

Planche 11

"08.. مكان مهجور ... في وسط الغابة ... ما كان فيه حتى واحد ... 40"

Planche 13MF

"14 هنا تبان كشفل حالة اغتصاب وهذا بيان ندمان ، والمرأة تبان ميتة ... 44"

Planche 19

"11 تبان كشفل نار ... نار شاعلة في وسطها راجل ومراة ... أم يتحرقو ... 52"

Planche 16

"07 .. بالنسبة لي نشوف حاجة بيضاء شغل راحة ، يسما الإنسان يوصل للراحة التامة

... المهم حاجة بيضاء كشفل آ... الإنسان ما يكونش قلبو كحل فيها ... أنا، نتمنى أنا نوصل

لهذا الدرجة ونريح... 1' 15"

Procédés A	Procédés B	Procédés C	Procédés E
A1 = 0	B1.2 = 1	CP1 = 18 CP2 = 13 CP3 = 3 CP4 = 5 CP5 = 1	E1 = 3 E6 = 1 E8 = 2 E9 = 3
A2.3 = 9 A2.8 = 5 A2.10 = 1 A2.13 = 3 A2.17 = 3	B2.3 = 6 B2.4 = 1 B2.12 = 1	CN1 = 8 CN2 = 1 CN7 = 1 CN8 = 1 CN10 = 2 CM1 = 2 CM2 = 2 CC1 = 1 CF1 = 7 CF2 = 2	

Planche 1

..... 15" طفل هكذا كسفل زعفان، parce que هذا la guitare تاعو
تكسرت... أو يخمم كيفاش إيسقمها ... أو يحوس على الحل ... 55"

Planche 2

... 10" كسفل قرية .. هذا la fille رايحة تقرا ... تبان حزينة شغل آ ... تبان رايحة
تقرا بصح آ ... تبان عندها مشكل ... تبان هذي يماها شغل كيف كيف ... هذي هي ، شغل
تقرا وتبان عندها مشاكل .. 1' 20"

Planche 3BM

... (fronce les sourcils) .. 16" شغل هذا la photo تبين درجة كبيرة
الزعاف ... (elle pleure) ... (elle rend la planche) ... 35"

Planche 4

... 16" مرأة وراجل ، تحوس تبين لو بلي شغل حاجة ، بغات تحكيلو حاجة ما حبش
يسمعها .. 58"

Planche 5

.. 08" مرأة زعفانة ... زعفانة على حاجة ماهيش عاجبتها ... 48"

Planche 6GF

... 10" تبان طفلة هنا تقرا ... وباباها فرحان ... هذا ما كان ، كسفل أو يحكيها
وهي تقرا.. يحكي معاها وهي تقرا... 49"

Planche 7GF

.. 05" هذي يمات تبان تفهم في بنتها في حاجة ... شغل بنتها .. ما حبتش تتقبل هذاك
الشيء .. 38"

Planche 9GF

... 10" تبان هذي طفلة رايحة تمشي ، هذي لي واقفة هنايا شغل تحبلها الشر ... هذي
تبان عاجبها الحال كي راهي في هذا الحالة ... هي دارتلها حاجة وراهي فرحانة ... 57"

Planche 10

... 12" تبان بلي في زوج راهم ... تبان هذا الأب ، هذا وليدو ... والأب هذا بيان يحب
الخير لوليدو ... قنمو في حاجة ، ووليدو رضا عليه ... 53"

Psychogramme RRCH

Ilhem, 22 ans

Contenus	Déterminants	M.Appréhension	Synthèse
A= 6 Ad = 1 H = 15 Hd = 5 Elém = 1 Bot = 2 Anat = 1 Sg = 1	F+ = 6 F- = 5 S.de F = 11 K = 4 Kan = 3 Kob = 1 kp = 8 S.de k = 12 CF (Ckob) = 1 FC (kpC) = 1 S.de C = 1.5 FE = 1 S.de E = 0.5 Fclob = 6 (2kpClob)	G = 3 G/D = 2 D/G = 2 G % = 22 D = 15 D/D = 2 D/Ddbl = 1 D % = 56 Dd = 7 Dd % = 22	R = 32 R.compl. = 4 Refus = 0 T. total = 25' 40'' Tps/R = 48'' T.d'appr.: G- G/D-D/G-Di/G- D-D/D-D/Ddbl- Dd- TRI = 4K/1.5C F.C = 12k/0.5E RC % = 34 Ban = 1 F % = 34 élarg = 81 F+ % = 54 élarg = 46 A% = 22 H% = 62

Protocole TAT

Ilhem, 22 ans

Date d'examen : 31/01/ 2011

Durée de passation : 20 mn.

