

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE
DE DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE, D.P.S.

PAR
JEAN-SÉBASTIEN LEBLANC

SOUS LA DIRECTION DE
JEAN GAGNON, PH.D.

LES LIENS ENTRE LA QUALITÉ AFFECTIVE DES RELATIONS D'OBJET ET
L'ASSIDUITÉ EN PSYCHOTHÉRAPIE DE GROUPE CHEZ DES INDIVIDUS AYANT UN
TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE

DÉCEMBRE 2010

I-2475



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-75084-1
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-75084-1

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Composition du jury

Les liens entre la qualité affective des relations d'objet et l'assiduité en psychothérapie de groupe
chez des individus ayant un trouble de la personnalité limite

Par

Jean-Sébastien Leblanc

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Jean Gagnon, Ph.D., directeur de recherche
(Département de psychologie, Université de Montréal)
Julie Lebevre, Ph.D., autres membres du jury
(Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières)
Olivier, Laverdière, Ph.D., autres membres du jury
(Département de psychologie, Université de Sherbrooke)

Sommaire

Les relations d'objet, lesquelles réfèrent aux représentations cognitives-affectives sous-jacentes aux relations interpersonnelles, sont connues pour être reliées à la capacité d'une personne à établir des relations stables dans différents contextes y compris en contexte thérapeutique. Cette étude a pour but d'identifier certaines dimensions des relations d'objet des clients inscrits au programme des troubles de la personnalité limite de l'Institut Douglas associées au taux de présence en psychothérapie de groupe sur une période d'un an. À cet effet, des analyses de corrélation ont été effectuées entre le taux de présence en psychothérapie de groupe et deux variables du Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS) appliquées aux narrations du Test d'Aperception Thématique (TAT), soient la « tonalité affective des représentations » et la « capacité à l'investissement émotionnel dans les relations ». Les résultats indiquent que ces deux dimensions affectives des relations d'objet ainsi que l'âge sont corrélés positivement au taux de présence en psychothérapie de groupe chez les clients présentant un trouble de la personnalité limite. Les implications cliniques sont discutées.

Mots-clés : relations d'objet, assiduité, psychothérapie de groupe, trouble de la personnalité limite

Table des matières

Sommaire.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	6
Définitions : abandon, continuation et assiduité au traitement.....	7
Conséquences de l'abandon et d'une mauvaise assiduité au traitement.....	7
Facteurs associés à l'abandon dans la population générale.....	10
Facteurs associés à l'abandon et à la continuation chez les troubles de l'axe II.....	11
Facteurs associés à l'abandon et à la continuation chez les TPL.....	12
La colère chez les TPL et l'abandon ou la continuation du traitement.....	13
La détresse interpersonnelle chez les TPL et l'abandon ou la continuation du traitement.....	14
Facteurs associés à une mauvaise assiduité et à l'abandon en thérapie de groupe.....	15
Conceptualisation du trouble de la personnalité limite.....	16
Limites des variables de prédiction descriptives.....	19
Les relations d'objet et la continuation du traitement.....	20
Objectifs.....	22
Hypothèses.....	23
Méthode.....	24
Participants.....	25

Description de la thérapie de groupe et des thérapeutes.....	26
Procédure de recrutement et expérimentation.....	26
Instruments.....	28
Le Test d'Aperception Thématique.....	28
Le Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS).....	28
L'Inventaire de l'Expérience de la Colère.....	29
L'Inventaire de Dépression de Beck-II.....	30
L'Index des Symptômes Psychiatriques.....	31
Le Symptom Checklist 90-R.....	31
Le Questionnaire sociodémographique.....	32
Résultats.....	33
Cotation des échelles du SCORS et établissement de l'accord inter-juges.....	34
Analyses descriptives.....	35
Vérifications des hypothèses.....	36
Analyses exploratoires.....	38
Discussion.....	40
La capacité à l'investissement émotionnel dans les relations.....	41
La tonalité affective des représentations.....	45
L'âge.....	47
Les variables exploratoires de l'étude.....	49
Les implications cliniques.....	52
Les limites.....	55

Conclusion.....58

Références.....61

Annexe.....72

Liste des tableaux

Tableau

1. Statistiques descriptives.....	36
2. Matrice des corrélations de Pearson.....	37
3. Distribution des variables en fonction de l'occupation, de la scolarité et du sexe.....	39

Remerciements

Je tiens à remercier tous ceux qui m'ont aidé à réaliser cette thèse. D'abord mon directeur de thèse, M. Jean Gagnon, Ph.D., pour son soutien, son encadrement et sa disponibilité. Sans lui la réalisation de ce projet n'aurait pas été possible. Un grand merci à Mme Julie St-Amand pour avoir généreusement contribué à l'échantillon avec sa banque de données. Je remercie également M. Sacha Daelman pour sa rigueur dans l'établissement de l'accord inter-juge. Un merci spécial à mes collègues à l'Institut Douglas et aux nombreuses personnes à l'Université de Sherbrooke qui ont évolué avec moi ou qui m'ont apporté leur aide. Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement ma famille et mes amis qui partagent ma vie et ma conjointe Geneviève, pour être qui elle est.

Introduction

Malgré une littérature clinique abondante sur le sujet, peu de recherches ont été réalisées sur l'abandon en thérapie de groupe (Joyce, Piper, Ogradniczuk & Klein, 2007). Encore moins de recherches ont été réalisées sur l'assiduité en thérapie de groupe, en particulier chez des individus ayant un trouble de la personnalité (Ogradniczuk, Piper & Joyce, 2006b). Pourtant, les problèmes d'assiduité sont parmi les difficultés les plus courantes en thérapie de groupe (MacNair-Semands, 2002).

À notre connaissance, il n'existe pas de donnée quant au taux d'assiduité moyen en thérapie individuelle ou en thérapie de groupe. Ces données existent par contre concernant le taux d'abandon. Une méta-analyse de 125 études sur différentes formes de psychothérapie a montré qu'en moyenne 47 % des clients abandonnent prématurément (Wierzbicki & Pekarik, 1993), ce qui corrobore les revues de la littérature antérieures où les taux d'abandon obtenus variaient entre 30 % et 60 % (Baekeland & Lundwall, 1975; Garfield, 1986). À propos des études en psychothérapie au cours des cinquante dernières années, Garfield (1994) affirme qu'elles ont présenté une tendance répandue à perdre la moitié des clients autour de la sixième session du traitement.

Les gens qui souffrent d'un trouble de la personnalité tel que décrit par l'axe II du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) présentent un risque important d'abandonner la thérapie (Perry, Bannon & Ianni, 1999). La littérature sur leur traitement en milieu hospitalier révèle des taux d'abandon similaires ou sensiblement plus élevés que ceux mentionnés supra, soit

entre 44 % et 66 % (Skodol, Buckey & Charles, 1983; Gunderson, Frank, Ronningstam, Wahter, Lynch & Wolf, 1989; Kelly, Soloff, Cornelius, George, Lis & Ulrich, 1992). D'autres études portant sur des traitements offerts à l'externe rapportent des taux d'abandon variant entre 15 % et 51 % (Wilber, Karterud, Pederson, Urnes, Irion & Brabrand, 2003; Thormahlen, Weinryb, Norén, Vinnars, Bagedahl-Strindlund & Barbar, 2003; Fassone, Ivaldi & Rocchi, 2003; Budman, Demby, Soldz & Merry, 1996). Perry, Banon et Ianni (1999) abondent dans le même sens avec une recension des écrits qui indique des taux d'abandon pouvant atteindre 51 % chez les clients avec un trouble à l'axe II. Relativement aux autres troubles de la personnalité, les études démontrent que le groupe B du DSM-IV (personnalités limite, narcissique, histrionique et antisociale) présente un risque d'abandon plus élevé que les autres (Thormahlen et al., 2003; Persons, Burns & Perloff, 1988; Richmond, 1992). Par exemple, une recherche effectuée par le National Institut of Mental Health (Shea, Pilkonis, Beckham & Collins, 1990) indique que 40 %, 36 % et 28 % des clients avec un trouble compris respectivement dans le groupe B, le groupe A (personnalités schizoïde, schizotypique et paranoïaque) et le groupe C (personnalités dépendante, obsessionnelle-compulsive et évitante) ont abandonné une psychothérapie pour la dépression. Enfin, certains auteurs ont suggéré que les taux d'abandon des clients avec des troubles de la personnalité sont plus élevés en thérapie de groupe qu'en thérapie individuelle (Perry, Banon & Ianni, 1999).

Parmi toutes ces recherches, le trouble de l'axe II qui semble le plus souvent relié à l'abandon est le trouble de la personnalité limite (TPL). Avec ce type de clientèle, certains auteurs avancent que l'abandon prématuré du traitement doit être l'une des considérations

cliniques les plus fondamentales (Docherty, 1992). Des résultats d'études indiquent des taux de discontinuation de traitement chez les TPL variant entre 12 % et 67 % selon les modalités de traitements offerts et les différentes définitions utilisées (Budman, Demby, Soldz & Merry, 1996; Gunderson et al., 1989; Skodol et al., 1983; Bateman & Fonagy, 1999; Smith, Koenigsberg, Yeomans & Clarkin, 1995; Stiwne, 1994; Stevenson & Meares, 1992; Waldinger & Gunderson, 1984; Clarkin, Foelsch, Levy, Hull, Delaney & Kernberg, 2001; Karterud, Pedersen, Bjordal, Brabrand, Friis & Haaseth, 2003). Laroche (2007) comme Reis et Brown (1999) soulignent qu'il est difficile de comparer les résultats entre les études car il semble exister autant de modalités de psychothérapie que de recherches sur l'abandon ou encore de définitions opérationnelles de l'abandon. Quoi qu'il en soit, il existe encore peu de données à propos des variables associées à l'abandon prématuré en psychothérapie au sein de cette population.

La présente étude vise à identifier les variables associées à l'assiduité en psychothérapie de groupe chez les TPL à la clinique des troubles de la personnalité de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Les particularités de ce traitement ont été décrites par St-Amand, David, Dubreuil, Marchildon et Turcotte (1997). Mentionnons qu'il s'agit d'une psychothérapie de groupe hebdomadaire d'orientation psychodynamique. L'objectif est d'une part d'identifier les caractéristiques des clients TPL qui ont tendance à cumuler les absences ainsi que les caractéristiques de ceux qui font preuve d'assiduité. D'autre part, les résultats de l'étude viendront stimuler une réflexion clinique quant aux indications à la psychothérapie de groupe et aux autres modalités d'intervention alternatives à développer pour les clients qui ont du mal à y adhérer. La variable dépendante de l'étude est le taux de présence en psychothérapie de groupe

sur une période d'un an. Essentiellement, le taux de présence en psychothérapie de groupe est utilisé comme variable dépendante afin d'obtenir un échantillon plus grand. Cela permet d'inclure dans l'échantillon des participants appartenant à des groupes de psychothérapie différents qui n'ont pas eu le même nombre total de séances durant l'année pour des raisons pratiques (p. ex., en fonction de la disponibilité des thérapeutes).

L'abandon et l'assiduité sont deux construits distincts. Toutefois, ils se rejoignent aussi en partie. Les études portant sur l'assiduité se réfèrent régulièrement aux études plus nombreuses sur l'abandon et des parallèles peuvent facilement être tirés entre les deux. En effet, il est raisonnable de présumer que les variables susceptibles d'amener un client à abandonner sont également susceptibles d'influencer l'assiduité. Par exemple, si la mauvaise qualité de l'alliance thérapeutique peut amener un client à abandonner la thérapie, il est raisonnable de présumer qu'elle peut également l'amener à être moins assidu aux rendez-vous. C'est donc sur la base de ce raisonnement que des références aux études portant sur l'abandon seront faites afin de situer le contexte théorique et empirique de la présente étude qui porte sur l'assiduité.

Contexte théorique

Ce chapitre présente le contexte théorique et empirique des variables étudiées. Il se subdivise en six sections. La première présente les définitions opératoires des variables étudiées. La deuxième présente les conséquences de l'abandon et du manque d'assiduité au traitement. La troisième présente une revue des études descriptives de ces phénomènes. La quatrième aborde leurs limites en lien avec une conceptualisation du trouble de la personnalité limite. La cinquième aborde les relations d'objet et la continuation du traitement. Enfin, la sixième section présente les objectifs et les hypothèses de cette recherche.

Définitions : abandon, continuation et assiduité au traitement

L'abandon est le fait pour le client de mettre fin à la thérapie, malgré les recommandations du thérapeute et l'accord initial entre le client et le thérapeute (Ogrodniczuk et al., 2005). La littérature réfère également à de tels abandons en tant que discontinuation, terminaison unilatérale et terminaison prématurée. Pour sa part, la continuation du traitement réfère au fait de demeurer en thérapie pendant un laps de temps déterminé, ce qui n'exclut pas la possibilité d'un abandon ultérieur de la thérapie. L'assiduité quant à elle est mesurée selon le pourcentage suivant : le nombre total de séances assistées divisé par le nombre total de séances offertes.

Conséquences de l'abandon et d'une mauvaise assiduité au traitement

L'abandon d'un traitement thérapeutique spécialisé pose plusieurs problèmes. Plusieurs auteurs affirment que l'abandon prématuré compromet significativement l'efficacité du traitement (Edlund, Wang, Berglund, Katz, Lin & Kessler, 2002; Green, Polen, Dickinson,

Lynch & Bennett, 2002). D'un point de vue clinique, les enjeux reliés à la terminaison ne sont pas travaillés. Les clients peuvent quitter le traitement avec des sentiments d'insatisfaction, d'échec et de découragement, ce qui peut entraîner la détérioration de leur condition. De fait, les clients qui abandonnent prématurément ont tendance à rapporter moins de progrès thérapeutiques et plus de détresse psychologique (Pekarik, 1992). D'autres études ont aussi associé l'abandon à de faibles résultats thérapeutiques (Heilbrun, 1982; Lyons & Woods, 1991; May, 1984; Young, Grusky & Jordan, 2000). Des études de suivi post-abandon ont montré que les clients qui se présentent à une ou deux sessions seulement ont tendance à présenter une dégradation ou une amélioration moindre au plan de leurs symptômes que ceux qui se présentent à trois sessions ou plus (Pekarik 1983, 1992).

