

Pathologie adaptative et troubles identitaires.

Résultats d'une étude exploratoire

L. Schiltz & B. Houbre

Résumé

La confrontation aux situations extrêmes peut conduire à une rupture de la continuité psychique, à une modification identitaire et à un ravalement de la vie psychique à un niveau proche du fonctionnement opératoire. Nous mettons ces modifications identitaires en relation avec le développement d'un narcissisme pathologique compensatoire.

Quelques données cliniques et expérimentales, recueillies au cours d'un projet de recherche pluriannuel auprès de plusieurs sous-groupes de personnes en situation de précarité sociale et de marginalisation, nous permettront d'étudier l'expression de la représentation du Moi, de la représentation de l'Idéal du Moi, de ses relations avec le niveau d'anxiété, de dépression et de bien-être, l'impact des événements biographiques, les relations entre l'expression de l'Idéal du Moi et quelques dimensions diagnostiques fondamentales, ainsi que l'effet de l'appartenance à différents sous-groupes cliniques (N total = 53).

Les résultats de l'étude exploratoire montrent la pertinence de notre approche méthodologique et indiquent des pistes intéressantes pour la poursuite de la recherche.

Mots clés: exclusion, Idéal du Moi, identité, précarité sociale, représentation du Moi, traumatisme

Adaptive Pathology and Disruption of Identity Some Results of an Exploratory Study

Summary

The confrontation with extreme situations may lead to a breaking of the psychic continuity, to a modification of identity and to the reduction of psychic life to a nearly factual level. We relate this disruption of identity to the development of a compensatory pathological narcissism.

Some clinical and experimental data, collected during an on going research project with different sub-groups of people suffering from social precariousness and marginalization, will allow us studying the expression of the representation

of the Ego and of the Ego Ideal, its relationship with the level of anxiety, depression and well-being, the impact of biographic events, the relationship of the Ego Ideal with some fundamental diagnostic dimensions and also the effect of the distribution between several clinical subgroups. (N total = 53).

The results of the exploratory study show the relevance of our methodological approach and might indicate interesting tracks for the continuation of the research.

Key words: Ego, Ego Ideal, exclusion, identity, social precariousness, trauma.

Introduction

L'analogie entre les troubles identitaires liées au fonctionnement limite et ceux appartenant à la pathologie adaptative commence à intéresser les chercheurs en psychologie clinique et psychopathologie (1).

Nous allons présenter quelques résultats d'une étude exploratoire effectuée dans le cadre du projet pluriannuel décrit ci-dessus. Ces données permettront de nous interroger sur la nature des troubles identitaires observées chez les personnes en situation de précarité sociale et de marginalisation. Elles pourront alimenter ultérieurement une discussion sur l'hypothèse traumatogène du fonctionnement limite.

1. Les transformations psychiques liées au vécu traumatique

Parmi les réponses inadaptées au stress, les cliniciens distinguent le trouble de l'adaptation avec anxiété, l'état de stress post traumatique et le deuil pathologique.

En cas de pathologie adaptative, l'équilibre dynamique existant normalement au niveau des interactions entre l'individu et son milieu est rompu de manière plus ou moins durable. Nous allons voir quelles sont les transformations psychiques qu'on rencontre chez ceux qui ont été confrontés soit à un traumatisme brutal et imprévisible soit à des psycho traumatismes répétés dépassant leurs capacités d'adaptation. La prise en compte de ces transformations nous permettra de mieux comprendre les troubles identitaires observées au sein de notre groupe clinique.

La rupture identitaire

Les personnes traumatisées disent qu'elles ne sont plus les mêmes et elles paraissent également changées aux yeux des autres. La recherche sur le trouble de l'adaptation avec anxiété et l'état de stress post traumatique (2, 3, 4) a corroboré ces impressions subjectives en mettant en évidence un état d'hyper vigilance, une anxiété généralisée et un vécu persécutif latent. Chez certains sujets, cette symptomatologie s'accompagne d'un état dépressif durable, avec risque de passage à l'acte suicidaire (5, 6, 7,).

