Document generated on 08/03/2025 5:20 p.m.

Revue québécoise de psychologie

ADDICTION ET REPRÉSENTATIONS DANS LE RORSCHACH : ÉVOLUTION DES PATIENTS ADDICTIFS AVEC LES SOINS PSYCHIQUES

ADDICTION AND REPRESENTATIONS IN THE RORSCHACH: EVOLUTION OF ADDICTIVE PATIENTS WITH THE PSYCHIC CARE

Pierre Gaudriault

Volume 39, Number 1, 2018

URI: https://id.erudit.org/iderudit/1044852ar
DOI: https://doi.org/10.7202/1044852ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Gaudriault, P. (2018). ADDICTION ET REPRÉSENTATIONS DANS LE RORSCHACH : ÉVOLUTION DES PATIENTS ADDICTIFS AVEC LES SOINS PSYCHIQUES. *Revue québécoise de psychologie*, *39*(1), 231–252. https://doi.org/10.7202/1044852ar

Article abstract

Forty patients with alcohol use disorders (AUD) or bulimic disorders (BD) which benefited from mental care are classified "improved" (AC) or "still" (SC) from the CGI scale. The comparison of their Rorschachs at the beginning (t1) and at an advanced moment in their treatment (t2) shows significant differences between both groups in the evolution of the "expressive" and "counterxpressive" answers. An idiographic study of some cases specifies the way the answers evolve between t1 and t2. The interest of using the Rorschach to contribute to observing the development of the mentalisation is discussed.

Tous droits réservés © Revue québécoise de psychologie, 2018

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

ADDICTION ET REPRÉSENTATIONS DANS LE RORSCHACH : ÉVOLUTION DES PATIENTS ADDICTIFS AVEC LES SOINS PSYCHIQUES

ADDICTION AND REPRESENTATIONS IN THE RORSCHACH: EVOLUTION OF ADDICTIVE PATIENTS WITH THE PSYCHIC CARE

Pierre Gaudriault[1]
Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA75)

ADDICTION ET MENTALISATION

Les conduites addictives peuvent être comprises comme une mise en acte d'une partie de la représentation de soi qui échappe au contrôle conscient. Il ne s'agit pourtant pas, dans la plupart des cas, de fantasmes refoulés, sur le modèle de la névrose freudienne, mais plutôt d'une forme de clivage qui rend le rapport au produit inaccessible au contrôle volontaire du moi socialisé (de Mijolla et Shentoub, 1973; Monjauze, 1999). Ensuite, il existe un phénomène de dépendance et de repli sur soi à partir du moment où la conduite addictive a étendu son empire sur toute la vie d'une personne qui est alors prise dans un piège absolu dont il lui est difficile de sortir par ses propres forces.

Quand la personne accepte une aide thérapeutique pour tenter de faire face à son addiction, c'est d'abord pour se sevrer et se sécuriser, ce qui se fait le plus souvent en hospitalisation pendant le temps d'une cure et de l'isolement de son milieu habituel. Mais le problème est loin d'être résolu et l'on constate fréquemment des rechutes à la sortie de l'hôpital. Ces soins intensifs doivent être prolongés par une postcure avec un soutien médical, psychologique et social, souvent de longue durée.

Ainsi, il ne s'agit pas seulement de modifier la conduite addictive et les crises intenses qu'elle provoque, mais de remanier toute une image de soi étouffée par cette conduite. Si l'on admet qu'une part du soi a été clivée et détournée vers l'addiction, comment la réintégrer dans une représentation psychiquement et socialement acceptable? Ce remaniement nécessite des soins réguliers parmi lesquels la psychothérapie individuelle, les groupes psychocorporels et les ateliers d'expression jouent un rôle important. C'est un parcours laborieux qui peut passer par des moments de désarroi parce qu'il faut faire face à ce qui a été longtemps évité ou dénié avec l'addiction. Il n'est pas rare que des patients en rémission, réussissant à diminuer sensiblement leurs crises addictives, soient confrontés à des moments

1. Adresse de correspondance : CAP14 – Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA75), 5bis rue Maurice Rouvier 75014 Paris, France. Téléphone : 011 33 145406568. Courriel : pierregaud@hotmail.com

dépressifs ou à des angoisses d'autant plus crues qu'ils ne peuvent plus s'en protéger par leurs moyens habituels.

Un soutien psychologique leur est alors particulièrement nécessaire. Ce soutien n'est pas seulement une réassurance, c'est aussi une aide à la reconnaissance de ces nouvelles représentations d'un soi qui cherche un équilibre nouveau sans s'appuyer sur l'addiction. Fonagy et Adshead (2012) soulignent que la plupart des psychothérapies ont pour objectif principal d'aider le patient à développer sa mentalisation, c'est-à-dire élaborer les représentations internes de ses états mentaux concernant lui-même et les autres. C'est un objectif particulièrement opportun pour les patients addictifs. L'intérêt de pratiquer des thérapies centrées sur la mentalisation a déjà été démontré chez des patients souffrant de troubles des limites et dépressifs (Luyten et Fonagy, 2015), mais assez peu dans le domaine plus spécifique des addictions (Lecointe, Bernoussi, Masson et Schauder, 2016).

La mentalisation peut aussi être définie comme la capacité des individus à transformer et élaborer des expériences pulsionnelles en contenus psychiques. Lecours et Bouchard (1997) proposent un modèle bidimensionnel qui décrit des niveaux hiérarchisés d'élaboration mentale en fonction de leurs modalités de représentation et de tolérance pulsionnelle. Les quatre modes de représentation sont l'activité somatique, l'activité motrice, l'imagerie et la verbalisation. Le niveau le plus élevé est celui de la verbalisation et de l'association signifiante (*meaning association*) qui correspond au meilleur degré de symbolisation. Les auteurs se défendent de présenter ce modèle comme une norme du changement psychique, d'autant plus qu'avec des patients non névrotiques, le thérapeute est confronté à des matériaux psychiques peu mentalisés et d'un niveau moins élaboré de symbolisation (Lecours, 2005). C'est bien souvent le cas avec les patients addictifs.

Pour sa part, Tisseron a insisté sur l'importance d'images métaphoriques pour activer le processus de transformation dans le travail psychothérapique. Selon lui, l'image « assure, mieux que le langage abstrait, une fonction de pare-excitation face aux différentes participations sensorielles de l'expression pulsionnelle » (1995, p. 115). L'auteur estime qu'il ne faut pas seulement porter attention aux rêves et aux fantasmes inconscients du patient, mais aussi à sa créativité qui s'exprime dans des métaphores conscientes. La métaphore imagée serait ainsi, pour beaucoup de patients, un vecteur indispensable de transformation psychique et de développement de la mentalisation. Ces images évoquées verbalement par le patient et le thérapeute contribuent à l'élaboration de la relation transférentielle.

Mais les images du patient peuvent être aussi provoquées au cours d'une procédure d'observation parallèle à la thérapie dans un but de recherche et de compréhension de ses changements psychiques. Dans une telle procédure, l'emploi du Rorschach offre une perspective intéressante.

En effet, le Rorschach est dans un rapport homologique avec le processus psychothérapique. L'« assimilation associative » (Rorschach, 1921) à partir des taches préfigure la libre expression qui est demandée au patient dans une thérapie non directive et ceci est vrai, quel que soit le modèle interprétatif utilisé par le thérapeute.