Dans un contexte de groupe, comme c'est le cas à l'Institut Douglas, les clients qui font preuve d'une mauvaise assiduité au traitement peuvent entraîner des répercussions néfastes chez les autres membres du groupe. En outre, il a été montré qu'un manque d'assiduité perturbe la solidarité du groupe et peut entraîner des problèmes d'assiduité chez les autres membres du groupe (Fieldsteel, 1996). Les clients deviennent souvent réticents à s'ouvrir lorsque la participation au groupe est instable. Ils ne veulent pas se répéter (Ogrodniczuk, Piper & Joyce, 2006b). MacNair et Corazzini (1994) notent également que les problèmes d'assiduité de certains clients peuvent retarder, voire même empêcher un travail significatif pour le reste du groupe en suscitant chez eux des sentiments d'insécurité, d'inquiétude ou de colère. Enfin, l'assiduité étant un indicateur de la cohésion du groupe, une mauvaise assiduité peut mener à une mauvaise

cohésion et les groupes avec une moins bonne cohésion ont plus d'abandon (Fallon, 1981; Yueksel, Kulaksizoglu, Tuerksoy & Sahin, 2000; Madey & Chasteen, 2004).

Du point de vue de la santé publique, les ressources humaines et financières ne sont pas rentabilisées de façon optimale lorsque l'abandon et l'assiduité au traitement sont problématiques. En effet, les personnes ayant un TPL sont de très grands consommateurs de services de santé et les coûts enjointes sont énormes (Bender et al., 2001 ; Zanarini, Frankenburg, Khera & Bleichmar, 2001 ; Bender et al., 2006; Ansell, Sanislow, McGlashan & Grilo, 2007; Bagge, Stepp & Trull, 2005; Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk, 2004; Frankenburg & Zanarini, 2004; Zanarini 2009; Skodol et al., 2005). Qui plus est, les clients qui abandonnent les services offerts ont été associés aux utilisateurs chroniques du système (Baekeland & Lundwall, 1975). Une étude a montré que ceux qui abandonnent la psychothérapie peuvent utiliser jusqu'à deux fois plus les services en santé mentale que ceux qui la terminent adéquatement (Carpenter, Del Gaudio & Morrow, 1979). Nous pouvons donc supposer que les clients TPL qui abandonnent la thérapie continueront probablement d'utiliser des services en santé mentale et risquent d'entraîner des coûts encore plus élevés au réseau public.

Ces données doivent être prise en considération avec la littérature qui confirment l'efficacité et l'indication d'une approche psychothérapeutique avec les TPL (Verheul & Herbrink, 2007; McMMain & Pos; 2007; Bartak, Soeteman, Verheul & Busschbach, 2007; Leichsenring & Leibing, 2003; Perry et al., 1999; Linehan, Armstrong, Suarez & Douglas, 1991; Linehan & Darren, 1993). Non seulement ces études démontrent la diminution des symptômes du TPL avec la psychothérapie, l'amélioration après traitement crée comme effet secondaire une

efficience des coûts enjointes (Bateman & Fonagy, 2003; Abbass, Sheldon, Gyra & Kalpin, 2008). Les recherches ont notamment montré que la diminution de la souffrance psychique et l'amélioration du fonctionnement social entraînent des économies au plan des systèmes de soins (Dolan, Warren, Menzies & Norton, 1996; Gabbard & Lazar, 1997; Stevenson & Meares, 1999; Bartak et al., 2007). Toutes ces données soulèvent l'importance de s'assurer que les clients qui souffrent d'un TPL se présentent assidûment aux traitements qui leur sont appropriés, pour leur mieux-être et la pérennité du réseau de la santé.

Facteurs associés à l'abandon du traitement dans la population générale

Après avoir conduit une méta-analyse de 125 études, Wierzbicki et Pekarik (1993) ont trouvé que la race, l'éducation et le niveau socioéconomique étaient associés à l'abandon. Reis et Brown (1999) concluent qu'à l'exception de la race et du niveau socioéconomique, les variables sociodémographiques ont été associées à l'abandon de façon contradictoire. Garfield (1994) abonde dans le même sens. Un sondage épidémiologique sur l'abandon du traitement en santé mentale aux États-Unis et en Ontario a quant à lui identifié un faible revenu et un jeune âge (Edlund et al., 2002).

D'autres variables ont aussi été associées à l'abandon du traitement dans la population générale. Des auteurs se sont intéressés aux perceptions des clients, d'autres à la relation thérapeutique ou encore au statut occupationnel et à l'histoire de la problématique des clients. Par exemple, Edlund et ses collègues (2002) ont associé l'abandon à certaines attitudes et perceptions, notamment de voir le traitement en santé mentale comme inefficace et être embarrassé de consulter en santé mentale. D'un autre point de vue, l'abandon a été relié à la

faible qualité de l'alliance thérapeutique perçue par les clients et par les thérapeutes (Samstag, Batchelder, Muran, Safran & Winston, 1998). Dans une étude portant sur l'abandon dans un groupe de psychothérapie analytique, être sans emploi, avoir un historique d'abus de substance et d'actes (auto) destructeurs furent des variables de prédiction de l'arrêt prématuré du traitement (Christensen, Valbak & Weeke, 1991). Les différents résultats découlant de perspectives distinctes sur l'abandon témoignent des multiples facettes du phénomène. Ces études apportent un éclairage unique sur le problème. Toutefois, les différentes approches rendent l'intégration des conclusions plus difficile.

Facteurs associés à l'abandon et à la continuation du traitement chez les troubles de l'axe II

Une recherche sur l'abandon du traitement en milieu hospitalier auprès d'une clientèle souffrant de trouble de personnalité obtient des résultats similaires aux études portant sur les variables sociodémographiques mentionnées supra, démontrant qu'un statut occupationnel plus élevé, de même que l'éducation, sont associés à la continuation du traitement (Chiesa, Drahorad & Longo; 2000). D'autre part, il a été montré que le pourcentage d'abandon au sein des traitements pour troubles de la personnalité a tendance à être significativement plus élevé pour les traitements de longue durée que pour les traitements plus courts (Perry, Banon & Ianni, 1999). À propos du diagnostic à l'axe II, des résultats divergent. Chiesa et ses collègues (2000) ont comparé différents diagnostics de l'axe II en lien avec l'abandon du traitement en milieu hospitalier. Ils ont trouvé qu'avoir un diagnostic TPL, par rapport aux autres troubles de l'axe II, était associé à la continuation du traitement. Or, ces résultats contrastent avec ceux mentionnés en introduction et aussi avec ceux de Marini et al., (2005) dont l'analyse de régression logistique,

concernant l'abandon d'une psychothérapie axée sur la crise émotionnelle, relit l'abandon à un plus grand nombre de traits TPL. Dans l'étude de Marini et al. (2005), les éléments reliés au TPL qui ont prédit l'abandon sont les suivants: 1- plus jeune âge de ceux qui abandonnent (les clients de plus de 30 ans ayant moins tendance à abandonner), 2- prévalence du sexe féminin, 3- tendance aux passages à l'acte et à éviter l'abandon (ne pas se présenter aux dernières sessions), 4- tendance à avoir des relations interpersonnelles problématiques et moins de ressources ou de support social. Les différences dans le type de traitement offert expliquent peut-être la divergence, bien que les données ne soient pas disponibles à ce sujet.

En résumé, bien qu'il existe une multitude d'approches différentes du phénomène, la littérature indique que la race et le niveau socioéconomique sont les variables les plus souvent associées à l'abandon tant dans la population générale que chez les troubles de l'axe II.

Facteurs associés à l'abandon et à la continuation du traitement chez les TPL

Tout comme dans les études portant sur une population générale, l'abandon chez les TPL a aussi été relié à l'âge, ceux qui cessent la thérapie ayant tendance à être plus jeunes. (Smith, Koenigsberg, Yeomans, Clarkin & Selzer, 1995 ; Thormalhen et al., 2003). Par ailleurs, la sévérité des symptômes chez les TPL a été étudiée en lien avec l'abandon. Gunderson et al. (1989) ainsi que Kelly et al. (1992) ont montré que ceux qui abandonnent le traitement ont tendance à rapporter des symptômes moins sévères au départ que ceux qui restent. Dans leur étude, Gunderson et al. (1989) ont également constaté qu'avoir plus d'épisodes de traitements antécédents en santé mentale était corrélé au fait de rester plus longtemps en thérapie. Pour sa

part, la continuation dans l'étude de Kelly et al. (1992) a été reliée à la dépression. Les TPL qui complétèrent la thérapie avaient tendance à avoir des mesures de dépression initiale plus élevées.

La colère chez les TPL et l'abandon ou la continuation du traitement

Au sujet de la colère et de son rôle dans l'abandon thérapeutique, les données disponibles semblent pointer dans la même direction. En effet, l'arrêt prématuré de la thérapie chez les TPL a été associé à l'opposition voilée, à la résistance familiale et à l'insatisfaction colérique à l'égard du traitement (Gunderson et al., 1989). À ces résultats s'ajoutent ceux de Kelly et al. (1992) qui ont relié la terminaison prématurée chez les TPL à des mesures initiale de colère et d'hostilité. Des mesures d'hostilité élevées ont également prédit l'abandon prématuré en psychothérapie psychodynamique (Smith et al., 1995). Une étude (Fassino, Abbate-Daga, Piero, Leombruni & Rovera, 2003) portant sur l'abandon d'un traitement spécialisé pour la boulimie a utilisé les échelles du questionnaire de la Colère Trait-État (STAXI) de Spielberger (1996). Ils ont trouvé que l'échelle d'intensité de la colère comme état émotionnel, l'échelle de prédisposition générale à ressentir ou à exprimer la colère sans raison spécifique et l'échelle générale d'expression de la colère étaient significativement reliées à l'abandon. Fassino et al. (2003) concluent que les clients qui abandonnent ont tendance à être plus en colère et à être plus disposés à la ressentir. Ces données appuient celles obtenues par Löffler-Stastka et al. (2003) qui démontrent que l'utilisation de la thérapie chez les TPL est négativement corrélée à une forte réactivité agressive. La colère apparaît donc avoir un rôle important à jouer dans la décision d'abandonner ou d'utiliser le traitement chez les TPL.

La détresse interpersonnelle chez les TPL et l'abandon ou la continuation du traitement

La détresse interpersonnelle semble être un facteur important par rapport à l'abandon du traitement. Thormahlen et al. (2003) ont utilisé dans leur étude l'Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz, Alden, Wiggins, & Pincus, 2000). Ils ont trouvé qu'un faible degré de détresse interpersonnelle ainsi qu'un degré élevé de focalisation sur un seul type de problème interpersonnel étaient capables de prédire l'abandon au sein d'une psychothérapie de support expressive pour troubles de la personnalité. Leurs données montrent aussi que l'abandon chez les hommes semble relié à un style d'attachement qui évite l'intimité et la dépendance, c'est-à-dire à des clients qui ont essentiellement une image positive d'eux-mêmes et une image négative des autres. Loffler-Stastka et al. (2003) ont corroboré en partie ces conclusions en démontrant dans leur étude que chez les femmes, le fait de se percevoir comme ayant beaucoup de problèmes interpersonnels, jumelé au fait d'avoir un concept de soi négatif quant à ses capacités, pouvaient prédire l'utilisation de la psychothérapie chez les TPL. Les résultats de ces deux études semblent complémentaires à ceux de Hilsenroth, Holdwick, Castlebury et Blais (1998) qui ont examiné l'impact des différents symptômes appartenant au Groupe B du DSM-IV (APA, 1994) sur la continuation en psychothérapie. Ils ont trouvé que les cinq symptômes de détresse interpersonnelle suivants ont expliqué 31 % de la variance : 1) « efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés » (TPL-1) ; 2) « besoin excessif d'être admiré » (trouble de la personnalité narcissique : TPN-4) ; 3) « colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère » (TPL-8) ; 4) « considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité » (trouble de la personnalité histrionique : TPH-8) ; et 5) « absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé

autrui » (trouble de la personnalité antisociale : TPA-7). Les symptômes TPL-1 (abandon), TPL-8 (colère) et TPH-8 (relations intimes) furent positivement associés à la continuation alors que les symptômes TPN-4 (admiration) et TPA-7 (remords) le furent négativement. Leurs données semblent indiquer que la coexistence d'un degré élevé d'affects dysphoriques, incluant la colère, avec un désir d'avoir des contacts proches (versus besoin d'être admiré par l'autre – TPN4 – ou de le manipuler – TPA7) a une valeur de prédiction sur la continuation du traitement.

En résumé, les TPL qui abandonnent le traitement ont tendance à être plus jeunes et à rapporter des symptômes moins sévères. Ceux qui restent en traitement ont tendance à présenter des symptômes de détresse interpersonnelle plus importants. En ce qui concerne la colère, les résultats varient en fonction de la mesure utilisée, les échelles de colère versus un symptôme de colère. Les premières ont été reliées à l'abandon alors que le deuxième a été associé à la continuation du traitement.

Facteurs associés à une mauvaise assiduité et à l'abandon en thérapie de groupe

Une faible détresse interpersonnelle a été associée à une mauvaise assiduité en thérapie individuelle (Hilsenroth, Handler, Toman & Padawe, 1995 ; Thormalen et al., 2003) ainsi qu'en thérapie de groupe de soutien chez des individus ayant un trouble de la personnalité (Ogrodniczuk, Piper & Joyce, 2006b). L'hostilité colérique et l'inhibition sociale (MacNair-Semands, 2002) de même qu'un jeune âge en thérapie de groupe de soutien (Ogrodniczuk, Piper & Joyce, 2006a) ont également été associés à une mauvaise assiduité.