Chez les personnes handicapées à la suite d'un accident ou souffrant d'une maladie physique grave, les chercheurs ont également décrit des changements identi-

taires (8). L'estime de soi peut être gravement ébranlée du fait que le corps propre est vécu comme un persécuteur interne. Pour les personnes victimes d'agressions physiques ou d'abus sexuels, la honte et le sentiment d'indignité constituent une des conséquences à long terme les plus redoutables (9, 10).

Ce qui est en cause dans tous ces tableaux, ce sont les assises narcissiques de la personnalité, c'est-à-dire l'illusion psychique d'invulnérabilité, ainsi que l'image idéalisée du corps propre (11, 12, 13). En même temps s'écroule la conviction intime que l'Autre est fondamentalement bon, qu'il existe un Dieu tout puissant ou que la vie vaut la peine d'être vécue. Il y a donc également des changements durables au niveau du système des valeurs (14).

Le rétrécissement du champ temporel

Pour les personnes qui ont été confrontées aux situations extrêmes, le rapport au temps n'est plus le même. Une partie de leur passé est désormais scotomisée, puisque tout ce qui est associé à l'événement traumatisant doit être soigneusement évité. Les perspectives d'avenir sont également transformées. L'avenir n'apparaît plus comme l'horizon de tous les possibles, mais comme une suite de pages de calendrier. En termes bergsoniens, l'accès au temps subjectif, que le philosophe décrit comme la pure durée, semble fermé (15). Ces personnes vivent au jour le jour, dans un temps physique, spatialisé, sans projet authentique.

La recherche sur les personnes séropositives a mis en évidence des stratégies compensatoires dans la gestion du temps (16), certaines personnes arrivant à vivre pleinement le temps présent ou à se réinscrire dans un horizon temporel limité, avec reprise de projets personnels, alors que d'autres adoptent une attitude auto-destructrice.

Le fonctionnement opératoire

Les descriptions du fonctionnement opératoire, issues de l'école psycho-somatique française (17) peuvent éventuellement nous aider à comprendre les mécanismes psycho-pathologiques sous-tendant le fonctionnement post-traumatique. Cette école a relié le mécanisme de la somatisation au refoulement des émotions et des tensions pulsionnelles non représentables ni élaborables par voie psychique. Récemment, l'analogie du fonctionnement opératoire et du fonctionnement post-traumatique a suscité l'attention des chercheurs. Ainsi, l'adaptation à une maladie grave se caractérise parfois par le retrait graduel de la vie pulsionnelle, émotionnelle et imaginaire, pour aboutir soit à la sidération de la pensée, soit à un discours purement factuel axé sur les besoins matériels de la vie quotidienne (18, 19).

Le narcissisme pathologique compensatoire

La mise en relation des modifications identitaires décrites ci-dessus avec les théories de l'école américaine de la Psychologie du Soi permettra d'y avoir un regard

différent. En effet, Kernberg (20) et Kohut (21) insistent sur l'importance d'un narcissisme sain dans la constitution du Soi. De multiples facettes du vécu traumatique et posttraumatique peuvent se comprendre à la lumière du narcissisme compensatoire pathologique, se manifestant dans l'hypertrophie ou le sous-développement de l'Idéal du Moi.

2. Méthodologie de l'étude

2.1. Composition de l'échantillon (N = 53)

L'échantillon est composé de 53 personnes, majoritairement rencontrées et interviewées sur le terrain de recherche, à savoir, l'organisme d'accueil «Stëmm vun der Strooss». La population étant particulièrement difficile à rencontrer, nous n'avons défini aucun critère de sélection, si ce n'est le fait de fréquenter le centre d'accueil. En effet, les personnes fréquentant ce lieu sont toutes en situation d'exclusion sociale et/ou professionnelle. Cet organisme permet aux individus de rencontrer des éducateurs(trices) et/ou des assistant(e)s sociales(aux), de prendre des repas et/ou des boissons à un coût réduit, de se procurer gratuitement des vêtements, mais également, comme tout lieu de rencontre, de créer du lien. Pour un minorité d'entre eux, la «Stëmm vun der Strooss» est également un lieu de travail. En effet, certains assurent les services proposés (restauration, habillement), ou encore, travaillent à la rédaction et à la réalisation du mensuel édité par le centre.