Examineur : Benkhelifa

Psychothérapeute : Gahar

	- واضحة الصورة بلي هذا حيوان وهذا حيوان - هذا إنسان وهذا إنسان يخزرو بنظرة شغل ما يقدروش يسلكوهم (Dd24)	- شكون هوما ٩ .. ناس (D6) -25 هنا بيان رجل مريض (Dd26) لي منا بيان وحدو، ولي منا ماشي وحدو، معاه مرآة '3 .. V .. (partie droite)	
G Fclob- H D/Dkpclob Anat/Elém. D/Ddbl kp- H Dd F+ H	- هذا وحش، عندو عينين، نيف، هذو يديه - إنسان في حالة غضب، النار على حساب الشكل	"43 ... V ... Λ ... -26 هذي تمثل واحد راه في حالة غضب.. V (G) -27 بانтли كيلى جسم الإنسان من داخل.. Λ شغل عبر على الغضب نتاعو .. شغل نار هذي (D3) .. شغل منا الجسم نتاعو (D11) معمّر سيّا يخرج الغضب هذالك... -28 بانтли ثاني كي وحش راه قابض، هذو يديه (D7 de l'orange)، هذو عينيه ..(Ddbl29 dans le vert) (Ddbl22) وهذا نيفو -29 وهنا image تاع إنسان ، هام يديه (Dd26) ... '4	IX
D K H D/D kan A Dd Fclob- H	- زوج يضاربو، شغل كابين واحد بيناتهم (D11) - هذو يشجمو فيهم - الاخرين كامل حيوانات.. - هذو الدم (D9) نتيجة تاع هذا الزوج (D C Sg) .. هنا فوضى	"22 ... تبين فوضى .. فوضى في كل place -30 هذا يتفان مع هذا (D8) .. يدابز معاه.. -31 هذا مع هذا (D1+D12) بيانولي شغل حيوانات آم يشجمو في هذا الزوج (D8).. -32 هنا شغل الصورة تاع إنسان مريض (Dd : bord "13 '2 .. (ext. Du D9	X

Epreuve de choix :

Choix + : IV et X , les deux نشوف فيهم إنسان قاعد وحدو

Choix - : II et VI ,

II : شغل هذا الإنسان بيان محقور، زعفان بيكي، أنا ما نحبش هكذا ...

VI : زوج ما صابوش واحد يسلكهم

	حنش (D9) التحقيق الحدي - شغل زاوش، جناحتين ورجلين، بصح عندو زوج ريسان (GF+A Ban)	15- ... Λ هنا في هذا l'côté تيان مرآة قاعدة، شغل زعفانة ولا ما علا باليش، وهنا l'bébé تاعها (extrémités méd. entre les saillies "50 '2 ... (sup.	
Dd F+ Ad Dd K- H	- راس تاع نسر، منا ومنا - زوج راح يفرقو، يحوسو كاش واحد يسلكهم - ف : كل البقعة واش تيان؟ - م : شغل بيان راس، بصح ماشي تاع إنسان (GF+- H/A) dénì	"28 ... V ... Λ ... 16- هنا بيان راس تاع نسر (Dd21) 17- وهنا زوج يحوسو واحد يسلكهم، شغل لاصقين من تحت (Dd10) "29 '1 ...	VI
G/D F- Hd D kp- Hd D K-H Clivage D kpclob Hd	- ثلاثة ريسان.. - شغل واحد يخرج في زعافو العكس تاع الآخر ماشي قادر يعبر.. (D1) - الراس هذاك واحد بيكي وواحد زعفان برك ... هذا بيان من عينيه، بيان الحقد في عينيه ...	"09 .. 18- هنا جابلي ربي ثلاث ريسان، منا ومنا (G/D) 19- هذا الراس بيان يفاتن فيه (D1) شغل زعفان 20- وهذا les deux في زوج ماشي ملاح (D3)، هذا بيان زعفان وهذا لالا (واش يكونو؟)، إنسان.. 21- هذا الراس بيان بيكي (D4)، وهذا بيان حزين، في حالة حزن بصح ماهوش بيكي "29 '2 ... Λ ... V ... < ...	VII
D kan A Ban Dd F+ H D kp- H Dd Fclob- H	- مرآة وراجل، هذو يحاولو يوصلو ليهم - هذو ما يقدر ايديرولهم والو - هنا راجل مريض، وحدو، مع مرآة ...	"19 22- هذا بيان لي حيوان، وهذا بيان لي حيوان (D1) 23- وهنا كاين مرآة وراجل (Dd24) وهذو (تشير إلى الحيوانات) يحاولو يوصلو ليهم .. 24- هذو بزاف آم يخزرو فيهم، شغل زعما باغيين يحذروهم ..	VIII

	(G) ... (D3) (G kpC H)	corps تاعو، هذو رجليه... V...Λ راسو (D3) بيان شغل آو بيكي... "15'2"	
DF-A → kan Di/G kpC-H	هنا جسم تاع إنسان، هذا راسو (D7)، هذو يديه (D5)، هذا قلبو (D3)، بيان في حالة غضب .. - هذا الدم (D2) التحقيق الحدي - إنسان واحد V .. (ψ) ... - هكذا Λ تبان عنكبوت حاكمة واحد - ف : ما تبانلكش زوج أشخاص هنا ؟ - م : لا لا ...	24... 9- هذي تبان كشغل رتيلة هكذا (D1) ... زوج رجليها.. تبان شغل حاكمة حاجة V...Λ 10- وهكذا V شغل رجل واقف.. هذا راسو، هذو يديه ، هذا corps تاعو ، هذا القلب (D3) .. بيان زعفان ، في حالة غضب .. "12'2"	III
D/GFclobH Commentaire : Persécution	- هذا نيفو، عينيه تاع وحش، بصح عندو رجليه تاع إنسان، راسو هولي خلاني نشوفو وحش (D/G)	35... Λ ... V... Λ ... 11- شغل بيان كي الوحش .. هذا نيفو! .. هنا عينيه ، هاو complet ، هذو جناحيه .. رجلين تاع إنسان ، هياة تاع وحش بيان منا (D4) شغل إنسان مظلوم.. "10'2...."	IV
DK- Hd/H DF+Hd Dkan-A Dd kp- H	- هنا بيانو زوج séparés مداوسين (D6) - هنا تبان مرأة قاعدة وهنا بنتها (dans le D6) - كلش واش تبانلك ؟ - تبان لي ... séparée - بيان هذا منا	14... .. شغل هذا مفصل على هذا (مقارنة بين جانبي البقعة) 12- هذا شغل راس تاع إنسان بصح مصور في هياة ماشي تاع إنسان (D6) 13- هذا رجل تاع هذا ، عندو رجل هنا ورجل هنا (D1) lat 14- V .. هنا بيان شغل ثعبان، حنش مع حنش مضارين (D9 : méd.inf)	V