Dans la situation projective du Rorschach, des images peuvent être découvertes et mises en mots. Schafer (1954) a inclus ces images dans le continuum qui va du rêve à la perception diurne en passant par la rêverie et la visualisation imaginative. Les réponses du Rorschach peuvent se situer à différents niveaux de ce continuum, avec parfois une pression hallucinatoire aussi forte que celle d'un rêve.

Ainsi, malgré des différences évidentes de situation entre celle du dormeur et celle d'un examen psychologique, Chabert estime qu'il y a, avec le Rorschach,

> une sollicitation d'un travail de figuration au sens psychanalytique du terme, dans la mesure où le sujet en test se trouve confronté à la même exigence de figurabilité que le rêveur : les pensées et les sensations éveillées par les planches du Rorschach doivent subir une sélection et une transformation qui les rendent aptes à être représentées en images visuelles (Chabert, 2001, p. 63).

Et c'est donc cette transformation iconique qui nous intéresse ici, dans une situation projective que Bacqué (2014, p. 195) identifie comme « un *conteneur* privilégié des productions imaginatives, représentatives des possibilités de mentalisation d'un sujet ».

LE RORSCHACH DES PATIENTS ADDICTIFS

Cette étude cherche à examiner comment de nouvelles représentations subjectives peuvent accompagner le progrès clinique de patients addictifs ayant bénéficié de psychothérapie et de soins psychiques. Il s'agit de patients souffrant de troubles de l'usage de l'alcool (*Alcohol Use Disorders* ou AUD) et de troubles boulimiques (*Bulimic Disorders* ou BD). Peu de recherches ont été consacrées à ces patients avec le Rorschach, dans une perspective évolutive. Nous en citerons quelques-unes en présentant les indices ci-dessous.

Certains indices du Rorschach permettent de mettre en évidence des modifications dans les représentations subjectives des patients. Ces

modifications devraient être plus importantes chez les patients qui ont le plus progressé cliniquement. Pour un tel objectif, on va utiliser un modèle d'analyse du Rorschach étroitement relié à la compréhension des conduites addictives comme évitement de représentations psychiques, c'est-à-dire, distinguer :

- des réponses *expressives* qui manifestent le développement de représentations subjectives au fur et à mesure que le patient se dégage de son addiction;
- des réponses *contrexpressives* qui traduisent au contraire des obstacles à la représentation subjective chez les patients qui ne sont pas parvenus à ce dégagement.

Réponses expressives

Toutes les réponses du Rorschach ne traduisent pas également une expression subjective. L'expression de soi se fait surtout dans les réponses que Schachtel (1966) a appelées « perceptions physiognomoniques », par lesquelles le patient exprime sa dynamique personnelle. Un *indice d'expression* (EX) correspond à la somme de toutes les réponses dont le déterminant est essentiellement expressif, selon la définition de Rausch de Traubenberg : ce sont les kinesthésies humaines entières (K), les kinesthésies animales (kan), les kinesthésies humaines partielles (kp), les kinesthésies d'objet (kob)[2], les réponses clair-obscur massives et dysphoriques (clob), les estompages de texture (T), les estompages de profondeur (vista) (Gaudriault, 1987; Rausch de Traubenberg, 1970)[3]. Toutes ces réponses ont en commun d'avoir un déterminant qui introduit dans l'image énoncée une part d'expression subjective ajoutée aux aspects proprement sensoriels du stimulus (forme, couleur, estompage de diffusion). À ce titre, elles possèdent une valeur métaphorique dans la mesure où elles sont en rapport avec une représentation, que se fait celui qui les énonce, de lui-même et de ses rapports avec les autres.

L'apparition de telles images en cours du processus thérapeutique doit être examinée avec beaucoup d'attention. Dans une certaine mesure, elle peut être considérée comme une ouverture imaginaire au même titre que l'est l'émergence de fantasmes ou de rêves. Il est possible alors que l'emploi du Rorschach en retest, à un moment avancé du traitement, permette au

2. Contrairement à la cotation « m » d'Exner qui inclut toutes sortes de mouvements ou de tensions imprimées à un objet dépourvu d'énergie propre, la « kob » française est réservée à un mouvement intense et centrifuge « d'un objet ou élément mû par une force intérieure » (Rausch de Traubenberg, 1970, p.101)
3. Le terme « expressif » est préféré ici à celui de « projectif » qui désigne l'ensemble de la situation du Rorschach. Toute réponse du Rorschach peut, à un degré ou à un autre, être considérée comme « projective », même quand il s'agit de manifester sa non-implication, comme dans les réponses banales ou dans une dominance de réponses formelles, ceci peut traduire une attitude générale dans la vie d'un individu.

patient d'élaborer des images qui contribuent à son travail psychique de remaniement dans son rapport aux crises addictives.

Ces hypothèses se fondent sur des études précédentes dans lesquelles le progrès des réponses expressives au cours des soins a été observé aussi bien auprès de patients BD (Gaudriault, 2013; Gaudriault et Joly, 2011) que de patients AUD (Marchin, Blanc, Gaudriault et Rosenberg, 2015).

Réponses *contrexpressives*

Pour ces patients addictifs, l'expression subjective a été plutôt mise en échec par leur tendance à se livrer à des crises qui s'y opposaient. Si ces crises viennent justement en lieu et place de ressentis indicibles ou même irreprésentables, elles pourraient être exclues du champ représentationnel du Rorschach ou du moins n'en constituer qu'un aspect marginal. Ce qui se manifeste alors est d'ordre sensoriel au détriment du dynamisme subjectif et de son expression figurée. Il est possible qu'il y ait aussi des figurations intermédiaires par lesquelles le ressenti sensoriel paraît dénier ou bloquer la capacité dynamique de la pensée.

Ainsi apparaîtrait sur l'écran du Rorschach précisément ce qui vient mettre un frein à la capacité expressive du sujet. Ceci peut correspondre à une sorte d'antagonisme représentationnel contre lequel il faudra lutter au cours du processus thérapeutique. Les réponses correspondant à cet antagonisme représentationnel sont dites *contrexpressives*, elles peuvent prendre, dans le Rorschach, au moins quatre formes.

Réponses osmotiques

Ces réponses mettent en jeu une fusion corporelle ou une identité gémellaire entre deux personnages, vus de part et d'autre de l'axe de symétrie. Ce ne sont généralement pas des réponses expressives, elles paraissent même s'opposer à l'expression en figeant le dynamisme des personnages impliqués dans cette fusion.

Des réponses de « fusion » ou de « reflet narcissique » (faux reflet) ont été mises en évidence par Kwawer (1980) chez des patients borderline. Par exemple, « deux filles attachées par le bassin » (planche VII, fusion); « deux clowns qui se regardent dans un miroir » (planche II, faux reflet). Ces réponses traduisent une relation de dédoublement et de confusion entre soi et l'objet qui paraît renvoyer à ce que McDougall a appelé « une relation osmotique » (1989). Elles sont fréquentes chez des patients suicidaires (de Tychey, 1994). Elles ont été observées particulièrement chez les patientes boulimiques (Birot, 1991; Gruhier-Giarolli, Flament et Bobet, 1992; Muzio, 2000; Piran, 1988). Chez ces dernières, elles ont tendance à diminuer avec

la psychothérapie et peuvent laisser place à des réponses expressives (Gaudriault et Joly, 2011).