Quant à l'abandon en thérapie de groupe, MacNair et Corazzini (1994) ont trouvé que la toxicomanie, les plaintes somatiques, les conflits interpersonnels et l'introversion étaient des variables de prédiction. Roback (2000) a identifié la rétroaction critique de membres du groupe comme étant un facteur important susceptible d'entraîner l'abandon. Partant du fait que la situation de groupe peut être potentiellement très anxiogène, Rosenthal (1998) a pour sa part identifié la surstimulation par le groupe comme pouvant mener à l'abandon chez certains individus. D'autres facteurs groupaux qui ont été reliés à l'abandon sont la faible cohésion du groupe (Roback & Smith, 1987) et la dynamique du bouc émissaire (Dies & Teleska, 1985). Enfin, la difficulté à s'ouvrir en groupe a aussi été reliée à l'abandon (Oei & Kazmierczak, 1997).

Avant d'introduire les variables qui seront sélectionnées dans le cadre de la présente étude, nous allons maintenant présenter une conceptualisation du trouble de la personnalité limite. Cette section sera mise en relation avec les limites des études descriptives sur l'abandon et l'assiduité que nous venons de voir afin de justifier le choix de nos hypothèses.

Conceptualisation du trouble de la personnalité limite

Les critères diagnostiques du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) pour le TPL sont bien connus. Le trouble y est défini comme un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée. Les différents critères sont les suivants : efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés, mode relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre de positions extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation, perturbation de l'identité, impulsivité potentiellement dommageable pour le sujet, répétition de comportements suicidaires ou d'auto-

mutilation, instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur, sentiments chroniques de vide, colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère, enfin survenue transitoire en situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Selon Bradley et Westen (2005), ce qui décrit le plus souvent le fonctionnement de la personnalité des individus ayant un TPL sont des craintes d'abandon, une sensibilité au rejet et des peurs de la solitude. Ces auteurs rapportent également trois dynamiques qui sont directement en lien avec leurs conflits et leurs motivations interpersonnels : une incapacité à se calmer et à s'apaiser lorsqu'ils sont en détresse, de sorte qu'ils ont besoin de l'implication d'une autre personne pour réguler leurs affects; le fait d'être simultanément en besoin et rejetant à l'égard d'autrui (recherche l'intimité et les soins, mais les rejettent lorsqu'ils sont offerts); enfin ils ont tendance à se sentir mal compris, maltraités et victimisés.

Le modèle d'organisation de la personnalité de Kernberg (1980, 1984; Kernberg & Caligor, 2005) a eu une influence considérable sur la conceptualisation du trouble de la personnalité limite ainsi que sur la théorie des relations d'objet. Ce modèle décrit trois niveaux d'organisation de la personnalité : psychotique, limite et névrotique. Chacun est caractérisé par quatre dimensions principales : l'intégration-diffusion de l'identité, les mécanismes de défense, le contact avec la réalité et les relations d'objet.

Le niveau d'organisation de la personnalité psychotique est caractérisé par une diffusion sévère de l'identité, c'est-à-dire qu'il y a un manque important d'intégration dans le concept de

soi et le concept de l'autre. Les mécanismes de défense sont primitifs, centrés surtout autour du déni. Il y a perte de contact avec la réalité et les représentations de soi sont indifférenciées des représentations de l'autre. Les individus ayant une organisation de la personnalité psychotique ont tendance à vivre en symbiose avec un bon objet tout bon ou encore à être englouti dans une relation agressive où l'agresseur n'est pas différencié de l'agressé.

Le niveau d'organisation de la personnalité limite inclut la plupart des troubles de la personnalité du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) incluant le TPL. Il se caractérise essentiellement par une diffusion de l'identité. Les mécanismes de défenses y sont primitifs, centrés principalement autour du clivage. Le contact avec la réalité y est maintenu malgré des pertes transitoires. Les représentations de soi sont différenciées des représentations de l'autre. Toutefois, les aspects contradictoires bons et mauvais, de soi et de l'autre, ne sont pas intégrés. Les individus ayant une organisation de la personnalité limite ont donc tendance à se vivre et à vivre les relations de manière clivée, c'est-à-dire en étant dissocié des aspects de soi ou de l'autre contraires à leurs états affectifs du moment.

Le niveau d'organisation de la personnalité névrotique est quant à lui caractérisé par l'intégration de l'identité. Les mécanismes de défenses y sont matures, basés notamment sur le refoulement. Le contact avec la réalité y est bon. Les représentations de soi et les représentations de l'autre sont différenciées, et les aspects contradictoires sont intégrés. Par conséquent, les individus ayant une organisation de la personnalité névrotique peuvent réguler leurs affects par l'entremise d'autres représentations du même soi et du même objet perçu dans sa totalité.

Une compréhension du fonctionnement et de l'organisation de la personnalité des TPL est utile afin d'interpréter leurs symptômes au-delà de leurs manifestations observables. Il est souvent pertinent, voire nécessaire sur le plan clinique de saisir les enjeux sous-jacents à un symptôme donné afin de déterminer un plan d'intervention efficace. Il en va de même en ce qui concerne l'assiduité au traitement. Comme nous allons le voir, les variables de prédiction descriptives de l'abandon et de l'assiduité sont limitées.

Limites des variables de prédiction descriptives

Les études que nous avons présentées jusqu'à maintenant fournissent des informations empiriques limitées. En effet, elles ne contribuent que faiblement à la compréhension de la psychologie derrière l'assiduité. De plus, des individus peuvent être identiques sur ces variables et différer considérablement sur le plan du fonctionnement psychologique sous-jacent. Prenons par exemple la détresse interpersonnelle. Deux clients peuvent présenter en surface une faible détresse interpersonnelle. Le premier pourrait avoir de bonnes relations, en être satisfait et conséquemment ne pas présenter de détresse interpersonnelle. Le deuxième pourrait n'avoir aucune relation, ne pas en désirer et ne pas présenter non plus de détresse interpersonnelle. Semblables sur cet aspect en surface, nous pouvons facilement imaginer un fonctionnement de la personnalité fort différent chez chacun. Il va sans dire que l'intervention clinique auprès de ces deux individus se devrait également d'être différente.

La dernière catégorie de variable que nous allons introduire est celle des facteurs psychodynamiques sous-jacents aux relations interpersonnelles. Comme nous allons le voir, ces variables contribuent plus profondément à la compréhension de la psychologie derrière

l'assiduité. Elles permettent aussi d'interpréter et d'orienter le travail clinique au-delà des symptômes de surface. Qui plus est, il s'agit d'une dimension particulièrement intéressante à la clinique à l'Institut Douglas étant donné le contexte éminemment relationnel d'une thérapie de groupe.

Les relations d'objet et la continuation du traitement

La théorie des relations d'objet renvoie à la transformation des relations interpersonnelles en des représentations intériorisées des relations chez l'individu (Gabbard, 2005). Cette théorie avance que l'enfant intériorise au cours de son développement différentes constellations de représentations de soi et de représentations de l'autre liées par un affect. Le conflit inconscient n'est plus uniquement la lutte entre une pulsion et une défense. C'est aussi l'opposition entre des paires de relations d'objet intériorisées contradictoires. Selon des auteurs comme Fairbairn (1952), ce serait d'abord un rapport à l'objet que les pulsions recherchent plutôt que la satisfaction ou la réduction de la tension.

Ackerman, Hilsenroth, Clemence, Weatherill et Fowler (2000) ont utilisé le « Social Cognition and Object Relations Scale » (SCORS) appliqué aux narrations du Test d'Aperception Thématique (TAT) pour prédire le nombre de sessions en psychothérapie chez des clients avec un diagnostic à l'axe II. Comme le nom l'indique, le SCORS¹ est une mesure des relations d'objet intériorisées et des cognitions sociales (Westen, 1995). Il est composé de huit dimensions qui permettent d'évaluer différentes facettes du fonctionnement dynamique de la personnalité. Deux nous intéressent pour la présente étude, soient la « Tonalité affective des représentations » et la

¹ Voir résumé en annexe.

« Capacité à l'investissement émotionnel dans les relations ». L'échelle « tonalité affective des représentations » est composée de 7 points d'ancrage allant de vivre et s'attendre à des relations malveillantes et abusives (niveau 1) à vivre et s'attendre à des relations bienveillantes, positives et affirmatives (niveau 7). L'échelle « capacité à l'investissement émotionnel dans les relations » est aussi composée de 7 points d'ancrage allant de la tendance à se préoccuper de ses propres besoins, relations tumultueuses, ou peu sinon pas de relations (niveau 1) à la tendance à s'engager dans des relations d'interdépendance et d'intimité émotionnelle avec respect et appréciation pour les autres (niveau 7). Ackerman et al. (2000) ont trouvé qu'un faible score à l'échelle « tonalité affective des représentations » et un score élevé à l'échelle « capacité à l'investissement émotionnel dans les relations » du SCORS étaient significativement associés au nombre de sessions en psychothérapie par patient. Les auteurs concluent que les clients avec de mauvaises relations d'objet, c'est-à-dire qui ont tendance à percevoir et à vivre les relations interpersonnelles comme malveillantes et abusives, mais qui manifestent également la capacité ou le désir de s'investir plus profondément, plus positivement dans les relations, continueront probablement la thérapie. Selon eux, malgré le désir d'être en lien et d'être accepté par les autres, ces clients manquent de support social et de relations interpersonnelles significatives à l'extérieur de la thérapie. Les représentations malveillantes qu'ils ont intériorisées entraînent des problèmes dans leurs interactions avec les autres qui nuisent à leurs désirs ou à leurs besoins d'investissement émotionnel. Contrairement aux clients qui ont de meilleures relations d'objet et qui sont plus en mesure de satisfaire les besoins relationnels à l'extérieur de la thérapie, ces clients éprouveraient un plus grand besoin d'améliorer leur fonctionnement interpersonnel,

seraient plus motivés à travailler en ce sens et donc à se présenter à un plus grand nombre de séances de psychothérapie.

Les résultats d'Ackerman et al. (2000) ont été obtenus en thérapie individuelle d'orientation psychodynamique auprès d'une population hétérogène à l'axe II. Il serait intéressant de vérifier si leurs conclusions s'appliquent aussi en thérapie de groupe auprès de clients TPL exclusivement.

Objectifs

L'étude a pour but d'identifier les caractéristiques psychodynamiques et sociodémographiques associées à l'assiduité au traitement chez des clients inscrits à un programme spécialisé pour trouble de la personnalité limite. Plus précisément, cette étude vise premièrement à vérifier les liens entre deux dimensions majeures des relations d'objet, soit la tonalité affective des représentations et la capacité à l'investissement émotionnel dans les relations, et le taux de présence en thérapie de groupe sur une période d'un an chez des clients inscrits au programme des troubles de la personnalité limite de l'Institut Douglas (Montréal). Deuxièmement, cette étude vise à vérifier, et cela de manière exploratoire, la relation entre l'assiduité au traitement et trois types de variables : (1) les variables sociodémographiques comme l'âge, la scolarité et le statut d'emploi; (2) le trait et l'état de la colère et (3) la détresse psychologique notamment la sévérité des symptômes et la dépression.

Hypothèses

D'après la revue de la littérature que nous avons vu précédemment, il est possible de s'attendre à ce que deux variables du SCORS appliquées aux narrations du TAT, en l'occurrence la « tonalité affective des représentations » et la « capacité à l'investissement émotionnel dans les relations », soient corrélées significativement au taux de présence en thérapie de groupe. Plus précisément, il est attendu que :

1. les scores obtenus à l'échelle « tonalité affective des représentations » du SCORS soient corrélés négativement avec le taux de présence en thérapie de groupe.
2. les scores obtenus à l'échelle « capacité à l'investissement émotionnel dans les relations » du SCORS soient corrélés positivement avec le taux de présence en thérapie de groupe.

À titre exploratoire, seront explorés les liens entre le taux de présence en thérapie de groupe et les variables suivantes : (1) l'intensité de l'état dépressif telle que mesurée par l'Inventaire de dépression de Beck II; (2) l'expérience de la colère en situation sociale telle que mesurée par l'Inventaire de l'Expérience de la colère; (3) la détresse psychologique telle que mesurée par l'Index des Symptômes Psychiatriques et le SCL-90-R, et enfin (4) des variables sociodémographiques telles que l'âge, le niveau de scolarité et le fait d'avoir un travail extérieur rémunéré ou non.

Méthode

Ce deuxième chapitre aborde la méthode utilisée lors de l'expérimentation. Il présente les informations relatives aux participants de l'échantillon, aux particularités de la thérapie de groupe et des thérapeutes, à la procédure d'expérimentation ainsi qu'aux instruments de mesure.

Participants

Notre échantillon (N = 41) est composé de deux cohortes de clients. La première cohorte (N = 26) provient d'une banque de données de clients ayant participé à une thérapie de groupe entre septembre 2003 et juin 2004 et ayant à leur dossier les protocoles du Test d'Aperception Thématique, l'inventaire de dépression de Beck II et un questionnaire sociodémographique. Ces données ont été recueillies lors de l'évaluation d'entrée au programme et les participants ont signé un consentement écrit autorisant leur utilisation pour fins de recherche. La deuxième cohorte (N = 15) provient de clients ayant participé à une thérapie de groupe entre septembre 2007 et juin 2008. Tous les participants de la recherche ont reçu le diagnostic de trouble de la personnalité limite par un des psychiatres de la clinique des troubles de la personnalité à l'Institut Douglas. De plus, tous les participants ont également obtenu un score de 8/10 ou plus à la version française du *Diagnostic Interview for Borderline-Revised* (DIB-R) (Guttman & Laporte, 1995), à la suite de l'évaluation d'admission initiale faite par l'un des cliniciens du programme. Ces cliniciens sont trois psychologues et une travailleuses sociales, tous ayant plus de dix années d'expérience avec une clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité limite.