Annexe

Protocole Rorschach

Ilhem, 22 ans

Date d'examen : 24/01/ 2011

Durée de passation : 1h 08mn.

Examineur : Benkhelifa

Psychothérapeute : Gahar

اللوحات	الإجابات التلقائية	التحقيق	التقريب
I	... "24 ... 1- بانتلي شغل ... هذو زوج نساء (D4) 2- هذي شجرة، وهذي شجرة (D2) 3- هذا الاعراف تاع الشجرة هذي والشجرة هذي دارو l'image تاع زوج نساء (G/D) 4- تيان ثاني النار شاعلة دارت هذا l'image (G) 5- هنا ثاني بانتلي زوج كلاب (D1) 6- l'image complet تعطيك تصوية تاع un animal (G) "02 '3	- زوج نساء كشغل دايرين خمار (F, E) - بانتلي شغل تصوية تاع حيوان (F, G) - وهذو شغل شجرة منا وشجرة الاعراف تاعها كونت هذا الزوج نساء (F)	DFE+H DF+Bot G/DF-Bot/H GF- Elém → kob DF-A GF+A
II	.. "15... 7- هذي رجل ييكي ، هام عينية (rouge sup.) 8- بيان هذا دم شغل خارج (D3) - شغل هذا رجل بيان le	تبانلي هذا الإنسان ييكي، الدم في رأسو، الدم في رجلية، هام رجلية (D2)، هاو رأسو	Dkp-H DCkobSg

Notes

- ¹- SECCA: Situation, Emotions, Comportements, Conséquences, Antécédents (Cottraux, 2001).
- ²- Les termes en italique sont dits en arabe.

- Jeanneau A. (2002). « Etats limites », in Mijolla A.de (sous la dir. de), *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Paris, Hachette Littératures, 2005.
- Kernberg O. (1975). *La personnalité narcissique*, Paris, Dunod, 1980.
- Samai-Haddadi D. (1999). « Que faire de l'implication dans l'examen psychologique », in *Psychologie*, N° 7, Alger, 39-61.
- Samuel B., (1998). *Manuel de Thérapie Comportementale et Cognitive*, Paris, Dunod.
- Shentoub V., (1990). *Manuel d'utilisation du TAT. Approche psychanalytique*, Paris, Dunod
- Tychev (de) C., (1982). « Test de Rorschach et mécanismes de défenses dans les états limites », in *Psychologie médicale*, 14, 22, 1865-1874.
- Widlocher D., (1984). « Le psychanalyste devant le problème de classification », *Confrontations psychiatriques*, 24, 141-156.

Bibliographie :

- Anzieu D., Chabert C., (1961). *Les méthodes projectives*, Paris, PUF, 8^{ème} éd. 1987.
- Benkhelifa M., (2010). « La peur de la mort dans la relation thérapeutique. Entre l'angoisse traumatique et l'angoisse névrotique » (en arabe), Intervention au colloque international sur « la communication : prise en charge psychologique et orthophonique », 22-23 mai 2000, in *Dirassat en sciences humaines et sociales*, N° 14, pp53-66, (en arabe).
- Benkhelifa M., Si Moussi A., (2008). « *La psychopathologie psychanalytique et projective* », Alger, OPU, Trois tomes (en arabe), 2009.
- Benouniche S. (1980). « Pratique actuelle de la méthode des tests en Algérie », in *Psychologie française*, T.25, N° 3 - 4, p 257-273.
- Brunet A., (2007). *Une approche en psychothérapie éclectique intégrative*, France,publibook .
- Chabert C., (1986). « Etats- limites et techniques projectives. Le narcissisme au Rorschach », in *Psychologie clinique et projective*, volume 4, 79-86.
- Chabert C., (1998). *Psychanalyse et méthodes projectives*, Paris, Dunod.
- Chabert C., Brusset B., Brelet-Foulard F., (1999). *Névroses et fonctionnements limites*, Paris, Dunod.
- Chambon O., (2003). *Les bases de la Psychothérapie*, Paris, Dunod.
- Cottraux J., (2004). *Les Thérapies Comportementales et Cognitives*, Paris, Masson.
- Delourme A., (2001). *Pour une psychothérapie plurielle*, , Retz
- Delourme A., (1999). « Dépendances et liberté », *Revue de psychologie de la motivation*, n° 27,
- De Perrot E., (2006). *La psychothérapie de soutien, une perspective psychanalytique*, Bruxelles De Boeck
- Fontaine O., Fontaine P., (2007). *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*, édition Retz.
- Freud S. (1924b). « La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 12^{ème} éd. 2004.
- Green A., (1980). *La folie privée. Psychanalyse des cas limites*, Paris, Gallimard.