Réponses de flexion

Parce qu'elles s'opposent à l'expression, on peut penser que ces réponses « osmotiques » ne sont qu'un cas particulier d'un phénomène plus général, souvent observé, que H. Rorschach lui-même a nommé « kinesthésies de flexion ». L'auteur du *Psychodiagnostic* a expliqué que ce sont des « figures courbées et cachées, chargées et tordues, agenouillées et couchées » (Rorschach, 1921, p. 238). Piotrowski (1957) a précisé qu'elles traduisent surtout un échec de l'énergie naturelle d'un être vivant et son incapacité – ou sa difficulté – à faire face à la force de gravité. Exemples : « rester assis, être allongé, se recroqueviller, s'affaler, s'accroupir, s'incliner, s'enfoncer, s'effondrer, etc. ».

Ainsi les « kinesthésies de flexion » ne sont pas des réponses expressives, mais manifestent au contraire une énergie négative qui paraît se retourner contre le sujet et, au lieu d'alimenter son processus psychique de transformation, a tendance à le bloquer. Depuis Rorschach lui-même, on a considéré que les réponses de « flexion » étaient d'un mauvais pronostic psychothérapique (Beck, 1945-1961; Loosli-Usteri, 1958; Rorschach, 1921).

Force extérieure subie

On peut aussi inclure dans les réponses *contrexpressives* les mouvements produits par une force qui s'impose au personnage de l'extérieur[4]. Ces mouvements externes sont subis et non agis par le sujet : « tomber, être poussé par le vent, être aspiré par un courant, être englouti, se noyer, etc. » (mais pas « descendre en parachute », ce qui suppose un certain contrôle de la chute). Le thème de la chute a été observé dans des Rorschach de patients AUD par Jacquet et Corbeau (2004). Il fait partie de l'expérience sensorielle et fantasmatique des boulimiques (Combe, 2004).

Êtres écrasés ou dévitalisés

Au point extrême de la « flexion » et de la chute, il y a un aboutissement dans lequel le dynamisme est détruit. Ce sont des réponses d'êtres vivants réduits à l'état de dépouilles ou dans un état tel qu'ils ne peuvent s'opposer à la force de gravité : écrasés, aplatis, fixés sur un support, enfoncés, dévitalisés, morts, etc. Mais ceci ne concerne pas les « peaux de bête » posées sur le sol ou étendues sur un mur qui sont alors transformées dans un but décoratif. Des réponses de corps dégradés ou démantelés ont été observées chez des patients AUD (Barthélémy, 1983; Jacquet et Corbeau,

4. Contrairement à la Kob française, voir note 1.

2004; Pheuplin, Benfredj-Coudounari et Bruguière, 2003) et BD (Gruhier-Giarolli *et al.*, 1992).

Cas particuliers

Certaines réponses peuvent se situer dans une position intermédiaire entre expression et *contrexpression*. Elles sont cotées alors dans les deux catégories. Exemple, pl. VII, v : « deux femmes attachées par la tête qui dansent ensemble ».

Par ailleurs, certaines réponses *Clob* ne sont pas vraiment expressives. C'est le cas notamment quand il s'agit d'image d'un être gravement détérioré ou mort qui inspire le dégoût ou l'horreur. C'est aussi vrai pour des animaux soumis à une dissection et d'autres réponses qui sont associées à une perte d'autonomie évidente, comme « un être qui bascule dans le noir », « un oiseau englué dans une tache de goudron ». Elles doivent être considérées comme *contrexpressives.*[5]

ÉTUDE DE L'ÉVOLUTION DES PATIENTS ADDICTIFS RECEVANT DES SOINS PSYCHIQUES

Hypothèses de recherche

L'hypothèse étudiée est que les patients améliorés cliniquement au cours des soins psychiques enrichissent leurs réponses expressives (EX) au Rorschach et progressent ainsi dans leur mentalisation. Les patients stationnaires cliniquement progressent moins dans ces réponses et peuvent même développer des réponses *contrexpressives* (CoEX).

Nous supposons que cette hypothèse est valable aussi bien pour les AUD que les BD, c'est-à-dire qu'il n'y aura pas de différence entre ces deux groupes pour les deux types de réponses (EX et CoEX).

Patients étudiés : population initiale

La recherche a porté initialement sur 48 patients comprenant 42 femmes et 6 hommes. Dix-neuf (19) d'entre eux souffrent de troubles de l'usage de l'alcool (AUD) et 29 de troubles boulimiques (BD). La surreprésentation des femmes est due au sous-groupe des troubles boulimiques (BD) qui sont essentiellement féminins. L'âge moyen pour l'ensemble des 48 patients est de 35 ans, allant de 18 à 65 ans. Le

5. En revanche, toute posture d'agrippement, d'accrochage ou d'attache ne semble pas participer à la *contrexpression*, de la même façon que les appels au secours, les implorations, les prières. Ces postures manifestent une envie de lutter contre la chute, même si elles traduisent un moment ou un état plus permanent de dépendance infantile. La seule attache qui soit réellement *contrexpressive* est la réponse *osmotique* parce qu'elle nuit à l'unité et au dynamisme identitaire.

Tableau 1 présente leur répartition socioprofessionnelle d'après la nomenclature de L'INSEE[6].

Thérapies et soins psychiques mis en œuvre

Les patients inclus dans la recherche ont reçu un ensemble de soin dans le cadre d'un CMP[7] ou d'un CSAPA[8]. Tous les patients ont été examinés sur le plan médical et adressés au moins à un psychothérapeute. L'orientation de la thérapie était variable, psychodynamique ou cognitivo-comportementale, le plus souvent éclectique. Certains patients ont reçu un traitement psychotrope, anxiolytique ou antidépresseur. De plus, ils ont pu participer à des groupes d'expression médiatisée ou un groupe psychocorporel. Certains patients AUD ont fréquenté un groupe néphaliste, en dehors de l'établissement de soins. Les patients de cette étude ont donc tous bénéficié d'un ensemble de soins psychiques (y compris la psychothérapie), relativement hétérogène, mais personnalisé, qu'il n'est pas possible de systématiser plus précisément. Dans le domaine de l'addictologie particulièrement, on peut admettre le *paradoxe de l'équivalence* selon lequel l'effet des différents moyens de soins mis en œuvre est comparable dans la mesure où ces soins correspondent à l'état et à la demande du patient (Despland, 2010).

Description du plan de recherche

Les patients ont été testés une première fois avec le Rorschach tout au début de leur traitement (t1). Ils ont été testés une deuxième fois alors qu'ils étaient toujours en traitement (t2). L'écart entre t1 et t2 était variable. Il était en moyenne de 22 mois, avec des extrêmes de 12 à 56 mois. Cet écart a été défini par les soignants comme un moment opportun où il pouvait être utile, pour le patient et pour la compréhension de son état, d'effectuer le retest. Cet impératif clinique, en rapport avec le parcours thérapeutique de chacun, a été jugé comme le critère le plus important pour le moment du retest. Les Rorschach ont été administrés par un psychologue extérieur à la prise en charge du patient.