Description de la thérapie de groupe et des thérapeutes

Il s'agit d'une thérapie d'orientation psychodynamique qui vise notamment la perlaboration des angoisses rattachées à la phase développementale de séparation-individuation. Pour plus de détails, le lecteur peut se référer à l'article de St-Amand, David, Dubreuil, Marchildon et Turcotte (1997). Les séances de groupe se déroulent sur une base hebdomadaire et le cadre stipule que les clients y sont attendus à chaque semaine. La taille des groupes varie entre 5 et 8 personnes maximum. Des clients peuvent intégrer le groupe en cours d'année. Toutefois, tous les participants de l'étude étaient présents au début du groupe en commençant l'année. Deux thérapeutes sont présents par groupe. Dans les groupes concernés par cette recherche, les thérapeutes étaient toutes des femmes, trois psychologues et une travailleuse sociale avec l'expérience des troubles limites qui a été mentionnée précédemment.

Procédure de recrutement et expérimentation

Tous les clients (N = 21) qui participaient à une thérapie de groupe en 2007-2008 ont été informés de la présente recherche par leur intervenant principal. Les volontaires désirant participer à la recherche (N = 15) ont ensuite rencontré l'expérimentateur dans les locaux de l'Institut Douglas. Les formulaires de consentement à participer à la recherche et à l'enregistrement audio leur ont d'abord été présentés et expliqués. La passation des planches 1, 2, 3BM, 4 et 13MF du Test d'Aperception Thématique a ensuite été effectuée selon la procédure décrite par Murray (1943) et Morval (1982). Par la suite, les participants ont remplis quatre questionnaires: (1) un questionnaire sociodémographique, (2) l'Inventaire de l'Expérience de la Colère (IEC), (3) l'Inventaire de dépression de Beck II (IDB-II) et (4) l'Index des Symptômes

Psychiatriques (ISP). À la fin de l'expérimentation, chacun des participants a eu l'occasion de s'exprimer sur son expérience et de faire part de ses réflexions. Enfin, le nombre de présences en thérapie de groupe pour chacun des participants a été répertorié, soit de septembre 2003 à juin 2004 pour la première cohorte, et de septembre 2007 à juin 2008 pour la deuxième. En ce qui concerne les individus de la cohorte 2003-2004 ($N = 26$), aucune expérimentation ne fut nécessaire puisque les données existaient déjà.

Les groupes de thérapie sont offerts sur une base hebdomadaire de la mi-septembre environ à la mi-juin, avec des décalages de quelques semaines entre les groupes. L'expérimentation pour la cohorte 2003-2004 s'est échelonnée de juillet 2003 à décembre 2003. L'expérimentation pour la cohorte 2007-2008 s'est échelonnée sur les mois de novembre et décembre 2007. Par conséquent, plusieurs participants ont été évalués en cours de traitement, ce qui limite la validité de l'étude. Par contre, mentionnons que les deux échelles du SCORS utilisées dans l'étude mesurent des dimensions de la personnalité qui ne sont pas susceptibles de changer en l'espace de quelques semaines ou de quelques mois, mais bien à la fin d'un traitement beaucoup plus long qui pourrait nécessiter plusieurs années. Par conséquent, les scores des participants à ces échelles ne devraient pas avoir variés de façon significative entre le début de la thérapie de groupe et le moment de l'expérimentation.

Instruments

Le Test d'Aperception Thématique et le Social Cognition and Object Relations Scale

Le Test d'Aperception Thématique (TAT) est une épreuve projective où l'on présente à la personne une série d'images ambiguës en noir et blanc illustrant des personnages en interaction à partir desquelles il doit raconter une histoire en décrivant ce qui s'est passé avant, pendant et après (Murray, 1943). Afin d'évaluer les facettes dynamiques du fonctionnement de la personnalité à partir des narrations au TAT, Westen, Lohr, Silk, Kerber et Goodrich (1989) ont développé la Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS) La dernière version du SCORS comprend huit variables, dont deux qui nous intéressent pour notre étude, c'est-à-dire la « tonalité affective des paradigmes relationnels » et la « capacité à l'investissement émotionnel dans les relations » (Westen, 1995). Ces variables sont cotées sur une échelle de 1 à 7, les scores faibles indiquant des réponses pathologiques alors que des scores élevés indiquent des réponses saines et matures. Un résumé des deux échelles se retrouve en annexe. Une étude réalisée par Peters, Hilsenroth, Eudell-Simmons, Blagys et Handler (2006) a examiné la fidélité inter-juges et la validité convergente du SCORS. Ces auteurs ont trouvé que l'accord inter-juges allait de bon à excellent et que les résultats concernant la validité convergente indiquaient que le SCORS est utile en tant que mesure du fonctionnement psychiatrique, occupationnel et interpersonnel, ainsi que comme mesure des caractéristiques reliées à la personnalité des patients. D'autres études ont aussi montré que l'accord inter-juges du SCORS allait de bon à excellent aux narrations du TAT (Fowler, Ackerman, Speanburg, Bailey & Blagys, 2004; Westen, 1991; Westen, Lohr, Silk, Gold & Kerber, 1990; Westen, Ludolph, Lerner, Ruffins & Wiss, 1990; Westen, Ludolph, Silk,

Kellam, Gold & Lohr, 1990). Westen et al. (1990) estiment que le TAT est un excellent test pour évaluer les relations d'objets et les cognitions sociales car le contenu des planches, contrairement au Rorschach, est clairement social. Leur étude menée à partir du TAT démontre notamment que les TPL ont tendance à avoir des scores plus faibles à l'échelle « tonalité affective des paradigmes relationnels » et à l'échelle « capacité à l'investissement émotionnel dans les relations » que des contrôles normaux ou des gens souffrant de dépression majeure. Une étude d'Ackerman, Clemence, Weatherill et Hilsenroth (1999) supporte aussi la validité et la fidélité de l'échelle du SCORS appliquée aux narrations du TAT pour l'évaluation du TPL tel que définie par le DSM-IV (APA, 1994). Dans notre expérimentation, nous avons utilisé les planches 1, 2, 3 BM, 4 et 13MF du TAT. Ce sont les mêmes planches que celles utilisées par Ackerman et al. (2000). Plusieurs auteurs indiquent qu'elles s'appliquent particulièrement bien en vue d'une utilisation avec le SCORS (Westen et al., 1990 ; Hibbard, Hilsenroth, Hibbard & Nash, 1995).

L'Inventaire de l'Expérience de la Colère (IEC)

L'IEC est une traduction du State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) (Spielberger, 1988). Il a été validé auprès d'une population québécoise par Wright, Laughrea et Bélanger (1996). Il s'agit d'une mesure de l'expérience de la colère en situation sociale. L'IEC contient 44 items de type Likert en 4 points d'ancrage allant de presque jamais (niveau 1) à presque toujours (niveau 4) et se divisent en trois parties. Une première évalue la présence et l'intensité du sentiment de colère. Une deuxième mesure la présence d'un trait de personnalité colérique stable à partir de deux échelles, soient le tempérament colérique et les réactions colériques. Le troisième évalue le style d'expression de la colère à partir de trois échelles, soient

la répression, l'expression inadéquate et le contrôle de la colère. La cote totale d'expression de la colère s'obtient en additionnant la cote de répression à la cote d'expression inadéquate. De cette somme on soustrait la cote de contrôle. Enfin, une constante de 16 est ajoutée pour obtenir la cote totale d'expression de la colère. Plus cette cote est élevée, plus la personne vit d'intenses sentiments de colère et plus elle a de la difficulté à en gérer l'expression. La validité de construit de la version originale anglaise du STAXI a été montrée satisfaisante (Fuqua, Leonard, Masters, Smith, Campbell, & Fischer, 1991). Les résultats de Wright et al. (1996) indiquent que le IEC possède une validité de construit similaire. Ils démontrent également une fidélité acceptable du questionnaire, avec des coefficients alpha entre 0,55 et 0,87, et en établissent de plus la validité convergente avec d'autres instruments mesurant la colère.

L'Inventaire de Dépression de Beck-II (IDB-II)

L'usage du IDB-II est très répandu. Il s'agit d'une version révisée de l'Inventaire de Dépression de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). La personne y évalue la présence des symptômes de dépression majeure selon les critères du DSM-IV (APA, 1994). L'inventaire comporte 21 items et la cotation s'effectue sur une échelle de type Likert en quatre points d'ancrage allant de 0 (le symptôme n'est pas présent) à 3 (le symptôme est présent et sévère). Des auteurs (Beck, Steer & Brown, 1996 ; Dozois, Dobson & Ahnberg, 1998) ont montré la validité adéquate du IDB-II, une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,92$) et une bonne stabilité temporelle (une semaine ; $r = 0,93$).

L'Index des Symptômes Psychiatriques (ISP)

L'ISP est une adaptation par Ilfeld (1976) du Hopkins Symptoms Checklist (Derogatis, Lipman & Rickels, 1974). La personne y évalue la présence de 29 symptômes de détresse psychologique vécus dans les sept derniers jours autour de quatre facteurs: dépression, anxiété, hostilité et problèmes cognitifs. La cotation se fait sur une échelle de type Likert allant de "absent" à "très souvent". La cote totale d'adaptation psychologique au sein de ISP se calcule en additionnant la cote pour chacune des quatre sous-échelles. Plus la cote totale est basse, plus l'individu se décrit comme ayant une bonne santé psychologique, alors que plus la cote totale est haute, plus l'individu vit une détresse psychologique importante. Le questionnaire a été traduit et standardisé en français auprès de 16 000 Québécois et les résultats témoignent d'un degré de consistance interne élevé (Martin, Sabourin & Gendreau, 1989; Tousignant & Kovess, 1985). Les coefficients alpha sont satisfaisants, variant de 0,82 à 0,89 avec les sous-échelles. La fidélité test-retest varie de 0,76 à 0,94. Les résultats concernant la validité convergente et discriminante sont aussi satisfaisants (Tousignant & Kovess, 1985).

Le Symptom Checklist 90-R

Cet instrument élaboré par Derogatis (1977) comporte 90 items de type Likert en quatre points d'ancrage allant de pas du tout à excessivement, évaluant neuf dimensions psychopathologiques : somatisation, obsession-compulsion, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, anxiété phobique, idéation paranoïde et psychotismes. Nous avons utilisé dans le cadre de cette étude la version québécoise traduite et validée par Fortin et Coutu-Wakulczyk (1985) dont les qualités psychométriques ont été évaluées par Bergeron et Gosselin

(1993). Ces derniers rapportent des études de fidélité qui montrent des coefficients de consistance interne Cronbach alpha et de fidélité test-retest très satisfaisants pour les neuf dimensions ainsi que pour l'indice global de sévérité des symptômes. Les études montrent également une validité de convergence acceptable. Pour les besoins actuels, nous évaluerons l'indice global de sévérité des symptômes, c'est-à-dire la moyenne des 90 items.

Le Questionnaire sociodémographique

Un questionnaire où les participants indiquent leur âge, leur sexe, leur occupation (sans emploi, étudiant ou travail spécifique) et leur niveau de scolarité.

Résultats

La première partie de ce chapitre présente les informations relatives à la cotation des échelles du SCORS et à l'établissement de l'accord inter-juges. La deuxième présente les résultats des analyses descriptives. La troisième présente les analyses statistiques visant la vérification des hypothèses de recherche.

Cotation des échelles du SCORS et établissement de l'accord inter-juges

Tous les protocoles ont d'abord été retranscrits verbatim à partir d'enregistrements. La passation du TAT, l'enregistrement et la retranscription des protocoles des clients provenant de la banque de données (N = 26) (cohorte de clients 2003-2004) ont été réalisés par l'une des psychologues cliniciennes du programme. La même procédure a été réalisée pour le reste des protocoles des clients de l'échantillon (N = 15) (cohorte de clients 2007-2008) par l'expérimentateur principal de la thèse. Chaque retranscription a reçu un numéro confidentiel de façon aléatoire.

La formation au manuel de cotation de Westen (1995) s'est déroulée comme suit. Les deux juges (l'expérimentateur principal et un assistant de recherche au niveau du baccalauréat en psychologie) se sont d'abord familiarisés avec le manuel de cotation. Ensuite, les règles de cotations pour chacune des deux échelles utilisées dans l'étude ont été soigneusement étudiées. Les deux juges se sont pratiqués ensemble et séparément à partir des protocoles de pratique fournis avec le manuel. Après avoir atteint un degré d'accord jugé satisfaisant, les deux juges ont codifié indépendamment 9 protocoles de la présente recherche pour chacune des 5 planches du

TAT utilisées, soit 45 protocoles (22 % de l'échantillon totale). La corrélation intraclasse (ICC ; type 2,1) (Shrout & Fleiss, 1979) a été utilisée afin d'établir la fidélité inter-juges. La corrélation intraclasse pour l'échelle « tonalité affective des représentations » est de 0.87 et la corrélation intraclasse pour l'échelle « capacité à l'investissement émotionnel dans les relations » est de 0.90. Selon les critères de Cicchetti et Sparrow (1981), la fidélité inter-juges est excellente pour les deux échelles. Une fois les différences discutées et résolues par consensus, les protocoles restants (N = 160) ont été codifiés par l'expérimentateur principal dans une séquence aléatoire quant aux sujets et aux histoires. Cette procédure est celle recommandée par l'auteur du SCORS.

Analyses descriptives

Le tableau 1 présente les statistiques descriptives des variables à l'étude. Notons que le STAXI et l'ISP ne faisaient pas partie des mesures prises avec la cohorte 2003-2004, ce qui explique l'échantillon plus petit de ces variables. Aussi, un questionnaire de l'IDB-II était manquant dans la banque de données et les données concernant le SCL-90-R, dont une était manquante, proviennent exclusivement de cette banque.