Pour finir nous pouvons adopter la réflexion de Delourme qui précise qu'un des défis rencontrés par l'approche intégrative consiste à clarifier les articulations théoriques et techniques entre des ensembles cohérents mais parfois contradictoires, et de faire en sorte que la mise en dialogue des différents systèmes mène à une créativité personnelle et professionnelle accrue. La flexibilité, l'ouverture mais aussi la vigilance critique sont des principes directeurs de ce mouvement (Delourme, 1999).

Evaluation globale

Les personnes « borderline » partagent plusieurs croyances rigides et négatives avec d'autres troubles de personnalité (« *je suis inadéquat* », « *je suis fautive* », « *je suis vulnérable* », « *je suis impuissante* » (Cottraux, J. & Blackburn, 1995). Ses schémas précoces de dépendance, dont l'origine renvoie à une affection conditionnelle, sont principalement basés sur « l'assujettissement » : notre patiente réagit vivement quand elle se sent prise au piège, sa colère refoulée contre ceux à qui elle se soumet provoque des comportements passifs /agressifs, explosion de colère, troubles affectifs. La rigidité de ses schémas exprimés à travers ses pensées automatiques : « *je suis mauvaise... les gents me détestent, je n'arrive pas à être comme tous le monde* », dénote sa difficulté à développer des comportements variés selon de nouvelles situations. Par ailleurs plusieurs facteurs entretiennent ces distorsions cognitives par lesquelles l'interprétation de la réalité a été biaisée (résultats de l'examen psy). Ce qui apparaît bien dans son manque de contrôle en soi et son intolérance à la frustration (quelques éléments de l'examen psy).

Le travail de restructuration cognitive fut spécifiquement basé sur la « conscientisation » de ses schémas dans cette première étape de la psychothérapie qui nous permettra d'asseoir un changement au niveau des systèmes de signification par la suite, objectif thérapeutique posé au départ.

Conclusion :

Pour récapituler notre démarche, nous pouvons avancer que malgré la divergence des approches (évaluation/psychothérapie) plusieurs facteurs communs furent dégagés dont principalement la cohérence entre les résultats de diagnostique de l'examen psychologique et l'hypothèse diagnostique des entretiens thérapeutiques.

Nous pouvons nous demander quelle serait la perspective de notre travail avec cette patiente ? Et dans le cas où nous aurons la possibilité de réévaluer cette patiente (avec les mêmes outils) quelles seraient les aménagements et modifications comportementales constatées ?

P : oui... y a d'autres personnes mais c'est que je m'emporte aussi avec eux

Psy : qu'elles seraient les personnes que vous aimeriez bien qu'il soit plus respectueux et confiant avec vous ?

P ; mon fiancé bien sûr et peut être ma mère

Psy : Pourquoi peut être ?

P : je ne sais pas,

Psy ; vous n'aimeriez pas avoir une relation paisible avec elle ?
(nous avons déjà travaillé dans les séances précédente sur ce point)

P : si

Psy : qu'elles sont les obstacles selon vous ?

P : c'est elle qui me provoque et lorsque je commence à casser elle se rapproche de moi

Psy : si j'ai bien compris, elle vient vers vous quand vous faites votre crise ? Corrigez-moi si je me trompe...

P : oui,

Psy : Qu'est ce que vous auriez voulu qu'elle fasse ?

P : je ne sais pas...qu'elle soit plus intelligente, savante dans l'art des relations, qu'elle sache ce qui m'énerve, qu'elle réfléchisse avant d'agir.

Psy : avez-vous déjà discuté ce point avec elle ?

P : Non...jamais...elle ne va jamais comprendre

Psy : Croyez-vous être capable de lui transmettre ce que vous pensez ?

P : peut être...

Psy : je suis convaincu que vous en êtes...pouvez vous imaginer un peu la scène et me donnez des détails..... »

La problématique œdipienne archaïque de la patiente, tel qu'elle fut relevé dans le TAT, étaye nos données cliniques sur ses schémas d'abandon et de dramatisation (le père a passé l'année du BAC, seul avec elle, loin de la maison familiale, il lui arrive très souvent de partager la même chambre que son père). De cette hypothèse nous structurons un travail thérapeutique basé sur une alliance qui pourrait restructurer une image maternelle « suffisamment bonne », comme dirait Winnicott, lui permettant d'élaborer des pensées alternatives plus rationnelles et logiques. Ce petit fragment d'un des entretiens illustre notre hypothèse et démarche thérapeutique :

« *Psy* ; comment s'est déroulée cette semaine ?

P : assez dur, je pensais devenir folle, je n'avais pas à qui parler, j'allais venir au bureau chez vous mais je suis revenu à ma raison (silence avec regard transperçant et agressif)

Psy : vous avez été raisonnable...pourquoi vous n'étiez pas bien ?

P : toujours les mêmes histoires avec mon copain qui me suis partout et m'étouffe, je ne peux plus bouger, il m'appelle tout le temps, fait des visites inopinées à la fac, ne me laisse pas aller chez mes tantes ni ma grand-mère....