Deux groupes contrastés à partir de l'*Échelle d'impressions cliniques globale* (CGI)

Deux groupes ont été constitués : un groupe dit « amélioré cliniquement » (AC) et un groupe dit « stationnaire cliniquement » (SC). Le classement dans ces deux groupes a été effectué à partir de la CGI

6. Institut national de la statistique et des études économique : Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés d'entreprise.
7. Centre médico-psychologique.
8. Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Tableau 1

Répartition socioprofessionnelle des 48 patients de la population initiale

Catégorie	Effectif
Sans profession	1
Étudiants de l'université	11
Profession libérale	1
Professeurs du secondaire	7
Professeurs des écoles (primaire)	5
Professions de l'information et artistiques	6
Cadres administratifs	2
Professions intermédiaires de la santé	1
Professions intermédiaires administratives	2
Techniciens	5
Employés administratifs	4
Ouvriers qualifiés	3

« amélioration » (Guelfi, 1993). L'*Échelle d'impressions cliniques globale* permet de noter de 1 à 7 points l'évolution de l'état clinique du patient. La note 1 est attribuée pour l'état d'un patient « très fortement amélioré » et la note 7 est attribuée pour l'état d'un patient « très fortement aggravé ». Tous les patients ont été notés sur cette échelle par deux juges indépendants. Ces juges n'étaient pas impliqués dans le traitement des patients. Ils ont attribué une note CGI à partir d'un résumé anonyme du dossier clinique de chaque patient. Ce résumé présentait l'anamnèse et le devenir du patient entre t1 et t2, indiquant notamment les résultats des soins. Les juges avaient pour consigne de coter globalement l'évolution clinique des patients, aussi bien dans leurs réalisations personnelles que dans leur vie relationnelle, et pas seulement pour le symptôme addictif.

À partir de la cotation des deux juges, les patients ayant obtenu un score moyen à la CGI compris entre 1 et 2,5 furent classés dans le groupe AC et les patients ayant obtenu un score moyen compris entre 4 et 6,5 furent classés dans le groupe SC. Huit patients dont le devenir clinique était moins net et qui ont obtenu des notes intermédiaires (de 3 à 3,5) ont été écartés de l'étude. Le Tableau 2 présente la répartition des 40 patients restants avec leur score CGI moyen dans les deux groupes AC et SC.

Indices d'analyse du Rorschach

Les hypothèses peuvent être vérifiées au moyen des indices suivants.

L'indice EX correspond à la somme des réponses expressives (*K*, *kan, kp, kob, Vista, Texture, Clob*), l'indice COEX correspond à la somme des

Tableau 2

Répartition des patients AUD et ED retenus pour l'étude dans les groupes AC et SC à partir de leur score CGI

	N (40)	Groupe AC Améliorés CGI	Groupe SC Stationnaires CGI
Trouble de l'usage de l'alcool (AUD)	17	12	5
Troubles boulimiques (ED)	23	14	9
Score CGI moyen		1,94	4,30

réponses *contrexpressives* définies antérieurement (*réponses osmotiques, de flexion, de force extérieure subie, d'écrasement et de dévitalisation*). L'analyse du devenir de ces réponses peut se faire à deux niveaux.

Le premier niveau consiste simplement à considérer la différence entre le score en T2 et T1, soit Δ EX = EX2 – EX1 et Δ COEX = COEX2 – COEX1. Ces scores différentiels donnent une première idée de l'évolution des patients. Selon l'hypothèse, le score Δ EX devrait être plus grand dans le groupe AC que dans le groupe SC et le score Δ COEX devrait être plus grand dans le groupe SC que dans le groupe AC.

Cependant, ces indices ne permettent pas de savoir si les réponses obtenues en t2 sont les mêmes ou sont différentes qu'en t1. Or, cette information est particulièrement intéressante puisque notre hypothèse est aussi que l'évolution clinique des patients est susceptible de s'accompagner de nouvelles réponses. Plus précisément, en t2, trois types de changement peuvent se produire :

- certaines réponses EX et COEX ne sont plus énoncées par le sujet, mais il est difficile de savoir si c'est parce qu'il ne les voit plus ou qu'il ne veut plus les dire. La disparition de certaines réponses peut être due à la désirabilité sociale (Marchin *et al.*, 2015), donc le patient peut souhaiter ne pas répéter les mêmes réponses. Cette évolution éventuelle est trop ambiguë pour donner lieu à un score fiable.
- Mais si le sujet est véritablement capable de donner de nouvelles réponses expressives, on peut établir leur somme (N-EX) qui constitue le gain représentationnel de son évolution. Ce score devrait être plus grand dans le groupe AC que dans le groupe SC.
- Enfin, pour ce qui concerne les réponses *contrexpressives,* il est également possible d'établir la somme des nouvelles réponses (N-COEX), ce score devant être plus faible dans le groupe AC que dans le groupe SC.

Traitement statistique des données

Les distributions des scores Δ EX et Δ CoEX sont comparées avec le test non paramétrique de Mann Whitney qui a l'avantage de ne faire aucune hypothèse sur la forme de la distribution ni sur la nature des variables.

Les scores N-EX sont également comparés avec le test de Mann Whitney, mais pour les scores N-CoEX, les écarts étant trop faibles pour justifier un classement ordinal (trop d'*ex æquo*), la comparaison des fréquences de N-CoEX = 0 et N-CoEX > 0 est faite avec le test du χ^2.

Enfin, la magnitude de l'effet des traitements sur les scores Δ EX et Δ CoEX est examinée avec le coefficient de concordance Gamma de Goodman-Kruskal. Ce test a l'intérêt de prendre en compte les scores *ex æquo*. La variable indépendante est la valeur CGI moyenne (1 à 6,5), les variables dépendantes sont Δ EX et Δ CoEX.

Les calculs sont effectués sous *Statistica.*

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Le Tableau 3 numérote les patients de 1 à 40, avec leur sexe, leur diagnostic (AUD ou BD), leur note moyennne à la CGI, leur classement dans le groupe « amélioré cliniquement » (AC) ou « stationnaire cliniquement » (SC), leur score EX en t1 et en t2, la différence entre les deux (Δ EX), le nombre de nouvelles réponses EX en t2 (N-EX), leur score CoEX en t1 et en t2, la différence entre les deux (Δ COEX) et le nombre de nouvelles réponses CoEX (N-CoEX).

Comparaison des 4 indices dans les groupes AC et SC

Le Tableau 4 compare les groupes AC et SC du point de vue des réponses EX et CoEX. Conformément aux hypothèses, les comparaisons portent sur la différence brute entre les réponses en t1 et t2 (Δ EX et Δ CoEX), d'une part, et, d'autre part, sur les nouvelles réponses en t2 (N-EX et N-CoEX). On constate pour les quatre indices une différence significative entre les groupes AC et SC. Les scores Δ EX et N-EX sont plus élevés dans le groupe AC. Les scores Δ CoEX et N-CoEX sont plus élevés dans le groupe SC.

Magnitude de l'effet des traitements sur les réponses EX et CoEX

Le Tableau 5 présente les résultats du calcul du coefficient de concordance Gamma entre les scores CGI et les indices d'évolution des réponses expressives et *contrexpressives* (Δ EX et Δ CoEX) chez l'ensemble des 40 sujets.