TABLEAU 1

Statistiques descriptives					
	N	Min.	Max.	Moyenne	Écart type
Âge	41	20	62	37.3	10.3
IDB-II	40	0	45	24.2	11.4
INV-EM	41	1	3.4	1.8	0.4
TON-AFF	41	2	3.4	2.6	0.4
Taux de présence en thérapie	41	0.3	1.0	0.7	0.1
ISP	15	20	61	42.6	14.4
SCL-90-R	25	0.2	2.7	1.3	0.6
STAXI TRAIT	15	14	27	19.2	3.8
STAXI GLOBAL	15	11	27	18.7	5.2

INV-EM = Capacité à l'investissement émotionnel dans les relations

TON-AFF = Tonalité affective des représentations

Vérifications des hypothèses

Le devis de recherche est de type corrélationnel. Le tableau 2 présente la matrice des corrélations de Pearson entre toutes les variables à l'étude. Ceci permet de vérifier les hypothèses corrélationnelles ainsi que d'assurer le volet exploratoire des objectifs. Les résultats indiquent que l'âge, l'INV-EM et la TON-AFF sont corrélés significativement au taux de présence en thérapie de groupe à 0.39, 0.38 et 0.31 respectivement. Donc plus l'âge des participants est élevé, plus leurs relations d'objet sont de nature bienveillante et investies émotionnellement, plus le taux de présence en thérapie de groupe a tendance à être élevé. Ceci confirme notre hypothèse concernant l'INV-EM mais indique une relation inverse à ce qui était attendu concernant la TON-AFF. Les résultats démontrent également que l'INV-EM et la TON-AFF sont corrélés significativement entre elles à 0.56. Les variables exploratoires de l'étude que sont le IDB-II, le SCL-90-R, l'ISP et les deux variables de l'inventaire de l'expérience de la colère en situation sociale ne sont pas corrélées significativement au taux de présence en thérapie

de groupe. Le IDB-II, le SCL-90-R et l'ISP sont significativement corrélés entre eux, ce qui était attendu, étant donné que ce sont trois mesures de la détresse psychologique.

TABLEAU 2
Matrice des corrélations de Pearson

	Âge	IDB-II	INV-EM	TON-AFF	Taux de présence	ISP	SCL-90-R	STAXI TRAIT
Âge (n = 41)	...	...	...	...	...	...	...	...
IDB-II (n = 40)	.20	...	...	...	...	...	...	...
INV-EM (n = 41)	.24	.02	...	...	...	...	...	...
TON-AFF (n = 41)	.14	.04	.56****	...	...	...	...	...
Taux de présence (n = 41)	.39*	.02	.38*	.31*	...	...	...	...
ISP (n = 15)	.36	.87**	.27	.29	.24	...	...	...
SCL_90 (n = 25)	.03	.75**	-.10	-.15	.04	nd	...	...
STAXI TRAIT (n = 15)	.32	.16	.11	.23	-.28	-.03	nd	...
STAXI GLOBAL (n = 15)	.41	.47	.03	.02	-.06	.51	nd	.48

* = Corrélation significative à 0.05

** = Corrélation significative à 0.01

INV-EM = Capacité à l'investissement émotionnel dans les relations

TON-AFF = Tonalité affective des représentations

nd = ces mesures n'ont pas été prises en même temps

Analyses exploratoires

Enfin, le tableau 5 présente les moyennes et les écarts types de l'âge, de IDB-II, de l'INV-EM, de la TON-AFF et du taux de présence en thérapie en fonction de la scolarité (sec. V non-complété, sec. V complété, études post-secondaires), de l'occupation (sans emploi, emploi rémunéré, congé de maladie et étudiant) et du sexe. Bien que le taux de présence et l'INV-EM semblent augmenter en fonction de la scolarité, et que le taux de présence semble varier en fonction de l'occupation, des tests de Kruskal-Wallis H ont été effectués entre les différents groupes et ne révèlent aucune différence significative tant au plan de l'occupation, de la scolarité que du sexe. Nous avons utilisé ces analyses non-paramétriques étant donné la taille nettement inégale des groupes. Comme aucune différence ne s'avère significative et qu'il s'agit du volet exploratoire de l'étude, nous avons jugé qu'il n'était pas pertinent de présenter les résultats des tests de Kruskal-Wallis H.

TABLEAU 3

Distribution des variables en fonction de l'occupation, de la scolarité et du sexe

	Âge		IDB-II		INV-EM		TON-AFF		Taux de présence	
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
Scolarité :										
Sec. V non complété (n = 9)	35.33	13.43	24.11	12.89	1.58	0.42	2.60	0.37	0.67	0.19
Sec. V complété (n = 22)	37.56	9.85	21.67	11.48	1.85	0.37	2.60	0.45	0.80	0.16
Études post secondaire (n = 10)	38.50	9.24	29.60	8.98	2.06	0.60	2.58	0.44	0.81	0.10
Occupation :										
Sans emploi (n = 21)	38.43	10.20	23.19	12.29	1.78	0.40	2.65	0.35	0.73	0.16
Emploi rémunéré (n = 12)	35.67	10.13	25.64	10.34	1.83	0.35	2.55	0.49	0.82	0.10
Congé de maladie (n = 5)	44.00	7.62	31.60	8.17	2.36	0.73	2.60	0.65	0.87	0.14
Étudiant (n = 3)	25.00	7.81	13.67	7.51	1.47	0.31	2.40	0.20	0.70	0.32
Sexe :										
Homme (n = 5)	38.80	7.73	22.40	10.60	2.28	0.46	3.12	0.18	0.73	0.22
Femme (n = 36)	37.11	10.75	24.46	11.70	1.78	0.44	2.52	0.39	0.78	0.15

Discussion

Le but de l'étude était de vérifier les liens entre deux dimensions des relations d'objet et le taux de présence en psychothérapie de groupe chez les TPL. Nous nous attendions à trouver une corrélation positive entre la capacité à l'investissement émotionnel dans les relations et le taux de présence en psychothérapie, ainsi qu'une corrélation négative entre la tonalité affective des représentations et le taux de présence. Les résultats confirment la première hypothèse mais indiquent une corrélation inverse à ce qui était attendu pour la deuxième. Nous allons tenter d'expliquer ces résultats. Nous verrons ensuite les variables du volet exploratoire de l'étude en nous attardant particulièrement sur l'âge qui est la variable la plus fortement corrélée au taux de présence en psychothérapie. Enfin, nous élaborerons sur les implications cliniques des résultats, les limites de l'étude et sur des pistes de recherche pour la suite.

La capacité à l'investissement émotionnel dans les relations (INV-EM)

Les données indiquent une corrélation significative entre l'INV-EM et le taux de présence en psychothérapie de groupe de .38, ce qui confirme notre hypothèse et les résultats de Ackerman et al. (2000). Les clients qui font preuve de plus d'assiduité en thérapie de groupe ont donc tendance à plus s'investir émotionnellement dans les relations. Nous allons développer deux hypothèses explicatives à cet égard. Premièrement, au plan intrapsychique, nous allons développer que les clients avec des scores pathologiques à l'INV-EM vivent le groupe différemment de ceux qui ont des scores plus sains. Deuxièmement, au plan interpersonnel, nous allons élaborer l'idée que les clients avec des scores pathologiques à l'INV-EM ont un impact différent sur le groupe de ceux avec des scores plus sains.

Voyons d'abord l'aspect intrapsychique. Ackerman et al. (2000) ont expliqué la corrélation positive entre l'INV-EM et le taux de présence en thérapie individuel en avançant que les clients avec des scores plus élevés à l'INV-EM peuvent trouver dans la relation thérapeutique l'occasion d'assouvir des désirs d'investissement émotionnel qu'ils n'ont pas nécessairement la possibilité de combler ailleurs, que ce soit par manque de soutien social ou par l'interaction négative de leurs mauvaises relations d'objets dans leurs rapports aux autres. Dans le contexte d'une thérapie de groupe, cette explication peut avoir une portée d'autant plus grande que le groupe offre des possibilités d'investissement émotionnel et de développement des capacités relationnelles plus nombreuses et diversifiées que la thérapie individuelle. En effet, les clients avec des scores plus sains à l'INV-EM peuvent se tourner entre eux, vers les thérapeutes ou vers le groupe dans son ensemble pour investir émotionnellement et satisfaire leurs désirs relationnels. À l'inverse, la situation éminemment relationnelle du groupe peut ne pas convenir aux clients qui ne désirent pas investir émotionnellement les relations. Ces derniers peuvent trouver que le groupe ne répond pas suffisamment à leurs besoins personnels spécifiques et conséquemment, ils ont moins tendance à s'y présenter régulièrement. Ceci renvoie à l'importance d'accorder le type de traitement offert aux besoins et aux attentes particulières des clients, une des conclusions auxquelles arrivent Ogrodniczuk, Piper et Joyce (2006a).

Ces auteurs se sont intéressés à l'influence de la détresse interpersonnelle sur le nombre de séances en thérapie de groupe chez des patients ayant un trouble de la personnalité. En utilisant l'Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz et al., 1988) comme mesure, ils ont trouvé que la détresse interpersonnelle était directement associée au nombre de présence en

thérapie de soutien, expliquant 19 % de la variance. Toutefois, leurs données démontrent que les clients ayant un trouble de la personnalité et présentant une faible détresse interpersonnelle étaient tout aussi susceptibles que les autres avec forte détresse interpersonnelle de se présenter régulièrement en thérapie interprétative. Ogrodniczuk et al. (2006a) expliquent cette divergence par le fait que les besoins et les attentes envers la thérapie peuvent varier en fonction du degré de détresse interpersonnelle. Les clients avec une forte détresse interpersonnelle qui se présentent en traitement en situation de crise peuvent être plus satisfaits par l'approche centrée sur la résolution de problème de la thérapie de soutien. Par contre, ceux dont les besoins et les attentes concernent davantage des problèmes chroniques (ex. problèmes récurrents de régulation de la colère) et moins la gestion de crises ponctuelles peuvent percevoir la thérapie de soutien comme moins aidante et pertinente pour eux, ce qui peut résulter en plus d'absentéisme. Ogrodniczuk, Piper et Joyce (2006a) concluent entre autres que la thérapie interprétative pourrait mieux correspondre aux besoins et aux attentes des clients présentant une faible détresse interpersonnelle. Ils soulèvent également l'importance de regrouper ensemble les clients en fonction de leur degré de détresse interpersonnelle.

Dans le même sens, il est probable que les attentes et les besoins des clients avec un score pathologique à l'INV-EM soient différents de ceux qui ont un score plus sain. Les clients avec une faible INV-EM peuvent avoir de la difficulté à percevoir en quoi la situation de groupe peut être aidante si les enjeux liés à l'investissement émotionnel dans les relations ne font pas partie des besoins conscients de thérapie. Une étude qualitative de Hummelen, Wilberg et Karterud (2007) va en ce sens. Les auteurs ont interviewé des patients ayant un diagnostic de TPL (N = 8)

et ayant abandonné une psychothérapie de groupe à long terme. Ils ont également interviewé les thérapeutes de groupe de ces clients (N = 12). La majorité des patients et des thérapeutes ont identifié l'incapacité d'utiliser le groupe comme ayant mené à l'abandon. Ces patients ont rapporté qu'ils ne voyaient pas de sens à être en thérapie de groupe. Or, la description qu'ils font d'eux-mêmes renvoie à certains éléments pathologiques de l'INV-EM. Ils se décrivaient comme étant incapable de s'ouvrir dans le groupe et comme ayant de la difficulté à être empathique aux autres. Qui plus est, ils avaient tendance à percevoir le groupe comme étant responsable de leurs symptômes et de leurs difficultés interpersonnelles. La plupart exprimaient également des conflits à partager le temps et l'attention dans le groupe. À la lumière de ces données qualitatives, nous pourrions formuler une nouvelle hypothèse, soit que la capacité à utiliser le groupe de façon thérapeutique varie en fonction de l'INV-EM. Il serait intéressant de concevoir d'autres études à ce sujet.

Au plan interpersonnel, nous pourrions aussi supposer que les clients avec une faible INV-EM suscitent des réactions négatives chez les autres participants, en étant par exemple très centrés sur eux-mêmes, en investissant les autres pour leurs gratifications personnelles et en étant peu enclin à s'intéresser aux autres. Ceci pourrait faire en sorte qu'ils se présentent moins souvent au groupe pour éviter d'être confrontés à de telles réactions négatives des autres à leur endroit. Il serait d'ailleurs intéressant d'explorer les liens entre l'INV-EM chez les participants d'un groupe et des variables mesurant la cohésion du groupe et l'assiduité chez l'ensemble du groupe. Par exemple, est-ce qu'un ou deux participants avec un score pathologique à l'INV-EM

peut nuire à la cohésion du groupe dans son ensemble et encore entraîner plus d'absentéisme chez les autres participants ? D'autres études seraient nécessaires pour explorer ces enjeux.

Au demeurant, il est probable que les clients avec un score pathologique à l'INV-EM se retrouvent dans le processus pernicieux qui mène à l'abandon que décrivent Hummelen et al. (2007). D'un côté, ils contribuent à la mauvaise cohésion du groupe par leurs absences, par leurs difficultés à s'investir auprès des autres et par leur tendance à monopoliser le groupe pour leurs besoins personnels. De l'autre côté, cette mauvaise cohésion du groupe augmente leur anxiété et intensifie leurs besoins archaïques (Stone, Blaze & Bozzutom, 1980), ce qui accentue encore davantage leur besoin d'attention et de gratification de leurs propres besoins. Une dynamique s'installe alors où ils vivent le groupe comme de plus en plus frustrant et insatisfaisant, ce qui les amène à se retirer encore davantage du groupe.

La tonalité affective des représentations (TON-AFF)

Les résultats indiquent une corrélation significative de 0.31 entre la TON-AFF et le taux de présence en thérapie de groupe, ce qui va dans le sens inverse de notre hypothèse et des données obtenues par Ackerman et al. (2000). Rappelons que ces auteurs ont trouvé une corrélation négative entre la TON-AFF et le taux de présence en thérapie individuel, ce qui nous amène, à la lumière des résultats de la présente étude, à faire l'hypothèse d'une interaction entre la TON-AFF et la modalité de traitement (i.e. individuelle ou groupe) sur le taux de présence en psychothérapie.