Psy : pensez-vous que son comportement est raisonnable ?

P : non du tout... c'est trop

Psy : Quelle serait selon vous une relation affectif raisonnable ?

P ; c'est une relation basée sur la confiance et le respect de l'autre avant tout, non sur les conditions à remplir, et si c'est pas le cas, plus de relation.

Psy : vous avez des relations de confiance et d'acceptation sans conditions ?

P : (réfléchie et sourie). Oui mon père, ma grand-mère et aussi vous

Psy ; c'est tout ?

certains cas, paraît peu sûr ou fiable, ce sens est conforme au modèle du thérapeute.

Les buts thérapeutiques et le choix des techniques sont basées sur le profil psychologique de notre patiente, tracée selon cette lignée.

1- Pour établir l'alliance thérapeutique, dans laquelle nous acceptons inconditionnellement notre patiente selon l'approche humaniste Rogérienne ; nous avons tenté d'appliquer la méthode de Miller et Rollnick (1992) des « 4R » qui permet d'établir rapidement un bon rapport collaboratif (Fontaine, O., & Fontaine P., 2006) et qui consiste à : Recontextualiser, Reformuler (répétition, précisions des termes, formulation d'hypothèses), Résumer, Renforcer.

2- Notre patiente a exprimé la nécessité d'une modification profonde au niveau de sa personnalité, ses grandes capacités d'introspection nous ont emmené à adopter en premier lieu une attitude non directive tout en orientant ses libres associations vers un travail d'élaboration autour de ses liens (paternels surtout) ; par référence aux résultats de l'examen psychologique, à la recherche d'une problématique traumatique lié à son vécu.

3- Prise de conscience des interactions entre les composantes : pensées, affects et comportements, après leurs mises à jour, ses angoisses d'abandons sont analysées sous l'angle de ces interactions puis étudiées jusqu'à précision des difficultés et changements atteints. Nous nous sommes appuyés sur son « home-work » qui nous a permis de dégager les aspects positifs par ordre décroissant et de les renforcer à travers un langage socratique.

4- Evaluation de l'efficacité de notre thérapie à court puis à long terme (en cours pour l'instant).

La thérapie cognitive lui a permis de travailler son trouble de l'humeur ; les tensions et difficultés encourues par la prise en charge de personnes souffrant de TPEL exigent que le thérapeute se donne les moyens d'y faire face, ces ressources personnelles et la formation clinique de base sont mises en œuvre grâce au travail actif du groupe de supervision « intégrative » dont la majorité repose sur les psychothérapies d'inspiration psychanalytique.

problématique (pl. 2, 7GF), ce qui sous-tend les désirs agressifs d'écarter l'autre pour conserver une relation dyadique. Donc nous sommes un peu loin d'une conflictualité de type névrotique (défenses A et B a-conflictuelles et peu efficaces).

Au niveau précédién (limite ou psychotique), nous assistons par la présence des thèmes de destruction (violon cassé à la 1, feu à la 19), et de représentations massives (persécution à la 9GF, mort et viol à la 13MF), à l'émergence d'une problématique archaïque en rapport avec la fragilité des investissements objectales développée en termes d'incapacité à intérioriser et à maintenir un bon objet en soi qui lui sert d'échafaudage pour élaborer les conflits, l'imaginaire maternel est vécu comme partie mauvaise (pl.5, 7GF, 9GF, 19) l'imaginaire paternel est investi comme partie bonne (6GF, 10) mais fragile et ne peut pas délivrer ou sauver le sujet des dangers archaïques, ce clivage des images parentales difficiles à lier s'inscrit dans un registre limite narcissique au bord d'une psychose maniaco-dépressive.

La figure de Rey

Nous relevons au niveau de la copie une production de type I, le sujet procède par les contours (rectangle) pour continuer dans un mouvement de va et vient entre l'exécution des unités internes au rectangle et des autres externes. Une certaine rapidité d'exécution s'est reflétée légèrement sur la qualité et la précision des limites du rectangle, comme si l'on assiste de nouveau à l'instabilité des limites retrouvée dans le Rorschach.

Au niveau de la reproduction mémoire on note une adhésion au type III, qui se rapproche du type I, mais des incapacités de mémorisation sont soulignées par l'oubli de quelques unités et le déplacement d'autres, avec une netteté du trait plus que dans la copie, est-ce que c'est sa manière de s'affirmer en déformant la réalité pour cacher les difficultés de contenance et d'intériorisation ?

Démarche thérapeutique :

Les fonctions complémentaires interprétations/suggestions, que l'examen psychologique et les entretiens d'explorations ont dégagés, sont les piliers de notre action thérapeutique. L'interprétation revient souvent à suggérer un sens qui n'existe pas pour le patient ou qui dans

œdipienne paraît très difficile tant qu'il est dangereux comme les premiers objets voire même persécutant.

Devant ce surinvestissement de la représentation kinesthésique nous assistons à une mauvaise gestion de l'affect qui est quasi absent, il est investi en termes de pulsion agressive crue (pl. II « *sang qui sort* » qui rejoint le « *feu* » de la 1^{ère} planche, et le « *sang* » du cœur énervé de la pl. II) pour extérioriser les pulsions destructrices latentes.