Tableau 3

Caractéristiques et indices du Rorschach pour les 40 patients étudiés

N°	SEXE	DIAG	CGI	EVOL	Δ EX	N-EX	Δ CoEX	N-CoEX
1	F	BD	5,5	SC	-8	5	-1	0
2	F	BD	2	AC	4	6	-1	0
3	F	BD	6,5	SC	-8	2	-3	2
4	F	BD	2,5	AC	3	6	1	1
5	F	AUD	4,5	SC	2	0	0	1
6	F	AUD	2	AC	0	4	-2	1
7	M	AUD	1,5	AC	6	9	-4	0
8	F	BD	2,5	AC	7	8	0	0
9	F	AUD	1,5	AC	5	7	0	0
10	F	BD	2,5	AC	10	10	-1	3
11	F	BD	2	AC	2	2	-2	0
12	M	AUD	2	AC	0	7	-2	0
13	M	AUD	2	AC	3	4	-1	0
14	F	AUD	6,5	SC	-1	2	-1	0
15	F	BD	4	SC	0	3	1	2
16	F	BD	1,5	AC	2	5	0	2
17	F	BD	2	AC	2	3	-2	0
18	F	AUD	1,5	AC	4	6	-1	1
19	F	BD	4	SC	2	5	-1	1
20	M	AUD	2,5	AC	0	4	-1	0
21	F	BD	4	SC	0	1	2	2
22	F	AUD	4,25	SC	-5	2	0	0
23	F	BD	2	AC	0	2	-3	0
24	F	AUD	1,5	AC	-7	2	-1	0
25	F	BD	2	AC	3	4	-1	0
26	F	BD	3,5	SC	1	2	-1	0
27	F	AUD	5,5	SC	2	3	0	2
28	F	BD	2	AC	2	7	-1	0
29	M	AUD	2	AC	2	4	-1	1
30	F	BD	4	SC	0	6	3	3
31	F	BD	2	AC	6	7	-1	0
32	F	BD	4	SC	3	4	3	4
33	F	AUD	2,5	AC	0	4	0	0
34	M	AUD	4	SC	-2	3	0	1
35	F	BD	1	AC	7	7	-2	0
36	F	BD	4	SC	3	6	2	2
37	F	BD	2	AC	0	5	1	2
38	F	BD	1	AC	6	6	-2	0
39	F	AUD	2	AC	1	4	-1	0
40	F	AUD	2,5	AC	3	6	0	0

Tableau 4

Comparaison des groupes AC (26) et SC (14) pour les quatre indices

Indice	U Mann Whitney	$\chi^2_{corr.}(2,40)$	p(unilatéral)
Δ EX	276,5		.0035
Δ CoEX	92,5		.0045
N-EX	238		.0047
N-CoEX		6,13	.0066

Tableau 5

Coefficient de concordance Gamma entre les scores CGI et les indices d'évolution de réponses expressives et *contrexpressives* chez l'ensemble des 40 patients

Concordance Gamma	G	Z	p
CGI et Δ EX	- 0,42	-3,37	.00074
CGI et Δ CoEX	0,43	3,25	.0017

Magnitude de l'effet des traitements sur les réponses EX et CoEX

Le Tableau 5 présente les résultats du calcul du coefficient de concordance Gamma entre les scores CGI et les indices d'évolution des réponses expressives et *contrexpressives* (Δ EX et Δ CoEX) chez l'ensemble des 40 sujets.

On constate une liaison modérée, mais significative entre, d'une part, les scores CGI et l'augmentation de réponses expressives et, d'autre part, les scores CGI et la diminution de réponses contrexpressives : les réponses expressives ont tendance à augmenter avec l'amélioration à la CGI; les réponses *contrexpressives* ont tendance au contraire à augmenter avec les scores élevés de la CGI qui correspondent à un état stationnaire.

Comparaison des 4 indices entre les AUD et les BD

Le Tableau 6 présente la comparaison des groupes AUD et BD pour les quatre indices de réponses expressives (Δ EX et N-EX) et *contrexpressives* (Δ CoEX et N-CoEX). Comme dans la comparaison des groupes AC et SC, on a utilisé plutôt le test du χ^2 que celui de Mann Whitney pour l'indice N-CoEX où les différences sont faibles. Les tests sont bilatéraux puisqu'il n'y a pas d'hypothèse de supériorité d'un groupe sur l'autre. Les comparaisons entre les groupes AUD et BD pour les quatre indices Δ EX, Δ CoEX, N-EX, N-CoEX ne permettent en aucun cas d'observer une différence statistiquement significative.

Tableau 6

Comparaison des quatre indices du Rorschach dans les groupes AUD (17) et BD (23).

Indice	U Mann Whitney	$\chi^2(2,40)$	p(bilatéral)
Δ EX	149,5		.20
Δ CoEX	183		.74
N-EX	237		.26
N-CoEX		0,63	.43

DISCUSSION ET ANALYSE IDIOGRAPHIQUE

La comparaison entre les scores de réponses expressives et *contrexpressives* du Rorschach montre, aussi bien chez les patients AUD que les patients BD, des différences significatives entre ceux qui sont améliorés cliniquement (AC) et ceux qui sont stationnaires (SC). Chez les patients AC, les réponses expressives augmentent plus en t2 que chez les patients SC. En outre, le nombre de nouvelles réponses expressives est plus élevé chez les patients AC. Inversement, les réponses *contrexpressives* augmentent plus chez les patients SC, avec également de nouvelles réponses de ce type, plus souvent que chez les patients AC.

Ces résultats traduisent des tendances générales dans les deux groupes, mais ils ne renseignent pas complètement sur le devenir de l'expression de chaque patient qui peut être précisé par un examen idiographique.

Évolution des réponses des patients AC

Comme ceci a déjà été observé pour des patients BD (Gaudriault, 2013; Rothschild, Lacoua, Eshel et Stein, 2008) et AUD (Marchin *et al*., 2015), les nouvelles réponses expressives ne sont pas toujours harmonieuses, même chez les patients du groupe AC, et peuvent même prendre une forme franchement inquiétante.

Joseph (n° 12, AUD) voit en t2 dès la planche I, cette image impressionnante : « De face, deux gros yeux qui vous regardent et des mains, quelqu'un qui a envie de vous prendre, de vous attraper (geste), qui vous menace ». Simone (n° 8, BD) voit en t2 à la planche II « du sang qui gicle, qui éclabousse » (EX) et à la VII « là, l'entrée de quelque chose, un chemin avec je ne sais quoi au fond, quelque chose de noir ». Nelly (n° 28, BD) voit en t2 à la planche X « un corps entouré de petites bêtes, d'araignées, d'insectes qui grouillent, elles essaient d'entrer dans le corps, de s'insinuer ». Dina (n° 16, BD) voit en t2 à la planche II « des personnes

qui se tiennent la main en haut et qui se battent avec le pied, je vois du sang, ils se déchirent le pied ».

Ces nouvelles images montrent que les patients AC accèdent à une part de leur imaginaire qu'ils avaient tenté d'étouffer avec l'addiction. Il est probable que le travail psychique qui a permis leur émergence doive être poursuivi pour continuer à les intégrer dans une représentation moins conflictuelle et plus apaisée de soi et de ses relations avec les autres.

D'une façon plus générale, les nouvelles réponses expressives qui apparaissent au Rorschach en t2 témoignent d'un enrichissement des représentations et le fait qu'elles soient plus nombreuses dans le groupe qui a progressé dans sa problématique addictive peut faire penser qu'elles correspondent à une expérience libératrice qui va leur permettre de nouveaux investissements.

Dans quelques cas cependant, une évolution clinique favorable s'accompagne d'une diminution drastique des réponses expressives. Un cas exemplaire est celui de Mathilde (AUD, n° 24) qui, après un an de traitement, a pu sensiblement modérer sa consommation d'alcool. Son Rorschach en T1 était très expressif (EX = 14) avec une seule réponse *contrexpressive*. En T2, cette réponse a disparu, mais le score expressif s'est aussi beaucoup réduit et il n'y a plus que deux nouvelles réponses expressives dont, à la planche IV : « Un sentier au milieu d'une forêt, la nuit… Et comme s'il y avait des falaises sur les côtés ». Cette réponse *vista* témoigne d'une introversion douloureuse qui a remplacé l'exaltation qu'elle ressentait dans ses périodes d'alcoolisation.