En thérapie individuelle, les clients avec de mauvaises relations d'objet, qui s'attendent par exemple à vivre des relations malveillantes et abusives, peuvent trouver, dans le cadre thérapeutique individuel et la capacité du thérapeute à réguler les identifications projectives ainsi que ses réactions contre-transférentielles, l'occasion d'assouvir des besoins relationnels non-comblés jusqu'à lors ou encore de réparer des enjeux développementaux non-résolus. La possibilité de vivre ainsi une nouvelle expérience relationnelle correctrice pourrait augmenter la rétention au traitement chez les clients avec de mauvaises relations d'objet en thérapie individuelle.

En thérapie de groupe, la situation peut-être très différente pour les clients avec des scores pathologiques à la TON-AFF. En effet, nous pouvons supposer que ces clients sont plus susceptibles de vivre des émotions dysphoriques intenses en situation de groupe. La tendance à s'absenter plus souvent du groupe pourrait alors se comprendre comme une tentative d'éviter d'éprouver ces affects négatifs. Les résultats qualitatifs de Hummelen et collègues vont en ce sens (2007). Les TPL ayant abandonné la thérapie de groupe ont rapporté d'intenses sentiments négatifs durant le traitement, allant de la rage, du mépris, de l'impuissance, de la culpabilité à une forte anxiété. La plupart ont également rapporté le désir d'échapper aux jugements négatifs des autres membres du groupe. Les résultats de Hummelen et al. (2007) jumelés à ceux de la présente étude nous amènent à penser que les clients avec des scores pathologiques à la TON-AFF peuvent reproduire à leur insu leur dynamique relationnelle inconsciente de sorte que la situation de groupe devient difficilement tolérable et entraîne plus d'absentéisme.

Par ailleurs, la conclusion à laquelle arrivent Ackerman et al. (2000), à savoir que les clients avec à la fois un score élevé à l'INV-EM et un score faible à la TON-AFF ont tendance à assister à un plus grand nombre de séances de thérapie, bien qu'intéressante, n'est pas facile à concevoir. En effet, la coexistence chez une même personne d'une perception malveillante des relations et d'une capacité à s'y investir positivement est plus difficile à imaginer, sur le plan de l'étiologie développementale, qu'une corrélation positive entre ces deux dimensions. Intuitivement, il est plus simple de supposer que les gens qui ont intériorisé une perception malveillante des relations ont plus de difficulté à s'y investir émotionnellement. De même pour l'interaction inverse, à savoir que les gens qui ont de la difficulté à s'investir émotionnellement dans les relations sont plus susceptibles de vivre les relations de manière frustrante et de développer une perception malveillante des autres. Cette façon de concevoir l'interaction entre l'INV-EM et la TON-AFF lors de leur étiologie développementale pourrait expliquer la corrélation entre elles de .56 obtenue dans la présente étude.

L'âge

Contrairement aux autres variables exploratoires de l'étude, l'âge est la seule qui soit corrélée significativement au taux de présence en thérapie de groupe. Ce résultat est congruent avec la littérature concernant la population générale (Reis & Brown, 1999; Wierzbicki & Pekarik, 1993; Edlund et al., 2002) et la littérature concernant le TPL (Marini et al., 2005; Smith et al., 1995; Thormalhen et al., 2003). Nous pouvons avancer plusieurs hypothèses afin d'expliquer cette relation.

D'abord, plusieurs symptômes du TPL incluant l'instabilité affective, un mode de relations interpersonnelles intenses et instables, des tentatives ou des menaces suicidaires chroniques, des peurs d'abandon, une perturbation de l'identité et l'impulsivité, notamment au plan de l'abus de substance, peuvent rendre difficile la création d'une bonne alliance thérapeutique et entraîner des fluctuations au plan de la motivation au traitement. Or, la dégradation du fonctionnement découlant de ces symptômes est plus grande chez les jeunes adultes et diminue graduellement avec l'âge selon le DSM-IV (American Psychiatric Association ; 1994). Qui plus est, une étude de Stevenson, Meares et Comerford (2003) a montré que l'impulsivité chez les TPL avait tendance à diminuer avec l'âge. Nous pourrions donc émettre l'hypothèse que les clients plus âgés ont tendance à moins manifester de comportements pouvant interférer avec l'assiduité en psychothérapie et que les symptômes aigus des plus jeunes rendent difficile le fait de persister dans des actions orientées vers un but comme se présenter régulièrement au traitement.

Dans leur étude, Gunderson et al. (1989) ont trouvé que les TPL ayant plus d'antécédents de traitement avaient tendance à se présenter à un plus grand nombre de sessions de thérapie. Bien que cela n'ait pas été mesuré dans le cadre de cette étude, il est possible que les clients plus âgés aient plus d'expérience en psychothérapie que les clients plus jeunes. Peut-être que les clients plus âgés ont par conséquent des attentes plus réalistes par rapport à la psychothérapie et de ce fait seraient plus assidus au traitement en vivant moins de sentiments négatifs de déception et de frustration.

Une autre hypothèse s'inspire de la clinique quotidienne. Une partie de la souffrance de beaucoup de personnes présentant un TPL semble provenir du désir frustré que l'environnement extérieur apporte une réponse à leurs besoins (de dépendance, de validation, de soutien, de réassurance, etc.). En effet, le deuil d'un changement ou d'une solution venant de l'environnement est souvent difficile pour les clients ayant subis de la négligence ou de l'abus car ils sont au pris avec des enjeux développementaux non-résolus. Or, le passage des désirs de dépendance à l'environnement vers des désirs d'autonomie affective et fonctionnelle a tendance à se faire naturellement avec le développement normal, le passage du temps et l'âge. À cet égard, nous pourrions donc faire l'hypothèse que les clients plus âgés ont cheminé davantage quant au deuil d'une réponse extérieure à leur souffrance et qu'ils sont plus enclins à utiliser la thérapie pour accomplir un travail personnel sur eux que les plus jeunes chez qui la résistance à l'autonomie et à la responsabilisation est plus grande. Le plus faible taux de présence chez les plus jeunes témoignerait ainsi d'une plus grande résistance à faire le deuil d'une réponse extérieure et à utiliser la thérapie pour apprendre eux-mêmes à gérer leur souffrance.

Les variables exploratoires de l'étude

Nous avons déjà mentionné qu'à l'exception de l'âge, aucune des variables exploratoires de l'étude n'est reliée significativement au taux de présence en thérapie de groupe. Nous pouvons avancer quelques explications selon le type de variable.

Les mesures symptomatiques que sont l'ISP, IDB-II et le SCL-90 évaluent la présence d'états cliniquement significatifs à l'intérieur d'une période de temps très restreinte d'une ou deux semaines. Comme ces états sont susceptibles de fluctuer et d'évoluer dans le temps, ces

mesures ne présentent pas de stabilité temporelle comme peuvent l'avoir des mesures des relations d'objet intériorisées comme le SCORS. Par conséquent, leur capacité à prédire un critère mesuré au long court comme le taux de présence en thérapie sur une durée d'un an peut être limitée.

En ce qui a trait à l'expérience de la colère en situation sociale telle que mesurée par le STAXI, rappelons que nous n'avons que 15 participants issus de la deuxième cohorte qui ont complété ce questionnaire. Ce faible échantillon ne nous permet pas de tirer de conclusion. Il serait intéressant de vérifier à nouveau le lien avec le taux de présence en thérapie de groupe avec un échantillon plus grand. La revue de la littérature que nous avons vue précédemment indique qu'il y aurait possiblement un lien. La clinique quotidienne l'atteste également. Il n'est pas rare qu'une absence apparaisse aux yeux des thérapeutes comme le symptôme d'une colère vécue dans le groupe qui s'exprime indirectement.

Enfin, le fait que la scolarité et l'occupation ne soient pas reliées au taux de présence en thérapie alors que la littérature démontre qu'elles le sont régulièrement (Wierzbicki & Pekarik, 1993; Reis & Brown, 1999) renvoie peut-être aux particularités propres à notre échantillon. Nous pouvons supposer qu'un échantillon plus grand pourrait donner des résultats différents. En l'occurrence, il existe certaines tendances dans les données qui ne sont pas significatives selon les tests de Kruskal-Wallis H effectués mais qui pourraient peut-être le devenir avec un plus grand nombre de participants.

Par exemple, ce qui est d'intérêt particulier pour la présente recherche, c'est la possibilité d'une corrélation entre l'INV-EM et le niveau de scolarité. Comme l'illustre le tableau 5, il semble que l'INV-EM puisse augmenter avec la scolarité et nous pouvons aisément concevoir des hypothèses qui iraient en ce sens. La première renvoie à la consigne de passation du TAT et aux critères de cotation de l'échelle INV-EM. Nous pourrions supposer que les clients avec plus de scolarité sont plus en mesure de raconter une histoire en élaborant et en nuanciant le point de vue émotionnel des différents protagonistes que les clients moins scolarisés, ce qui représenterait un avantage notable lors de l'expérimentation. Il est également possible que l'INV-EM soit reliée à la capacité à s'investir et à soutenir un effort dans les études, que ce soit au plan de la relation avec les enseignants, avec les autres élèves, voire avec la matière elle-même. Nous pourrions aussi supposer que les participants avec des scores plus élevés à l'INV-EM soient moins carencés au plan développemental que les participants avec des scores plus faibles, qu'ils aient subis moins de négligence et d'abus, ce qui pourrait faire en sorte qu'ils soient plus fonctionnels et plus aptes à poursuivre des études. Enfin, nous pourrions concevoir la scolarité comme un facteur socialisation qui permettrait à l'individu de développer sa capacité à investir émotionnellement dans les relations. D'autres recherches seraient nécessaires pour vérifier ces supposés.

Une autre tendance qu'indique le tableau 5 et qui pourrait devenir significative avec un échantillon plus grand est le lien entre l'occupation et le taux de présence. De façon similaire à ce que nous avons avancé à la section précédente, les clients qui travaillent sont probablement plus fonctionnels et ont peut-être un passé développemental moins pathogène que les clients sans emploi, ce qui pourrait faire en sorte qu'ils sont plus en mesure de se présenter régulièrement en

thérapie de groupe. Nous pourrions aussi nous attendre à ce que les clients sans emploi aient des besoins psycho-sociaux plus importants qui viennent interférer avec l'assiduité au traitement. Comme la thérapie de groupe n'adresse pas directement les enjeux psycho-sociaux, il se pourrait que les clients sans emploi considèrent que cette modalité de traitement ne répond pas suffisamment à leurs besoins, ce qui pourrait les amener à s'y présenter moins souvent. Dans un autre ordre d'idées, nous pourrions faire l'hypothèse que les clients qui travaillent sont plus motivés à apporter un changement dans leur vie par la thérapie de groupe que les clients sans emploi qui ont peut-être des gains secondaires plus importants reliés à la maladie, comme par exemple le fait de recevoir des prestations d'argent plus élevées en étant reconnu invalide ou inapte au travail. Ici aussi, de nouvelles études seraient nécessaires pour explorer ces enjeux.

Les implications cliniques

Les implications cliniques de l'étude se regroupent en deux catégories : les indications à la psychothérapie de groupe et les interventions cliniques à privilégier pour améliorer la rétention au traitement. La première renvoie aux résultats de l'INV-EM, la seconde à ceux de la TON-AFF. Étant donné l'influence importante de l'âge sur le taux de présence, nous verrons également certains aspects cliniques à considérer en fonction de cette variable.

Compte tenu des éléments que nous avons discutés précédemment, l'évaluation du niveau d'INV-EM peut être considérée dans l'orientation clinique des clients vers le traitement le plus approprié. En effet, les clients qui se montrent incapables d'investir émotionnellement les relations sont peut-être de mauvais candidats à la thérapie de groupe. Une thérapie individuelle serait peut-être mieux indiquée à leurs besoins et à leurs enjeux développementaux. Par ailleurs,

afin de faciliter le développement d'une cohésion de groupe, les thérapeutes pourraient tenir compte du niveau d'INV-EM des clients dans la composition des groupes de thérapie. Il serait pertinent d'éviter de former des groupes de thérapie avec une concentration trop forte de pathologies au niveau de l'INV-EM. Une hétérogénéité au sein des membres du groupe à cet égard pourrait faire en sorte que les capacités et désirs d'investissement émotionnel de certains compensent pour les manques des autres au plan de la dynamique du groupe.

Ce que nous avons vu à propos de la TON-AFF souligne l'importance clinique pour les thérapeutes de porter une attention particulière en cours de processus aux affects dysphoriques suscités par la situation de groupe chez les participants afin de réduire l'absentéisme et prévenir l'abandon. Des cibles d'intervention à privilégier pourraient être d'aider les clients à identifier et à réguler les craintes et les appréhensions relationnelles face au groupe ou encore de commenter l'impact du groupe sur l'état affectif des clients.

En ce qui concerne l'âge, les hypothèses cliniques que nous venons de discuter renvoient à l'importance du cadre thérapeutique avec les clients plus jeunes. De fait, en inscrivant la thérapie à l'intérieur d'une démarche de responsabilisation et d'autonomie face au changement, il est possible d'adresser plusieurs enjeux liés à l'assiduité au traitement. Des considérations particulières peuvent être portées à différents plans avec cette population, notamment aux stades préliminaires de la thérapie.

D'abord au plan de l'évaluation de la demande de traitement. Dans quelle mesure la demande de traitement est-elle motivée par l'environnement du client? Chez les jeunes TPL, la

demande de traitement est souvent en réaction à une situation de crise, par exemple une tentative de suicide. Dans un tel contexte, ce peut être l'entourage, la famille, un proche ou un intervenant qui insiste le plus sur la nécessité d'un traitement. Une fois la crise résolue, quelle est la motivation du client à entreprendre une thérapie? Si la demande de traitement est extérieure au client, par exemple en provenant surtout de la pression d'un tiers comme un parent ou un conjoint pour se faire soigner, les difficultés à s'approprier la démarche de changement risquent de s'exprimer par de l'absentéisme. Par conséquent, il est important d'évaluer la motivation intrinsèque et le désir de changement des jeunes TPL avant de considérer tout traitement, a fortiori une thérapie de groupe. Il est important que le client soit capable de déterminer, avec l'aide du thérapeute, ses objectifs thérapeutiques. La thérapie ne devrait pas commencer avant que le client ait clairement identifié ce qu'il veut travailler sur lui-même. Les deux écueils potentiels à éviter ici sont de débiter la thérapie en se plaçant en attente passive face au traitement ou encore en recherchant une réponse ou un changement de la part de l'environnement plutôt qu'un véritable travail sur soi, ce qui risque d'influencer le taux de présence au traitement.