Tous les éléments évoqués ci-dessus peuvent concorder avec ce qui a été relevé par la psychothérapeute à propos de *l'instabilité affective et de l'humeur, la problématique de la colère, le comportement impulsif avec passage à l'acte* (comportements suicidaires).

Au TAT

1) *La perception de la réalité*

Une certaine reconnaissance des personnes et de la réalité externe s'inscrit dans la banalisation (CF1, CF2) avec une certaine réserve vis-à-vis du contenu latent du matériel. La volonté de liquider le stimulus par la restriction (CP1, CP2) pour s'en débarrasser n'empêche pas une certaine implication projective plus ou moins inhibée pour dégager les conflits d'une manière massive et explosive (E8, E9) comme au RRCH. Le contrôle par les procédés (A) est au profit de la rigidité (A2.3, A2.8) pour renforcer les limites entre dedans et dehors, au lieu d'élaborer les conflits intrapsychiques. Même si la perception de la réalité est mieux cohérente l'adaptation demeure précaire vu l'incapacité d'intégration intra et interpersonnelle.

2) *Les conflits*

L'abord des problématiques au TAT même si s'est fait d'une manière superficielle, une certaine réactivité est décelée envers les planches selon les registres sollicités.

Au niveau œdipien (névrotique), nous relevons un évitement ou une fuite de la relation conflictuelle en terme de rivalité et/ou d'ambivalence entre les personnages, il y a même des scotomes d'objet (E1) à quelques planches qui réactivent ce genre de

F+% élargi = 46) sous la pression des préoccupations émotionnelles qui ont débordé les capacités défensives.

Une problématique de représentation de soi est sérieusement posée à travers la qualité des kinesthésies humaines et animales (DK-, Dkan-, D/DkpClob, DCkobSg, D/DdblKp-, Ddkp-). Cela reflète déjà l'instabilité des relations signalée par la thérapeute ainsi que la perturbation de l'image de soi.

On note une prédominance des kinesthésies mineures par rapport aux grandes kinesthésies (4K / 12k).

Les kp sont très investies (kp = 8) pour faire passer des préoccupations interprétatives et pénétrantes au détriment d'une déconnexion formelle (5 kp-), ce qui marque la portée défensive de ces réponses en matière *d'identification projective*. La portée fantasmatique de ces kp est liée à la perte (réponse 7) associée à une blessure narcissique (rép. 8) à la planche II, mais aussi à l'agressivité difficile à contenir et à gérer avec l'autre (Di/G kpC- H/Anat à la pl. III), ainsi qu'à la crainte de séparation et d'abandon (Dd kp- à la pl. V et enquête) soutenue par le clivage (rép. 19, 20, 21 à la VII) avec l'essai de maîtrise d'un mauvais objet en rapport avec une imago maternelle persécutante (rép. 26, 27, 28 de la pl. IX).

Ceci explique l'inadéquation des réponses des K humaines qui n'est pas conforme au percept. Elles sont évoquées aux planches V, VI, VII et X dans un contexte déformé (3 K-), leur mouvement s'inscrit beaucoup plus dans une attente de soutien auprès d'images humaines fragiles, clivées et non persistantes. Ceci est justifié par le surinvestissement de l'image humaine (H% = 62), elle projette partout dans toutes les planches des personnes en position insatisfaite, dysthymique, de manque et qui exprime la fragilité narcissique.

Les kinesthésies animales sont plus ou moins projectives aussi, elles servent plus à exprimer l'agressivité intériorisée (pl. V) qu'à la gérer dans les relations.

Ces problèmes de la gestion des relations sont liés donc aux failles identitaires narcissiques qui ont embrouillé les tâches identificatoires, la recherche de l'autre différent dans une quête

Sur la base de ces éléments cliniques nous posons une hypothèse de diagnostic en faveur d'un trouble de personnalité état limite (TPEL).

Données de l'examen psychologique

Le matériel clinique dégagé de l'examen psychologique va nous aider à comprendre les mouvements du psychisme selon une réflexion d'inspiration psychanalytique que nous allons articuler avec le matériel des entretiens thérapeutiques, pour ce faire nous allons résumer les éléments essentiels qui marquent le fonctionnement psychique de notre sujet.

Au Rorschach nous pouvons dégager les éléments suivants :

- La perception de la réalité est marquée par une difficulté à cerner l'objet dans son unité et sa banalité, une seule réponse G simple et banale est évoquée difficilement à l'enquête (pl. V, cf. protocole en annexe) , sinon presque toutes les réponses sont perçues d'une manière erronée et marquées par la projection massive qui fausse la perception ; ceci est constaté dans la confusion et le télescopage des réponses : «... *ces branches de cet arbre et de cet arbre ont fait l'image de deux femmes²...* » (G/D F- Bot/H) à la planche I, « *ici peut être trois têtes, de part et d'autre* » (G/D F- Hd) à la VII. Cet échec de la perception (5GF- /7), révèle un ancrage fragile dans la réalité externe et la difficulté de s'y adapter, ce qui reflète une fragilité du monde interne, les limites étant débordées par ce monde interne mal organisé. Ceci est confirmé par les perceptions parcellaires déformées et projectives (9DF-/15). La perception est réussie à minima par l'approche détaillée et scrupuleuse (Dd = 22%, dont 3DdF+) mais ne suffit pas à contrôler la désinsertion par rapport au réel.