Relation entre l'évolution des réponses EX et CoEX

Le protocole d'étude, dans l'état, ne permet pas de savoir s'il existe un rapport systématique entre le devenir des réponses expressives et des réponses *contrexpressives.* Cependant, on peut repérer quelques transformations remarquables, surtout chez les patients du groupe AC.

Ainsi Myriam (n° 39, AUD) dit en t1, à la planche VIII : « Ça ressemble à un animal déchiqueté (E : toute la tache, il est éclaté, écrasé sur la route) » (CoEX); en t2, cette réponse disparaît tandis qu'apparaît à la planche VI : « ça ressemble à une peau, mais pas du tout comme une peau d'animal mort, parce que c'est… plus pour les Indiens, vous voyez. Plus une cape d'Indien ou quelque chose comme ça… C'est beaucoup plus joli, ça a un sens, voilà (E : ça, c'est le totem, c'est pour un indien, pour décorer un tipi… Ça a un but… de décoration, de rendre plus fort la personne ou… ce n'est pas mauvais, je dirais) ». Cette réponse, sans être une véritable réponse expressive, montre un certain dégagement de la *contrexpression*.

Il apparaît plusieurs fois que des réponses *contrexpressives* et, notamment, les réponses *osmotiques*, sont remplacées par des réponses expressives quand l'évolution clinique du patient est favorable. Par exemple, Carole (n° 16, BD) voit en t1 à la planche VII : « deux sœurs siamoises qui essaient de s'arracher l'une à l'autre, reliées par le ventre » (CoEX), ce qui devient en t2 : « deux personnes qui dansent, qui s'amusent et pour se toucher, se donnent un coup de hanche… » (EX). Chez Pierre (n° 7, AUD), il y a en t1 à la planche II : « deux bonshommes, main à main, identiques, ils sont face à un miroir… Si je devais donner un titre, ce serait : "danse avec soi-même" » (CoEX). Cette réponse est à la fois expressive et *contrexpressive* du fait de l'ambiguïté entre l'altérité et le reflet. En T2, l'ambiguïté disparaît : « Deux personnes en train de danser… Il y a un contact physique, main contre main. Il y a une harmonie, une communication bien établie, oui, une harmonie : elles dansent du même pas de danse » (EX).

Même quand l'évolution n'est pas aussi précise, la *contrexpression* peut s'effacer au profit de réponses expressives en d'autres points du protocole. Chez Fabienne (n° 25, BD), la réponse en t1 « un rat mort étalé » (CoEX, planche IV) disparaît en t2 tandis que plusieurs réponses expressives apparaissent : « deux femmes noires qui jouent du tam-tam » (planche III), « une étoile filante » (planche III), « une route qui va vers l'infini » (planche IV).

Évolution des réponses chez les patients SC

Dans le groupe SC, nous avons constaté que les réponses expressives tendaient à diminuer ou à se maintenir avec souvent de nouvelles *contrexpressions*. Ludivine (n° 3, BD) perd huit réponses expressives et donne en t2 deux nouvelles *contrexpressives* dont, à la planche I « c'est plus une sensation… Comme quelqu'un qui se noie au fond de la mer ». Yann (n° 34, AUD) perd en t2 deux réponses expressives et voit à la planche V : « deux femmes appuyées sur un dossier… Recroquevillées » (CoEX). Gwendoline (n° 15, BD) maintient son score EX en t2 avec 3 nouvelles réponses expressives, mais aussi 2 nouvelles *contrexpressions*, dont cette image de perte complète de contrôle, à la planche IX « des êtres genre sorcières qui sont emportés dans une aspiration d'air ».

Hélène (n° 32, BD) voit en t2 à la planche V : « un animal encore plutôt du style chauve-souris… La dernière fois, je crois que je l'avais vue suspendue en l'air, aujourd'hui je la verrais bien aplatie par terre, plutôt inerte » (CoEX). Gaëlle (n° 30, BD) dit en t2 à la planche IV : « Un monstre… Il ne me paraît pas solide, on pourrait penser qu'il tombe à la renverse » (CoEX). Pour Caroline (n° 27, AUD) il y a en t2 à la planche II « Des poumons encrassés par le tabac avec un cœur derrière qui pourtant ne pourrait pas être placé ici. Il dégouline, comme s'il essayait de passer au

premier plan alors qu'il est au deuxième plan. Forcément le rouge, je l'associe au sang… Il empêche le cœur de battre ».

Cependant, tous les patients du groupe SC n'ont pas de nouvelles *contrexpressions* en t2. Quelques-uns ont même amélioré leur score de réponses expressives bien qu'ils n'aient guère évolué par rapport à leur addiction. On ne peut pas simplement les considérer comme des « faux positifs » de l'expérience. Il est aussi possible que ces patients aient effectivement progressé dans leur capacité de représentation, mais qu'elle ne se soit pas encore traduite sur le plan clinique.

Ces nouvelles réponses expressives chez des patients SC ne sont pas en tout cas moins importantes que celles des patients du groupe AC. Par exemple, la réponse que Violaine (N° 36, BD) voit apparaître en t2 à la planche I « deux femmes qui s'arrachent quelque chose ou quelqu'un » peut correspondre au conflit brutal qu'elle ressent en elle-même, mais qu'elle n'avait pas encore exprimé si directement. Violaine a sans doute encore besoin d'un certain temps pour élaborer cette représentation.

Le développement des représentations ne s'accompagne pas toujours de progrès cliniques immédiats. Il faut admettre que les troubles addictifs dépendent d'autres facteurs que le patient n'a pas réussi à dépasser et contre lesquels la thérapie n'a pas été suffisante. Apparemment, une grande appétence représentationnelle ne suffit pas toujours pour limiter les crises addictives. C'est le cas de Mélina (n° 1, BD) qui est en thérapie depuis des années sans amélioration notable. Le niveau de réponses expressives est très élevé en t1 et diminue en t2, comme si l'évolution se faisait dans le sens d'un tassement des ressources psychiques. Il est vrai que, dans le même temps, les réponses *contrexpressives* restent chez elle très présentes dont par exemple en t2 à la planche I, cette fausse réflexion : « ça me fait penser à un animal, et là, le parallèle, comme s'il y avait un miroir entre les deux et que l'un se reflète dans l'autre » ou encore à la planche V « ça me fait penser à une chauve-souris ou un lapin de dos, il est dépecé ». Ces réponses n'avaient pas d'équivalent en t1, elles correspondent donc à une tendance plus importante que celle des réponses expressives qui est au contraire en diminution.

Les réponses *contrexpressives*, quand elles se maintiennent ou se développent au détriment des réponses expressives, vont dans le sens d'un frein au développement psychique. Il pourrait s'agir, chez le patient, d'une intuition de sa destructivité qu'il ressent à l'œuvre en lui, aussi bien dans la persistance de ses crises addictives que dans ses difficultés à progresser en thérapie. Un certain type de patients résistants à la thérapie, note Green, a une « visée du négatif énigmatique et déconcertante : il met ses moyens au service de l'étouffement de tout enrichissement des capacités du

psychisme… » (Green, 1993, p. 362-363). Il faut admettre en effet que chez ces patients, malgré une prise en charge de longue durée, la mentalisation ne se développe pas et a même tendance à régresser. On a l'impression qu'ils restent bloqués dans une temporalité figée qui ne leur permet pas d'intégrer leurs troubles dans une historicité subjective, ce qui peut être analysé aussi avec d'autres critères de temporalité au Rorschach (Gaudriault, 2013).