Ceci nous amène à l'importance du contrat thérapeutique avec les jeunes TPL (Yeomans, Selzer & Clarkin, 1992). Le contrat thérapeutique est une entente écrite de collaboration entre le client et les thérapeutes qui spécifie les attentes et les responsabilités de chacun. Avec les jeunes TPL, une attention spéciale doit être portée aux symptômes et aux problèmes, notamment ceux entourant l'impulsivité, qui pourraient entraîner des problèmes d'assiduité et de rétention en thérapie de groupe. Dans son modèle de traitement du TPL, Linehan (1993) propose une hiérarchie des cibles d'intervention. Après la diminution des comportements suicidaires, les

comportements interférant avec la thérapie sont adressés en priorité. De la même façon et avant d'entamer la thérapie, les thérapeutes et les clients doivent collaborer ensemble pour établir un cadre de travail qui permette de gérer les problèmes d'assiduité au traitement, comme par exemple la toxicomanie ou des problèmes psycho-sociaux. Qui plus est, le contrat thérapeutique doit établir clairement la limite et la procédure en cas de bris de contrat. Par exemple à l'Institut Douglas, le contrat thérapeutique stipule que les clients qui s'absentent du groupe doivent remplir une feuille de réflexion avant la prochaine séance de groupe. Le contrat stipule également que si les absences se répètent, les clients seront convoqués en rencontre individuelle pour adresser les enjeux entourant la présence en thérapie de groupe, et que si le problème persiste, leur participation sera remise en cause. Les résultats de la présente étude témoignent de la pertinence de telles mesures avec les jeunes TPL. En faire l'économie, c'est risquer que les particularités d'expression et de gestion de leur souffrance nous empêchent de travailler efficacement auprès d'eux.

Les limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs limites à différents égards. D'abord, certaines limites de l'étude concernent des aspects liés à la fidélité et à la validité du TAT et du SCORS. Tous deux nécessitent un entraînement, le TAT pour la passation, le SCORS pour la cotation, ce qui augmente le risque d'erreur. Le fait que les participants ont été évalués en cours de traitement et qu'ils proviennent de deux cohortes différentes de patients limite aussi la validité du protocole.

Comme nous l'avons montré, une multitude de facteurs interagissent entre eux et influencent le taux de présence en thérapie de groupe. Les résultats doivent être considérés en

tenant compte des nombreuses autres variables qui sont susceptibles d'affecter le taux de présence en thérapie de groupe et qui n'ont pas été évaluées dans le cadre de l'étude. Par exemple, les caractéristiques des thérapeutes, la taille des groupes, la dynamique du groupe, sa composition et son degré de cohésion n'ont pas été contrôlés. Il en va de même pour les antécédents de traitement en psychothérapie et en psychiatrie qui pourraient avoir influencé la qualité des relations d'objet et les attentes à l'égard du traitement. L'étude ne comporte pas non plus de mesure de la motivation au traitement, des attentes et des besoins avant d'entamer la thérapie ou encore des attitudes et des perceptions des participants face au traitement. Mentionnons également que le niveau de scolarité n'a pas été mesuré de façon continue mais bien de façon catégorielle (c.-à-d. secondaire V non complété, secondaire V, CEGEP ou études universitaires). Le niveau socioéconomique n'a pas été mesuré, ce qui aurait été une mesure plus appropriée selon la littérature que le type d'occupation (emploi rémunéré, sans emploi, étudiant ou congé de maladie). L'influence de variables additionnelles pourrait être explorée avec un échantillon plus grand.

Étant donné que la population de l'étude provient uniquement du programme pour troubles de la personnalité limite de l'Institut Douglas, il faut être prudent par rapport à la généralisation des résultats au-delà de notre échantillon. De nouvelles recherches seraient nécessaires afin de vérifier si les résultats peuvent se généraliser à des groupes de patients autres que TPL, par exemple à des groupes plus hétérogènes composés de patients avec des diagnostics différents à l'axe II. Il serait aussi intéressant de vérifier si les résultats peuvent être répliqués dans un autre cadre thérapeutique que celui institutionnel du Douglas, comme par exemple dans

un organisme communautaire. Par ailleurs, comme les évaluations DIB-R ont été réalisées dans le cadre de la clinique quotidienne, et non dans le contexte contrôlé d'une recherche, aucune mesure n'a été prise afin de s'assurer de la validité de ces évaluations. De plus, aucune mesure n'a été prise afin d'évaluer la présence d'autres troubles de la personnalité ou de comorbidité à l'axe I. Par conséquent, il n'est pas possible d'affirmer que l'échantillon est un groupe homogène exclusivement TPL.

Concernant les dimensions du SCORS, seules deux de ses huit dimensions ont été utilisées. Ce sont celles qui se sont avérées significatives dans l'étude d'Ackerman et collègues (2000). Une autre étude pourrait vérifier la valeur de prédiction de chacune des variables du SCORS sur le taux de présence en psychothérapie de groupe. Ceci n'était pas possible dans le cadre de la présente recherche car une telle entreprise aurait exigé un échantillon beaucoup plus grand ainsi qu'une période de temps considérable pour la formation aux différentes échelles et leur cotation. Enfin, le choix des variables exploratoires de l'étude a été en partie déterminé par les possibilités qu'offrait la banque de données, ce qui doit être évoqué.

Conclusion

La présente étude a montré que deux des dimensions affectives des relations d'objet mesurées par le SCORS, nommément l'INV-EM et la TON-AFF, ainsi que l'âge, sont corrélés positivement au taux de présence en thérapie de groupe chez les TPL. À propos de l'âge, la variable la plus fortement corrélée au taux de présence, nous avons insisté sur l'importance du cadre thérapeutique avec les jeunes TPL. Nous avons aussi vu spécifiquement comment l'INV-EM, en lien avec les enjeux intrapsychiques et interpersonnels qui lui sont reliés, peut être considérée dans l'orientation des clients vers une modalité de traitement appropriée. En effet, le niveau d'INV-EM chez un client donné peut contribuer significativement à l'évaluation des bons candidats à la thérapie de groupe. Les résultats concernant l'INV-EM répliquent ceux d'Ackerman et al. (2000) mais cette fois-ci en contexte de groupe.

Par contre, les résultats concernant la TON-AFF vont dans le sens inverse que ce qui était attendu et de ceux obtenus par ces auteurs. Nous avons proposé une interaction avec la modalité de traitement de groupe pour expliquer cette divergence et dégagé des cibles d'intervention à privilégier pour améliorer l'assiduité au traitement. Nous avons également reconsidéré l'étiologie développementale de la TON-AFF et de l'INV-EM de façon plus intuitive pour expliquer la corrélation positive obtenue entre ces deux variables, la corrélation négative qu'ont obtenue Ackerman et al. (2000) étant plus difficile à concevoir.

La thérapie de groupe avec les TPL présente de nombreux avantages cliniques (St-Amand et al., 1997). Toutefois, elle pose aussi des défis particuliers et amène des impasses potentielles

qui lui sont propres. Cette étude s'inscrit dans une démarche visant à développer de meilleures pratiques au plan de l'évaluation et de l'intervention dans cette modalité de traitement. Les résultats obtenus ouvrent de nouvelles hypothèses intéressantes et complémentaires qui pourront faire l'objet de recherches futures. Parmi celles-ci, mentionnons les liens possibles entre l'INV-EM et la capacité à utiliser le groupe de façon thérapeutique. Est-ce que cette capacité varie en fonction du niveau d'INV-EM? Dans le même sens, est-ce que la cohésion du groupe varie en fonction de l'INV-EM des différents participants? Dans un autre ordre d'idées, il serait intéressant d'explorer les liens possibles entre l'instabilité affective, l'expérience de la colère et la TON-AFF. Nous pourrions avancer l'hypothèse qu'un score pathologique à la TON-AFF est sous-jacent à l'instabilité relationnelle et fluctue entre des états de colère contre des mauvais objets et des désirs de rapprochement avec de bons objets. Une autre avenue intéressante serait de vérifier si des sentiments intenses de colère en interaction avec un désir d'avoir de meilleures relations sont associés à une bonne assiduité traitement et si des sentiments intenses de colère sans désir d'avoir de meilleures relations sont associés à une mauvaise assiduité au traitement.

En terminant, les phénomènes qui se produisent en thérapie de groupe sont évidemment très complexes et le produit de multiples interactions. Nous avons toutefois été à même de constater que la perspective des relations d'objet, de par son ancrage éminemment relationnel, est bien adaptée à saisir la dynamique des contacts humains qui s'y déploient. Nous espérons que les pistes de recherche que nous avons dégagées viendront stimuler les travaux des cliniciens et des chercheurs qui s'intéressent à cette façon d'approcher les phénomènes de groupe.

Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington, DC: Auteur.
- Abbass, A., Sheldon, A., Gyra, J. & Kalpin, A. (2008). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for DSM-IV Personality Disorders : A Randomized Controlled Trial. *The Journal of nervous and mental disease*, 196, 211-216.
- Ackerman, M.A., Clemence, A. J., Weatherill, R. & Hilsenroth, M. J. (1999). Use of the TAT in the Assessment of the DSM-IV Cluster B Personality Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 73, 422-448.
- Ackerman, M. A., Hilsenroth, M. J., Clemence, A. J., Weatherill, R. & Fowler, J. C. (2000). The effects of social cognition and object representation on psychotherapy continuation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64, 386-408.
- Ansell, E. B., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2007). Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 329-336.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Bagge, C. L., Stepp, S. D., & Trull, T. J. (2005). Borderline personality disorder features and utilization of treatment over two years. *Journal of Personality Disorders*, 19, 420-439.
- Bartak, A., Soeteman, D. I., Verheul, R., & Busschbach, J. J. V. (2007). Strengthening the status of psychotherapy for personality disorders: An integrated perspective on effects and costs. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 803-810.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of American Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 169-171.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*, New York, Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory Manual*, 2e éd., San Antonio, Texas, Psychological Corporation.
- Bender, D. S., Skodol, A. E., Pagano, M. E., Dyck, I. R., Grilo, C. M., Shea, M. T., et al. (2006). Prospective Assessment of Treatment Use by Patients With Personality Disorders. *Psychiatric Services*, 57, 254-257.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H. et al. (2001). Treatment Utilization by Patients With Personality Disorders. *The American Journal Of Psychiatry*, 158, 295-302.
- Bergeron, J. & Gosselin, M. (1993). *Évaluation des qualités psychométriques du questionnaire de santé mentale SCL-90-R*. Montréal : Cahiers de recherche du RISQ.
- Bradley, R. & Westen, D. (2005). The psychodynamics of borderline personality disorder: A view from developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 17, 927-957.
- Budman, S., Demby, H., Soldz, S. & Merry, J. (1996). Time-limited group psychotherapy for patients with personality disorders: out-comes and dropouts. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 357-377.
- Carpenter, P. J., Del Gaudio, A. C., & Morrow, G. R. (1979). Dropouts and terminators from a community mental health center: Their use of other psychiatric services. *Psychiatric Quarterly*, 51, 271-279.
- Chiesa, M., Drahorad, C. & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. *British Journal of Psychiatry*, 177, 107-111.
- Christessen, K. R., Valbak, K., & Weeke, A. (1991). Premature termination in analytic group therapy: dropout frequencies and pretherapy predictors. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*. 45, 377-382.
- Cicchetti, D. V. & Sparrow, S. S. (1981). Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: Applications to assessment of adaptive behaviour. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 127-137.
- Clarkin, J.F., P.A. Foelsch, K. Levy, J.W. Hull, J.C. Delaney & Kernberg, O.F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15, 487-495.

- Dies, R. R. & Teleska, P. A. (1985). Negative outcome in group psychotherapy. Dans D. T. Mays & C. M. Franks (Éds), *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. New York: Springer.
- Docherty, JP. (1992). To know borderline personality disorder. Dans: Clarkin JF, Marziali E, & Munroe-Blum, H. *Borderline personality disorder: clinical and empirical perspectives*. New York: Guilford
- Dolan, B. M., Warren, F. M., Menzies, D. & Norton, K. (1996). Cost-offset following specialist treatment of severe personality disorders. *Psychiatric Bulletin*, 20, 413-417.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R (revised). Version Administration, Scoring and Procedures, Manual 1*. John Hopkins University School of Medicine.
- Derogatis, L., Lipman, R. & Rickels, D. (1974). The Hopkins Symptom Checklist: A self report symptom inventory. *Behavioral Sciences*, 19, 1-15.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S. & Ahnberg, J. L. (1998). A Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II, *Psychological Assessment*, 10, 83-89.
- Edlund, M. J., Wang, P. S., Berglund, P. A., Katz, S. J., Lin, E., & Kessler, R. C. (2002). Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *The American Journal Of Psychiatry*, 159, 845-851.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London, Routledge & Kegan Paul.
- Falloon, I. (1981). Interpersonal variables in behavioral group therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 54, 133-141.
- Fassino, S., Aabbate-Daga, G., Piero, A., Loembruni, P., & Rovera, G. G. (2003). Dropout from brief psychotherapy within a Combination Treatment in Bulimia nervosa: Role of Personality and Anger. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, 203-210.
- Fassone, G. Ivaldi, A. & Rocchi, M.T. (2003). Drop-out reduction in patients with severe personality disorders: Preliminary results of an integrated treatment model of group and individual cognitive-behavioral therapy. *Rivista di psichiatria*, 38, 241-246
- Fieldsteel, N.D. (1996). The process of termination on long-term psychoanalytic group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 25-39.

