	Hh = 2	Raw Sum6 = 4
		rF = 0	Ls = 0	Wgt'd Sum6 = 8
		FD = 0	Na = 0	
		F = 4	Sc = 0	AB = 0 GHR = 4
			Sx = 0	AG = 1 PHR = 2
			Xy = 0	COP = 0 MOR = 1
			Ld = 2	CP = 0 PER = 0
		(2) = 8		PSV = 0

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS									
R = 21	L = 0.50	FC:CF+C	= 4:1	COP = 0	AG = 1				
EB = 6:3	EA = 9	Pure C	= 0:3	GHR:PHR	= 4:2				
cb = 7:3	es = 10	SumC:WSumC	= 0:3	ap	= 7:6				
	Adj es = 9	Afr	= 1:1	Food	= 0				
	Adj D = 0	S	= 2	SumT	= 1				
FM = 5	SumC = 0	Blends:R	= 6:210.2%	Human Cont	= 7				
m = 2	SumV = 1	CP	= 0	Pure H	= 1				
				PER	= 0				
				Isol Indx	= 0				
ap = 7:6	Sum6 = 4	XA%	= 0.86	Zf = 9	3r+(2)/R	= 0.38			
Ma:Mp = 2:4	Lv2 = 0	WDA%	= 0.93	W:D:Dd = 4:11:6	Fr+rF	= 0			
2AB+Art+Ay = 2	WSum6 = 8	X-%	= 0.19	W:M = 4:6	SumV	= 1			
MOR = 1	M- = 1	S-	= 0	Zd = 0	FD	= 0			
	Mnone = 0	P	= 4	PSV = 0	An+Xy	= 0			
		X+% = 0.43		DQ+ = 4	MOR	= 1			
		Xu% = 0.43		DQv = 0	H:(H)+Hd+(Hd)	= 1:6			
PTI = nan	DEPI = nan	CDI = nan	S-CON = nan	HVI = nan	OBS = nan				

P1

CONSTELLATIONS WORKSHEET

S-Constellation (Suicide Potential):

☐ Check Positive if 8 or more conditions are true:
Note: Applicable only for subjects over 14 years old.

- ☐ $FV+VF+V+FD > 2$
- ☒ Color-Shading Blends > 0
- ☐ $3r+(2)/R < .31$ or $> .44$
- ☐ $MOR > 3$
- ☐ $Zd > +3.5$ or $Zd < -3.5$
- ☒ $es > EA$
- ☐ $CF+C > FC$
- ☒ $X+\% < .70$
- ☐ $S > 3$
- ☐ $P < 3$ or $P > 8$
- ☒ Pure H < 2
- ☐ $R < 17$

PTI (Perceptual-Thinking Index):

- ☐ $XA\% < .70$ and $WDA\% < .75$
- ☐ $X-\% > .29$
- ☐ $LVL2 > 2$ and $FAB2 > 0$
- ☐ $R < 17$ and $WSUM6 > 12$
- ☐ $OR R > 16$ and $WSUM6 > 17$
- ☐ $M- > 1$ OR $X-\% > .40$

0 Sum PTI

DEPI (Depression Index):

☐ Check Positive if 5 or more conditions are true:

- ☒ $(FV+VF+V > 0)$ OR $(FD > 2)$
- ☒ $(Col-Shd\ Blends > 0)$ OR $(S > 2)$
- ☐ $(3r+(2)/R > .44$ and $Fr+rF = 0)$
- ☐ OR $(3r+(2)/R < .33)$
- ☐ $(Afr < .46)$ OR $(Blends < 4)$
- ☐ $(SumShading > FM+m)$ OR $(SumC' > 2)$
- ☐ $(MOR > 2)$ OR $(2xAB+Art+AY > 3)$
- ☒ $(Cop < 2)$ OR
- ☐ $((Bt+2xC1+Ge+Ls+2xNa)/R > .24)$

CDI (Coping Deficit Index):

☐ Check Positive if 4 or 5 conditions are true:

- ☐ $(EA < 6)$ OR $(AdjD < 0)$
- ☒ $(COP < 2)$ and $(AG < 2)$
- ☐ $(Weighted\ Sum\ C < 2.5)$ OR $(Afr < .46)$
- ☒ $(Passive > Active+1)$ OR $(Pure\ H < 2)$
- ☐ $(Sum\ T > 1)$
- ☐ OR $(Isolate/R > .24)$
- ☐ OR $(Food > 0)$

HVI (Hypervigilance Index):

☐ Check Positive if condition 1 is true and at least 4 of the others are true:

- ☐ (1) $FT+TF+T = 0$
- ☐ (2) $Zf > 12$
- ☐ (3) $Zd > +3.5$
- ☐ (4) $S > 3$
- ☒ (5) $H+(H)+(Hd)+(Hd) > 6$
- ☒ (6) $(H)+(A)+(Hd)+(Ad) > 3$
- ☐ (7) $H+A: Hd+Ad < 4:1$
- ☐ (8) $Cg > 3$

OBS (Obsessive Style Index):

- ☒ (1) $Dd > 3$
- ☐ (2) $Zf > 12$
- ☐ (3) $Zd > +3.0$
- ☐ (4) $Populars > 7$
- ☐ (5) $FQ+ > 1$

☐ Check Positive if one or more is true:

- ☐ Conditions 1 to 5 are all true
- ☐ 2 or more of 1 to 4 are true AND $FQ+ > 3$
- ☐ 3 or more of 1 to 5 are true AND $X+\% > .89$
- ☐ $FQ+ > 3$ AND $X+\% > .89$

*Note: Should be adjusted for younger clients.

P2

STRUCTURAL SUMMARY

LOCATION FEATURES	DETERMINANTS	CONTENTS	APPROACH
	BLENDS	SINGLE	
Zf = 15	FC'FC	M = 0	I W W
ZSum = 54		FM = 2	II W
ZEst = 49	FM.FC'	m = 0	III D D D
W = 8	FM.FT	FC = 3	IV W W
D = 12	FM.CF.FC'	CF = 0	V W
W+D = 20		C = 0	VI W W
Dd = 4		Cn = 0	VII W
S = 8		FC' = 3	VIII D Dd D Dd
		CF = 0	IX D D D
		C = 0	X D Dd Dd D
		FT = 0	
DQ = 3		TF = 0	SPECIAL SCORES
+		T = 0	Lv1 Lv2
o = 2		FV = 0	DV = 4 x1 x2
v/+ = 0		VF = 0	INC = 0 x2 x4
v = 0		V = 0	DR = 2 x3 1 x6
		FY = 3	FAB = 0 x4 x7
		YF = 0	ALOG = 0 x5
		Y = 0	CON = 0 x7
		Fr = 0	Raw Sum6 = 7
		rF = 0	Wgtd Sum6 = 10
		FD = 0	
		F = 9	AB = 0 GHR = 0
		(2) = 5	AG = 0 PHR = 3
			COP = 1 MOR = 1
			CP = 0 PER = 2
			PSV = 0

FORM QUALITY

	FQx	MQual	W+D
+	= 0	= 0	= 0
o	= 9	= 0	= 9
u	= 6	= 0	= 5
-	= 9	= 0	= 6
none	= 0	= 0	= 0

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

R = 24	L = 0.60	FC:CF+C = 4:1	COP = 1	AG = 0
EB = 0:3	EA = 3	Pure C = 0	GHR:PHR = 0:3	
eb = 5:10	es = 15	SumC:WSumC = 6:3	a:p = 3:2	
	Adj es = 13	Afr = 18	Food = 2	
		S = 8	SumT = 1	
FM = 5	SumC = 6	Blends:R = 4:24 (0.17)	Human Cont = 1	
m = 0	SumV = 0	CP = 0	Pure H = 0	
			PER = 2	
			Isol Indx = 0	
a:p = 3:2	Sum6 = 7	XA% = 0.63	Zf = 15	3r+(2)/R = 0.21
Ma:Mp = 0:0	Lv2 = 1	WDA% = 0.30	W:D:Dd = 8:12:4	Fr+rF = 0
2AB+Art+Ay = 0	WSum6 = 16	X-% = 0.38	W:M = 8:0	SumV = 0
MOR = 1	M- = 0	S- = 4	Zd = 5	FD = 0
	Mnone = 0	P = 3	PSV = 0	An+Xy = 3
		X+% = 0.38	DQ+ = 3	MOR = 1
		Xu% = 0.25	DQv = 0	H:(H)+Hd+(Hd) = 0:1