- La qualité du contrôle par la forme pure (F%) est très faible (34%) ce qui renforce l'hypothèse de la fragilité des limites entre le monde interne et externe, l'essai de compensation par la formalisation associée (F% élargi = 81) révèle la volonté à établir des barrières pour alléger le poids important des fantasmes emmagasinés dans le préconscient et le risque d'émerger sous forme de retour du refoulé. La bonne perception de la réalité s'affaiblit de plus en plus (F+% = 54,

Comportement problèmes (cibles)



- Colères paroxystiques
- Passage à l'acte
- Conflits relationnel



Conséquences sur l'environnement

*Relations affectives instables (fusion-abandon)
dépréciation*

*Attention particulière accordée par son
des peurs d'abandon*

*entourage après les comportements problèmes
situations conflictuelles*

Conséquences sur le sujet

Dévalorisation,

Renforcements

Evitement des

Apaisement émotionnel

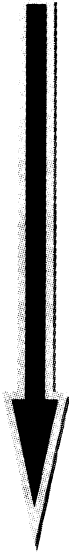
Son profil structural est basé sur l'action (B : comportement), avec des cognitions erronées à propos de « l'autre », discours interne négatif, images mentales à contenu persécutant. Elle se caractérise par les manifestations cliniques suivantes :

- *Relations interpersonnelles intenses et instables.
- *Image de soi perturbée.
- *Instabilité émotionnelle ; affective et de l'humeur.
- *Intensité et gestion problématique de la colère.
- *Comportements impulsifs avec passage à l'acte
- * Comportements suicidaires.

Les idéations de persécution surviennent de façon transitoire dans les situations de stress.

nous complétons les résultats des épreuves de personnalité avec une analyse fonctionnelle selon le schéma SECCA¹ (Cottraux, 1990,2004)

Antécédents historiques : - Vulnérabilité biologique ;
terrain atopique et allergies,

- 
- 
- Traumatisme : assiste à l'avortement de sa tante suite à une relation sexuelle hors-mariage,
 - Evanouissements fréquents sans origine organique,
 - Conversion histrionique des membres inférieurs à l'âge de 10 ans,
 - Deux tentatives de suicides
 - Déjà suivi en psychothérapie
- 

Antécédents immédiats : - Envahissement émotionnel ;
anxiété, colère, tristesse, ennui, solitude.

- Sommeil perturbé : cauchemars et cris
 - Retrait familial
 - Pensées suicidaires
 - Impulsivité et difficultés de contrôle.
 - Sentiment de dépersonnalisation
- 

soit l'arrière plan théorique du thérapeute. Ce partage de savoir, cette connaissance ponctionnée d'une théorie, instaure des liens entre différents psychothérapeutes et étaye notre exploration clinique.

Cette approche intégrative nous semblait être la plus adaptée à la patiente que nous allons présenter, du fait que les entretiens préliminaires ont révélé une nécessité, pour elle, de trouver du « sens » à sa problématique comportementale, émotionnelle et relationnelle en puisant dans son passé : *« je sais que tous mes problèmes viennent de mon enfance et que si je n'analyse pas avec vous ce que j'ai vécu à ce moment là, je ne pourrai pas changer »* ; elle élabore parfaitement le lien entre sa souffrance et certaines problématiques : *« mon problème vient du fait que j'aime mon père plus que ma mère...et jusqu'à présent je me dispute tout le temps avec elle »* ; la demande latente d'une compréhension approfondie de son fonctionnement, puisque étudiante en philosophie, et ses lectures variées sur Freud l'ont déjà initiée à ce cadre conceptuel et l'ont ramené à se poser un certain nombre de questions sur elle-même et surtout à développer sa motivation thérapeutique. Notre patiente était disposée à travailler tous les sens de son comportement-problème, ce qui nous a amené à intégrer dans notre démarche thérapeutique cognitivo-comportementale, basée sur les théories d'apprentissages et traitement de l'information, des techniques d'inspiration psychanalytique basées sur le développement sexuel de la personnalité. De là nous posons une question essentielle dans notre travail : Quelle est le processus intégratif adapté à une patiente qui sollicite une prise en charge psychologique avec ce type de demande d'aide ? Quels sont les éléments psychiques dégagés par un examen psychologique (Rorschach, TAT et figure de Rey) qui pourraient étayer notre démarche thérapeutique ?

Cadre d'investigation :

Nous recevons notre jeune patiente de 21 ans, qui est étudiante à l'université, en janvier 2011. Nous ferons abstraction de certains détails afin de préserver son anonymat. Pendant les séances préliminaires (2 séances), elle fut adressée à notre collègue (s'inspirant d'une approche psychanalytique) pour un examen psychologique, dont les détails seront relatés plus loin. Par la suite

même si, dans la pratique on est amené à privilégier telle ou telle approche (Gourhant, A., 2003).

Le psychothérapeute intégratif :

Après avoir évalué le patient et conceptualisé sa problématique, la définition d'objectifs thérapeutiques doit amener le thérapeute à décider quels facteurs communs devraient être utilisés de façon prioritaire. Il devait alors choisir soit d'agir sur la nature de la relation thérapeutique ; d'accroître l'estime de soi ; d'amener à de nouveaux comportements ; d'agir sur le niveau d'activation émotionnelle ; d'induire des attentes positives et accroître la motivation ; ou, enfin, d'amener à un changement des systèmes de signification. Une fois cette décision prise, il lui faudra encore décider du type de technique psychothérapeutique spécifique qu'il utilisera pour mettre en œuvre le facteur curatif envisagé (Chambon, O., 2003).