- Fortin, M.F. & Coutu-Wakulczyk, G. (1985). *Validation et Normalisation d'une Mesure de Santé Mentale: le SCL-90-R*. Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Fowler, J.C., Ackerman, S., Speanburg, S., Bailey, A. & Blagys, M. (2004). Personality and symptom change in treatment-refractory inpatients: Evaluation of the phase model of change using Rorschach, TAT, and DSM-IV Axis V. *Journal of Personality Assessment*, 83, 306-322.
- Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2004). The Association Between Borderline Personality Disorder and Chronic Medical Illnesses, Poor Health-Related Lifestyle Choices, and Costly Forms of Health Care Utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1660-1665.
- Fuqua, D. R., Leonard, E., Masters, M. A., Smith, R. J., Campbell, J. L., & Fischer, P. C. (1991). A structural analysis of the State-Trait Anger Expression Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 51, 439-446.
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, Fourth Edition*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gabbard, G. O. & Lazar, S. G. (1997). The cost-effectiveness of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 6, 307-314.
- Garfield, S. L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. Dans: S. L. Garfield & Bergin, A. E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and Behavior change* (3e éd., 213-256). New York: Wiley
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. Dans: Bergin, A. E. & Garfield S. L. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and Behavior Change* (4e éd., 190-228). New York: Wiley.
- Green, C.A., Polen, M.R., Dickinson, D.M., Lynch, F.L. & Bennett, M.D. (2002). Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 285-295.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Ronningstam, E. F., Wahter, S., Lynch, V. & Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 177, 38-42.
- Guttman, H. G. & Laporte, L. (1995). *Traduction française du DIB-R*. Montréal : Allan Memorial Institute.
- Heilbrun, A. B. (1982). Cognitive factors in early counseling termination: Social insight and level of defensiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 29-38.

- Hibbard, S., Hilsenroth, M. J., Hibbard, J. K. & Nash, M. R. (1995). A validity study of two projective representation measures. *Psychological Assessment*, 7, 332-339.
- Hilsenroth, M. J., Handler, L., Toman, K. M., & Padawe, J. R. (1995). Rorschach and MMPI-2 indices of early psychotherapy termination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 956-965.
- Hilsenroth, M. J., Holdwick, D. J., Jr., Castlebury, F. D., & Blais, M. A. (1998). The effects of DSM-IV cluster B personality disorder symptoms on the termination and continuation of psychotherapy. *Psychotherapy*, 35, 163-176.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems manual*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- Hummelen, B., Wilberg, T. & Karterud, S. (2007). Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *International journal of group psychotherapy*. 57, 67-91.
- Ilfield, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric index in a normal population. *Psychological Reports*, 39, 1215-1228.
- Joyce, A., Piper, W., Ogradniczuk, J. & Klein, R. (2007). *Termination in psychotherapy: A psychodynamic model of processes and outcomes*. Washington, DC US: American Psychological Association.
- Karterud, S., G. Pedersen, G. Bjordal, E. Brabrand, S. Friis & Haaseth, O. (2003). Day treatment of patients with personality disorders: Experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders*, 17, 243-262.
- Kelly, T., Soloff, P. H., Cornelius, J., George, A., Lis, J. A. & Ulrich, R. (1992). Can we study (treat) borderline patients? Attrition from research and open treatment. *Journal of Personality Disorders*, 6, 417-433.
- Kernberg, O. F. (1980). *Internal world and external reality: Object relations theory applied*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT.

- Kernberg, O. F. & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. Dans M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Éds), *Major theories of personality disorder* (2e éd.), (pp. 114-156). New York: Guilford Press.
- Larochelle, S. (2007). *L'organisation de la personnalité et les pathologies du narcissisme en tant que variables prédictives de la discontinuation de la psychothérapie pour des hommes reconnus coupables d'abus sexuels commis à l'endroit d'enfants*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval.
- Leichsenring, F. & Leibling, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- Linehan, M. & Darren, A. (1993). Comparative treatments for borderline personality disorder: Theory and research. Dans: *Handbook of effective psychotherapy* (355-378). GILES, T.R. New York, NY, US: Plenum Press.
- Linehan, M., Armstrong, H.E., Suarez, A. & Douglas, A. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Loffler-Stastka, H., Voracek, M., Leithner, K., Fischer-Kern, M., Presslich, E., Kunz, C. et al. (2003). Predicting Psychotherapy Utilization for Patients With Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy Research*, 13, 255-264.
- Lyons, L. C., & Woods, P. J. (1991). The efficacy of rational-emotive therapy: A quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review*, 11, 357-369.
- May, J. M. (1984). Number of sessions and psychotherapy outcome: Impact on community mental health center services. *Dissertation abstracts International*, 45, 05B, (University Microfilms No AAD84-17240).
- MacNair-Semands, R. R. (2002). Predicting Attendance and Expectations for Group Therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6, 219-228.
- MacNair, R. & Corazzini, J. G. (1994). Client Factors Influencing Group Therapy Dropout. *Psychotherapy*, 31, 352-362.
- Madey, S. F., & Chasteen, A. L. (2004). Age-related health stereotypes and illusory correlation. *International Journal of Aging Human Development*. 58, 109-126.
- Marini, M., Semenzin, M., Vignagna, F., Gardiolo, M., Drago, A., Caon, F., et al. (2005). Dropout in institutional emotional crisis counseling and brief focused intervention. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5, 356-367.

- Martin, F., Sabourin, S., & Gendreau, P. (1989). Les dimensions de la détresse psychologique : Analyse factorielle confirmatoire de type hiérarchique. *International Journal of Psychology*, 24, 571-584.
- McMain, S. & Pos, A.E. (2007). Advances in psychotherapy of personality disorders: a research update. *Current Psychiatry Reports*, 9, 46-52.
- Morval-V.G., M. (1982). *Le T.A.T. et les fonctions du moi, propédeutique à l'usage du psychologue clinicien*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Murray, H. A. (1943). *Thematic Apperception Test manual*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Oei, T. P. S., & Kazmierczak, T. (1997). Factors associated with dropout in a group cognitive behaviour therapy for mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1025-1030.
- Ogrodniczuk, J.S., Joyce A. S. & Piper, W.E. (2005). Strategies for Reducing Patient-Initiated Premature Termination of Psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 57-70.
- Ogrodniczuk, J.S., W.E. Piper & Joyce, A.S. (2006a). Treatment compliance among patients with personality disorders receiving group psychotherapy: what are the roles of interpersonal distress and cohesion? *Psychiatry*, 69, 249-261.
- Ogrodniczuk, J.S., W.E. Piper & Joyce, A.S. (2006b). Treatment compliance among patients with personality disorders receiving group psychotherapy: what are the roles of interpersonal distress and cohesion? *Psychiatry*, 69, 249-261.
- Pekarik, G. (1983). Follow-up adjustment of outpatient dropouts. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 501-511.
- Pekarik, G. (1992). Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 91-98.
- Perry, J.C., Banon, E. & Ianni, F. (1999). Effectiveness of Psychotherapy for Personality Disorders. *The American Journal of Psychiatry*; 156, 1312-1321.
- Persons, J. B., D.D. Burns, & Perloff, J.M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 72, 557-575.
- Peters, E., Hilsenroth, M.J., Eudell-Simmons, E. M., Blagys, M.D. & Handler, L. (2006). Reliability and validity of the Social Cognition and Object Relations Scale in clinical use. *Psychotherapy Research*, 16, 617-626.

- Reis, B.F. & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36, 123-136.
- Richmond, R. (1992). Discriminating variables among psychotherapy dropouts from a psychological training clinic. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 123-130.
- Roback, H. B. (2000). Adverse Outcomes in Group Psychotherapy: Risk Factors, Prevention, and Research Directions. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 113-122.
- Roback, H. B. & Smith, M. (1987). Patient attrition in dynamically oriented treatment groups. *American Journal of Psychiatry*, 144, 426-431.
- Samstag, L. W.; Batchelder, S. T.; Muran, J. C., Safran, J. D. & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 7, 126-143.
- Shea, M.T., P. A. Pilkonis, E. Beckham & Collins, J. F. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 47, 711-718.
- Shrout, P. E. & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass Correlations: Uses in Assessing Rater Reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.
- Skodol, A. E., Buckley, P. & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *Journal of Nervous & Mental Disease*, 71, 405-410.
- Skodol, A.E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A. et al. (2005). The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): overview and implications. *Journal of personality disorders*, 19, 487-504.
- Smith, T.E., Koenigsberg, H. W., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. & Selzer, M. A. (1995). Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 205-213.
- Spielberger, C. D. (1996). *State-Trait Anger Expression Inventory: Profession Manual*. Odessa, Psychological Assessment Research.
- Spielberger, C. D. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- St-Amand, J., David, H., Dubreuil, J., Marchildon, S. & Turcotte, S. (1997). Le traitement de la pathologie état-limite: une approche de groupe, d'orientation psychanalytique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 18, 151-173.

- Stiwne, D. (1994). Group psychotherapy with borderline patients: Contrasting remainers and dropouts. *Group*, 18, 37-45.
- Stevenson, J. & Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362.
- Stevenson, J., & Meares, R. (1999). Psychotherapy with borderline patients: II. A preliminary cost benefit study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 473-477.
- Stevenson, J., Meares, R., & Comerford, A. (2003). Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 165-166.
- Stone, W.N., Blaze, M. & Bozzoto, K. (1980). Late dropouts from group psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 34, 401-403.
- Thormahlen, B., Weinryb, R. M., Norén, K., Vinnars, B. Bagedahl-Strindlund, M. & Barbar, J. P. (2003). Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, 13, 493-509.
- Tousignant, M. & Kovess, V. (1985). L'épidémiologie en santé mentale: Le cadre conceptuel de l'enquête Santé Québec. *Sociologie et Sociétés*, 17, 15-26.
- Verheul, R. & Herbrink, M. (2007). The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: A systematic review of the evidence and clinical recommendations. *International Review of Psychiatry*, 19, 25-38.
- Waldinger, R. & Gunderson, J. G. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 190-202.
- Westen, D. (1991). Clinical assessment of object relations using the TAT. *Journal of Personality Assessment*, 56, 56-74.
- Westen, D. (1985). Social cognition and object relations scale (SCORS): Manual for coding TAT data (unpublished manuscript). University of Michigan
- Westen, D. (1995). *Social Cognition and Object Relations Scale: Q-sort for projective stories (SCORS-Q)*. Manuscrit inédit, Department of Psychiatry, Cambridge Hospital and Harvard Medical School, Cambridge, MA.
- Westen, D., Lohr, N., Silk, K., Kerber, K., & Goodrich, S. (1989). *Object relations and social cognition TAT scoring manual (4e éd.)*. Manuscrit inédit, University of Michigan, Ann Arbor.

- Westen, D., Lohr, N., Silk, K., Gold, L., & Kerber, K. (1990). Object relations and social cognition in borderlines, major depressives, and normals: A Thematic Apperception Test Analysis. *Psychological Assessment: A journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 355-364.
- Westen, D., Ludolph, P., Silk, K., Kellam, A., Gold, L. & Lohr, N. (1990). Object relations in borderline adolescents and adults: Developmental differences. *Adolescent Psychiatry*, 17, 360-384.
- Westen, D., Ludolph, P., Lerner, H., Ruffins, S., & Wiss, F. C. (1990). Object relations in borderline adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 338-348.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.
- Wilber, T., Karterud, S., Pederson, G., Urnes, O., Irion, T. & Brabrand, J. (2003). Outpatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17, 510-521.
- Wright, J., Laughrea, K. & Bélanger, C. (1996). L'inventaire de l'expérience de la colère en situation sociale et conjugale: validation auprès de la population adulte québécoise. *Science et comportement*, 25, 71-95.
- Yeomans, F.E., Selzer, M.A. & Clarkin, J. F. (1992). *Treating the Borderline Patient : A Contract Based Approach*, New York, Basic Books.
- Young, A.S., Grusky, O. & Jordan, J. (2000). Routine outcome monitoring in a public mental health system: the impact of patients who leave care. *Psychiatric Services*, 51, 85-91.
- Yueksel, S., Kulaksizoglu, I. B, Tuerksoy, N., & Sahin, D. (2000). Group psychotherapy with female to male transsexuals in Turkey. *Archives of Sexual Behavior*, 29, 279-290.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2004). Mental Health Service Utilization by Borderline Personality Disorder Patients and Axis II Comparison Subjects Followed Prospectively for 6 years. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 28-36.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S., & Bleichmar, J. (2001). Treatment Histories of Borderline Inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 144-150.
- Zanarini, M. C., Jacoby, R. J., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2009). The 10-year course of social security disability income reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Journal of Personality Disorders*, 23, 346-356.

Annexe

Résumé des côtes globales du Social Cognition and Object Relations Scale (Westen, 1995)

Tonalité affective des représentations (i.e., ce que la personne s'attend des relations, et comment elle a tendance à vivre et à décrire ses relations significatives) : 1 = malveillante, abusive et caustique; 3 = largement négative ou déplaisante, mais non abusive; 5 = mixte, n'est pas positive ni négative de façon prédominante (nécessite certains éléments positifs); 7 = attentes généralement positives envers les relations, perception favorable et affirmative des relations.

Note : Cotez 4 lorsque la tonalité affective est insipide, absente ou limitée.

1 2 3 4 5 6 7

Capacité à l'investissement émotionnel dans les relations : 1 = tend à privilégier de façon prédominante la satisfaction de ses propres besoins en relations, a des relations tumultueuses ou pas de relations; 3 = relations superficielles, ou fait seulement allusion aux autres; 5 = démontre des sentiments conventionnels d'amitié, d'affection, d'amour et d'empathie; 7 = tend à avoir des relations profondes, engagées, avec des échanges réciproques, une intimité émotionnelle, une interdépendance, du respect, une manière positive de se lier et une appréciation des autres.

Note : Cotez 2 lorsqu'un seul personnage est décrit ou qu'aucune relation n'est dépeinte.

1 2 3 4 5 6 7