PTI = nan DEPI = nan CDI = oui S-CON = nan HVI = nan OBS = nan

P2

CONSTELLATIONS WORKSHEET

S-Constellation (Suicide Potential):

☐ Check Positive if 8 or more conditions are true:
Note: Applicable only for subjects over 14 years old.

- ☐ $FV + VF + V + FD > 2$
- ☒ Color-Shading Blends > 0
- ☒ $3r + (2)/R < .31$ or $> .44$
- ☐ $MOR > 3$
- ☒ $Zd > +3.5$ or $Zd < -3.5$
- ☒ $es > EA$
- ☐ $CF + C > FC$
- ☒ $X + \% < .70$
- ☒ $S > 3$
- ☐ $P < 3$ or $P > 8$
- ☒ Pure H < 2
- ☐ $R < 17$

PTI (Perceptual-Thinking Index):

- ☒ $XA\% < .70$ and $WDA\% < .75$
- ☒ $X - \% > .29$
- ☐ $LVL2 > 2$ and $FAB2 > 0$
- ☐ $R < 17$ and $WSUM6 > 12$
- $OR R > 16$ and $WSUM6 > 17$
- ☐ $M - > 1$ OR $X - \% > .40$

2 Sum PTI

DEPI (Depression Index):

☐ Check Positive if 5 or more conditions are true:

- ☐ $(FV + VF + V > 0)$ OR $(FD > 2)$
- ☒ $(Col-Shd Blends > 0)$ OR $(S > 2)$
- ☒ $(3r + (2)/R > .44$ and $Fr + rF = 0)$
- $OR (3r + (2)/R < .33)$
- ☐ $(Afr < .46)$ OR $(Blends < 4)$
- ☒ $(SumShading > FM + m)$ OR $(SumC' > 2)$
- ☐ $(MOR > 2)$ OR $(2xAB + Art + AY > 3)$
- ☒ $(Cop < 2)$ OR
- $([Bt + 2xCl + Ge + Ls + 2xNa]/R > .24)$

CDI (Coping Deficit Index):

☒ Check Positive if 4 or 5 conditions are true:

- ☒ $(EA < 6)$ OR $(AdjD < 0)$
- ☒ $(COP < 2)$ and $(AG < 2)$
- ☐ $(Weighted Sum C < 2.5)$ OR $(Afr < .46)$
- ☒ $(Passive > Active + 1)$ OR $(Pure H < 2)$
- ☒ $(Sum T > 1)$
- $OR (Isolate/R > .24)$
- $OR (Food > 0)$

HVI (Hypervigilance Index):

☐ Check Positive if condition 1 is true and at least 4 of the others are true:

- ☐ (1) $FT + TF + T = 0$
- ☒ (2) $Zf > 12$
- ☒ (3) $Zd > +3.5$
- ☒ (4) $S > 3$
- ☐ (5) $H + (H) + Hd + (Hd) > 6$
- ☐ (6) $(H) + (A) + (Hd) + (Ad) > 3$
- ☒ (7) $H + A: Hd + Ad < 4:1$
- ☐ (8) $Cg > 3$

OBS (Obsessive Style Index):

- ☒ (1) $Dd > 3$
- ☒ (2) $Zf > 12$
- ☒ (3) $Zd > +3.0$
- ☐ (4) $Populars > 7$
- ☐ (5) $FQ+ > 1$

☐ Check Positive if one or more is true:

- ☐ Conditions 1 to 5 are all true
- ☐ 2 or more of 1 to 4 are true AND $FQ+ > 3$
- ☐ 3 or more of 1 to 5 are true AND $X + \% > .89$
- ☐ $FQ+ > 3$ AND $X + \% > .89$

*Note: Should be adjusted for younger clients.