En effet ce qui est important en psychothérapie n'est pas ce que le thérapeute dit avoir fait, mais ce qu'il a réellement effectué et la façon dont ses interventions ont été perçus, comprises et ressenties. Ce ne sont pas forcément les activités et les applications fournies par une orientation théorique particulière qui sont thérapeutiques, mais l'expérience qu'en a faite le patient à travers son ressenti et ses interprétations personnelles dans l'interaction. Plusieurs études (Garfield, 1991) montrent que si l'on compare l'efficacité de différentes formes de techniques, ce ne sont pas ces dernières qui font la différence mais les thérapeutes. Avant d'être des psychothérapeutes nous devons être des professionnels de la santé mentale capable de poser un diagnostic et de choisir le traitement pour un patient. Lazarus (1990) affirme que le choix d'une orientation théorique ne se fait pas à travers les études soigneuses des dizaines de systèmes thérapeutiques et leurs efficacité, mais plutôt à des facteurs subjectifs (orientation enseignée, aide procurée).

L'intégrative au sein du CAPU :

Nous pensons que l'approche intégrative est d'emblée adoptée au sein du CAPU, puisque l'examen psychologique de nos patients comporte : un Rorschach, un TAT et une épreuve d'efficienne. Nous exploitons les données précieuses fournies par ces techniques quelque

L'approche intégrative est un mouvement né aux USA depuis plus de 30 ans, et introduit par la suite en France, il a donné en 1993 la création de l'Association Française de l'Intégration et de l'Eclectisme en Psychothérapie (AFIEP). Le congrès mondial de psychothérapie réuni à Vienne en 1996, a placé la réflexion sur l'orientation intégrative au centre de ses travaux. La progression vers la découverte des principes intégratifs assimilant le meilleur de chaque école, s'affirme de plus en plus en tant que fruit né de la pratique d'éminents psychothérapeutes : Norcross, Lazarus, Prochalska, Diclemente, Arkowitz, etc.

La démarche intégrative selon Edmond Marc, théoricien de la psychologie intégrative (Paris X), ne se veut pas une école de plus, mais entend promouvoir plutôt une nouvelle attitude épistémologique qui peut réunir des psychothérapeutes appartenant à différents courants ; elle entend promouvoir une posture d'ouverture, une logique d'inclusion.

L'orientation intégrative amène à sortir de la « pensée unique » et à viser une synthèse théorico-clinique unifiée qui estomperait les différences et affadirait les spécificités. Elle s'inscrit dans une épistémologie de la multi référentielle et de la complexité, qu'Edgar Morin a contribué à élaborer en France et qui s'est développée dans le champ de la thérapie notamment par Max Pages.

Chaque démarche particulière qu'elle que soit sa visée totalitaire, n'éclaire qu'un aspect de la réalité ; les psychanalystes mettent l'accent sur les processus inconscients, sur l'histoire du sujet et privilégient le niveau du langage et des représentations, les thérapies humanistes se centrent plutôt sur la relation et se focalisent sur « l'ici » et « le maintenant » et la « communication émotionnelle », les thérapies comportementales et cognitives prennent compte d'abord les processus conscients et s'intéressent surtout au niveau des conduites. Mais comme la personne est constituée de tous ces aspects profondément intriqués ; elle englobe à la fois conscient et inconscient, représentation et émotion, corps et esprit, pensée et action, passé, présent et avenir... Tout processus de changement profond implique nécessairement l'ensemble de ces dimensions,

Psychothérapie et examen psychologique : approche intégrative

Gahar Sabrina, Maitre
assistante A, Université Alger 2
Benkhelifa Mahmoud, Maitre de
conférences A, Université Alger 2

Résumé

La psychothérapie est une pratique multidimensionnelle à formes diverses et évolutives. Elle est ouverte aux différents savoirs déjà constitués et aux idées nouvelles, le travail de lien entre ces savoirs établis constitue un judicieux principe directeur.

Nous retracerons dans cet exposé une modeste expérience clinique, qui fera l'objet d'un cas suivi au CAPU selon une approche intégrative ou complémentariste.

Une partie de ce travail consistera à présenter les points focaux de la psychothérapie où nous essaierons de dégager en priorité la thématique éclectique, une seconde partie relatera le travail de l'examineur sur les mouvements prédominants dégagés des protocoles Rorschach et TAT et de la figure de Rey de notre patiente, en articulant les résultats de l'examen psychologique avec les données cliniques de la psychothérapie, c'est une méthode de travail et de prise en charge adoptée au CAPU.

Mots clés : psychothérapie, approche intégrative, données de l'examen psychologique, articulation diagnostique.

La psychothérapie constitue toujours une rencontre entre deux ou plusieurs personnes dans laquelle l'une est définie comme sujet ayant besoin d'aide et demande à être soignée ou à changer, alors que l'autre est reconnue pour avoir des qualités personnelles déterminées et un corps de connaissances théoriques et techniques (Chambon, O., 2003).