Pour ces patients difficiles, il sera nécessaire de mettre en place un ensemble de soins qui devront s'inscrire dans une longue durée et l'on peut s'attendre à des progrès très lents et des rechutes fréquentes. Le problème pour les thérapeutes est alors de faire face au lien destructif dans lequel ces malades tendent à les entraîner, sans se contenter d'une attitude consolatrice de pure réparation. La chute de l'expression, si bien figurée dans les réponses *contrexpressives* au Rorschach, peut aussi atteindre les thérapeutes qui risquent alors de « tomber dans le panneau et se laisser aspirer, s'engloutir avec le ou la patiente dans une relation idéale mais masquant les affres d'une relation fusionnelle antithérapeutique » (Combe, 2004, p. 21). Le traitement des addictions met à rude épreuve l'expression subjective des soignants eux-mêmes.

CONCLUSION

Limites du protocole d'étude

Dans cette étude sur des patients addictifs, on a examiné l'évolution des réponses expressives et *contrexpressives* dans le Rorschach. Bien entendu, d'autres informations peuvent être obtenues du Rorschach, mais elles ont été laissées de côté dans l'état actuel de cette recherche qui est centrée sur la possibilité de ces patients de développer leur mentalisation au cours des soins psychiques. Ce choix a été fait à partir d'hypothèses centrées sur le fait que les troubles addictifs sont associés à des troubles de la mentalisation. Le fait d'augmenter le nombre de réponses expressives et d'en découvrir de nouvelles dans le Rorschach n'est sans doute pas le seul moyen de manifester des progrès dans la mentalisation. Des observations faites notamment, avec la grille d'élaboration verbale des affects (GEVA) de Lecours (Lecours et Bouchard, 1997) ou d'autres outils de narration de vie, pourraient aussi permettre d'en rendre compte. Le choix de se cantonner ici aux images verbales du Rorschach peut être discutable, mais il visait à montrer ces progrès dans leurs aspects iconiques sans faire appel à la dimension introspective du discours. C'est en effet un des intérêts du Rorschach de favoriser une expression de soi « indirecte » en faisant émerger des représentations qui ne sont pas (ou peu) soumises à la censure de la volonté consciente et sans référence autobiographique (Schafer, 1955). L'apparition de nouvelles images verbales dans le Rorschach pourrait être un marqueur important des moments auxquels les patients

commencent à se dégager de leurs crises addictives et peuvent se confronter à des pans de leur imaginaire qu'ils n'avaient pas suffisamment intégrés jusque-là.

Quelles sont ces images? Nous avons vu qu'elles peuvent être inquiétantes, mais il n'est pas possible d'en décrire un prototype. L'essentiel est qu'elles appartiennent à l'expression subjective du patient, comme le permet la situation du Rorschach. Il serait peut-être possible, au cas par cas, de les rapprocher de l'histoire clinique de chaque patient. Mais si l'on se place du point de vue de la description clinique, il faut bien admettre que la procédure de recherche utilisée ici n'en a retenu que des informations limitées. Pour la commodité de l'expérience, les éléments cliniques ont été ramenés à leur minimum avec la constitution de deux groupes « amélioré cliniquement » et « stationnaire cliniquement ». Cette dichotomie est évidemment très réductrice dans un domaine où le devenir de chaque patient est singulier.

De plus, l'engagement des patients dans les soins psychiques ne dépend pas uniquement de leurs caractéristiques psychiques intrinsèques. On a constaté dans cette recherche une liaison modérée entre les images expressives et *contrexpressives* du Rorschach et les scores CGI, ce qui montre bien que ces représentations n'expliquent pas entièrement l'évolution des patients. L'« amélioration » de leur état par rapport à l'addiction est un résultat complexe dans lequel un certain nombre de facteurs entre en jeu. Il y a sans doute, au premier chef, leur « disponibilité » à s'engager dans les soins, qui n'est pas une aptitude, mais une disposition qui émerge en eux à un moment donné de leur histoire addictive. Ceci est un facteur fondamental sans lequel la thérapie ne peut avoir lieu. Mais pour que cette disponibilité trouve son accomplissement, il est nécessaire qu'elle soit reconnue et confirmée auprès d'un ou plusieurs thérapeutes également disponibles. Ces facteurs se combinent alors favorablement selon une alchimie difficile à prévoir, ce qu'on appelle l'alliance thérapeutique. Dans ce phénomène d'alliance, il y a une composante inconsciente qui ne joue pas toujours en faveur d'un dénouement thérapeutique (Gaudriault et Joly, 2013). La qualité de la relation transférentielle est également à prendre en compte. Enfin, il faut invoquer aussi, plus prosaïquement, parmi les facteurs de « réussite » du traitement, des éléments situationnels comme : la proximité du lieu de consultation par rapport au domicile du patient, la convenance des horaires de thérapie, la gratuité ou modicité du prix des consultations, des facteurs d'environnement familial ou professionnel, etc., toutes choses qui peuvent encourager ou interrompre la rencontre entre le patient et le thérapeute. Quel que soit le faisceau de facteurs favorables qui ont permis d'obtenir l'amélioration de l'état du patient, nous constatons qu'un véritable processus psychique a été enclenché et c'est bien sur ce

processus lui-même que portent les observations du Rorschach, sans préjuger de ses causalités multiples.

Intérêt thérapeutique

Il apparaît chez les patients addictifs qui ont évolué avec la psychothérapie et les soins psychiques que leurs progrès se sont accompagnés souvent d'une capacité de représentation et de mentalisation accrue. Les résultats de cette recherche contribuent à montrer que, dans de nombreux cas, le développement de la mentalisation donne au patient des moyens de trouver une alternative à la « solution addictive ». La solution par la mentalisation consiste à faire confiance à ses propres ressources psychiques pour faire face à ses conflits internes aussi bien qu'à des situations relationnelles conflictuelles. L'enrichissement des images expressives au Rorschach témoigne du progrès dans la mentalisation.

L'existence d'une ou de plusieurs réponses *contrexpressives* apparaissant au Rorschach au début du traitement doit alerter le clinicien, comme un indice de détresse, mais ne pas nécessairement être considéré comme un facteur pronostic négatif. Ces réponses sont apparues chez des patients du groupe AC qui ont bien évolué et qui ont réussi à les transformer. Quand, au contraire, ces réponses se maintiennent et dominent les réponses expressives, on peut craindre que l'évolution thérapeutique soit difficile et nécessite une prise en charge prolongée.

Dans tous les cas, on devra rester prudent sur l'usage du Rorschach comme outil de pronostic sur l'évolution thérapeutique des patients. Il s'agit d'une situation complexe dans laquelle la qualité de la relation entre le patient et son thérapeute reste l'enjeu le plus important. Le Rorschach peut contribuer à ajuster l'effort thérapeutique en fonction de l'évolution des représentations évoquées par le patient. Mais il a surtout été utilisé ici comme un moyen de recherche permettant de confirmer que le remaniement de certaines images peut accompagner les progrès cliniques et manifester la capacité des patients de reprendre contact avec une partie de leur imaginaire. C'est dire, en fin de compte, à quel point la capacité des patients à se libérer de leur addiction tient tout autant à ces nouvelles représentations qu'à la maîtrise de leur conduite.

RÉFÉRENCES

Bacqué, M.-F. (2014). Méthodes projectives et mentalisation : formation et recherche en psychologie clinique psychanalytique avec la fiche de dépouillement du TAT de Rosine Debray. *Psychologie clinique et projective, 20*(1), 181-197.

Barthélémy, J.-M. (1983). Altération de la représentation humaine chez les alcooliques : quelques confrontations avec les contes d'Edgar Poe. *Bulletin de psychologie*, *36*(18), 951-959.

Beck, S. J. (1945-1961). *Le test de Rorschach*, Paris, France : Presses universitaires de France, tomes I et II, 1967-1968.

Birot, E. (1991). Configurations psychopathologiques de la boulimie à travers le Rorschach. *Rorschachiana*, *17*, 296-299.

Chabert, C. (2001). La psychanalyse au service de la psychologie projective. *Psychologie clinique et projective, 7*(1), 55-69.

Combe, C. (2004). *Comprendre et soigner la boulimie.* Paris, France : Dunod.

de Mijolla, A. et Shentoub S. A. (1973). *Pour une psychanalyse de l'alcoolisme.* Paris, France : Payot.

Despland, J.-N. (2010). Quelle psychothérapie pour quel patient? Données de recherche et problèmes cliniques. *Psychotropes*, *16*(2), 9-29.

de Tychey, C. (1994). *L'approche des dépressions à travers le test de Rorschach. Point de vue théorique, diagnostique et thérapeutique.* Issy-les-Moulineaux, France : EAP.

Fonagy, P. et Adshead, G. (2012). How mentalization changes the mind. *Advances in Psychiatric Treatment, 18*(5), 353-362.

Gaudriault, P. (1987). Examen de la demande de psychothérapie au moyen de tests de taches d'encre. *Bulletin de psychologie*, *40*(18), 857-862.

Gaudriault, P. (2013). Patientes boulimiques en psychothérapie ambulatoire : indicateurs d'une reconstruction de la temporalité dans le Rorschach. *Revue québécoise de psychologie, 34*(1), 49-72.

Gaudriault, P. et Joly V. (2011). Psychothérapie des boulimiques et Rorschach. *Psychothérapies*, *31*(2), 119-129.

Gaudriault, P. et Joly, V. (2013). *Construire la relation thérapeutique.* Paris, France : Dunod.

Green, A. (1993). *Le travail du négatif*. Paris, France : Les éditions de minuit.

Gruhier-Giarolli, A., Flament, M. et Bobet, R. (1992). Boulimie, narcissisme et représentation de soi. L'apport du Rorschach à la psychopathologie des conduites boulimiques. *Perspectives psychiatriques*, *33*(3), 149-155.

Guelfi, J.-D. (1993). *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie.* Castres, France : Éditions médicales Pierre Fabre.

Jacquet, M.-M. et Corbeau, S. (2004). Mémoire corporelle et représentations de soi chez l'alcoolique. Investigation projective au Rorschach. *Psychologie clinique et projective*, *10*(1), 249-274.

Kwawer, J. S. (1980). Primitive interpersonal modes, borderline phenomena, and Rorschach content. Dans J. S. Kwawer, H. D. Lerner, P. M. Lerner et A. Sugarman (dir.), *Borderline phenomena and the Rorschach test* (p. 89-105). New York, NY : International universities press.

Lecointe, P., Bernoussi, A., Masson, J. et Schauder, S. (2016). La mentalisation affective de la personnalité limite addictive : une revue de la littérature. *L'Encéphale*, *42*(5), 458-462.

Lecours, S. (2005). Niveaux de fonctionnement mental et psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, *25*(2), 91-100.

Lecours, S. et Bouchard, M.-A. (1997). Dimensions of mentalisation : Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, *78*(5), 855-875.

Loosli-Usteri, M. (1958). *Manuel pratique du test de Rorschach.* Paris, France : Hermann.

Luyten, P. et Fonagy, P. (2015). Psychodynamic treatment for borderline personality disorder and mood disorders: A mentalizing perspective. Dans L. W. Choi-Kain et J. G. Gunderson (dir.), *Borderline personality and mood disorders: Comorbidity and controversy* (p. 223-251). New York, NY : Springer.

Marchin, E., Blanc V., Gaudriault, P. et Rosenberg R. (2015). Une recherche clinique et projective sur les psychothérapies en alcoologie. *Psychotropes*, *21*(4), 79-103.

McDougall, J. (1989). *Le théâtre du corps*. Paris, France : Nrf-Gallimard.

Monjauze, M. (1999). *La part alcoolique du soi.* Paris, France : Dunod.

Muzio, E. (2000). La représentation de soi chez sept femmes boulimiques. Une étude Rorschach (système intégré). *Revue européenne de psychologie appliquée, 50*(1), 143-151.

Pheuplin, M.-C., Benfredj-Coudounari, K. et Bruguière, P. (2003). Aux sources du narcissisme : le regard de l'autre. Intérêt des épreuves projectives. Regards croisés sur quelques sujets alcooliques. *Psychologie clinique et projective*, *9*(1), 314-330.

Piotrowski, Z. A. (1957). *Perceptanalysis*. New York, NY : The MacMillan Compagny.

Piran, N. (1988). Borderline phenomena in anorexia nervosa and bulimia. Dans H. D. Lerner et P. M. Lerner (dir.), *Primitive mental states and the Rorschach* (p. 363-376). Madison, WI : International Universities Press.

Rausch de Traubenberg, N. (1970). *La pratique du Rorschach.* Paris, France : Presses universitaires de France.

Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostic*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Rothschild, L., Lacoua, L., Eshel, Y. et Stein, D. (2008). Changes in défensive and in affective distress following inpatient treatment of eating disorders : Rorschach comprehensive system and self-report measures. *Journal of Personality Assessment*, *90*(4), 356-367.

Schachtel, E. G. (1966). *Experiential foundations of Rorschach test.* New York, NY : Basic Books.

Schafer, R. (1954). *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing. Theory and application.* New York, NY : Grune and Stratton.

Schafer, R. (1955). Psychological test evaluation of personality change during Intensive Psychotherapy. *Psychiatry*, *18*(2), 175-192.

Tisseron, S. (1995). *Psychanalyse de l'image.* Paris, France : Dunod.

RÉSUMÉ

Quarante patients souffrant de troubles de l'usage de l'alcool (AUD) ou de troubles boulimiques (BD) qui ont bénéficié de soins psychiques sont classés « améliorés » (AC) ou « stationnaires » (SC) à partir de l'échelle CGI. La comparaison des Rorschach au début (t1) et à un moment avancé de leur traitement (t2) montre des différences significatives entre les deux groupes dans l'évolution des réponses « expressives » et « contrexpressives ». Une étude idiographique sur quelques cas précise la façon dont les réponses évoluent entre t1 et t2. L'intérêt du Rorschach pour contribuer à observer le développement de la mentalisation est discuté.

MOTS CLÉS

addiction, soins psychiques, représentation, mentalisation, Rorschach

ABSTRACT

Forty patients with alcohol use disorders (AUD) or bulimic disorders (BD) which benefited from mental care are classified "improved" (AC) or "still" (SC) from the CGI scale. The comparison of their Rorschachs at the beginning (t1) and at an advanced moment in their treatment (t2) shows significant differences between both groups in the evolution of the "expressive" and "counterxpressive" answers. An idiographic study of some cases specifies the way the answers evolve between t1 and t2. The interest of using the Rorschach to contribute to observing the development of the mentalisation is discussed.

KEY WORDS

addiction, mental care, representation, mentalisation, Rorschach