Nous avons défini un certain nombre de critères, nous permettant, entre autre, d'identifier les individus selon leur profil et leur degré d'exclusion. Ainsi, nous distinguons les chômeurs longue durée ou individus en grande précarité sociale, les toxicomanes et les réfugiés ou immigrés. Par ailleurs, les individus que nous rencontrons nous présentent également d'autres personnes de leur connaissance, vivant des situations similaires. Cette façon de travailler nous permet de constituer un «réseau» facilitant la prise de contact.

En milieu carcéral, les individus sont rencontrés dans le cadre d'un programme de prise en charge par la psychothérapie. C'est lors des séances hebdomadaires que les données sont recueillies. La participation à ce programme permet aux individus d'alléger leur peine.

2.2. Outils utilisés

Nous avons opté pour une approche psychométrique et projective intégrée. Le matériel servant au recueil des données se composait d'une fiche signalétique, du questionnaire HAD d'anxiété-dépression (22, 23), d'un questionnaire de bien-être (24), d'un entretien biographique semi-structuré et du «Rotter Incomplete Sentences Blank» (25), interprété d'après une grille d'analyse phénoménologico-structurale, construite spécialement pour les besoins de l'étude.

• **La fiche signalétique**

La fiche signalétique est le document nous permettant de recueillir des informations démographiques concernant le sujet. Ces informations portent sur:

- le genre,
- la nationalité,
- l'état civil,
- le nombre d'enfants,
- le niveau d'étude,
- les métiers exercés par le passé,
- la situation professionnelle actuelle,
- le logement,
- les sources de revenu,
- le montant des revenus.

• **Le questionnaire d'anxiété-dépression**

L'échelle HAD est un auto-questionnaire structuré qui a été développé par Zigmond et Snaith (22), afin de dépister les manifestations psychopathologiques les plus courantes. Il convient également de souligner que la version française de cette échelle a fait l'objet d'études réalisées chez des sujets consultant en médecine générale et chez des patients hospitalisés ou consultant en médecine interne ou en psychiatrie (26).

Ainsi, l'objectif essentiel de la HAD est d'évaluer le niveau actuel de la symptomatologie dépressive et anxieuse en éliminant les symptômes somatiques. C'est principalement pour cette raison que nous avons sélectionné cette échelle, au vue de la population à laquelle nous nous intéressons. Ainsi, l'échelle HAD est un instrument très rapide d'évaluation clinique des dimensions anxieuse et dépressive et peut être utilisée dans des travaux de recherche clinique ou thérapeutique visant, d'une part, à dépister les patients anxieux et/ou déprimés, mais également à apprécier les changements d'état de ces sujets.

• **L'index de bien-être**

L'index de bien-être a été mis au point par Campbell et collaborateurs (24). Il est composé de deux sous-échelles d'auto-évaluation permettant de mesurer le bien-être subjectif. Les deux sous-échelles renvoient à un index d'affect général et à un ou deux items (selon les versions) permettant d'évaluer la satisfaction dans la vie.

Ainsi, l'index de bien-être de Campbell (24) peut fournir un indicateur intéressant du niveau de bien-être des individus. Par ailleurs, les qualités psychométriques sont satisfaisantes et les facteurs associés ont été étudiés par de nombreuses recherches.

• **L'entretien biographique**

Nous avons également fait passer un entretien biographique. Cet entretien semi-directif a pour objectif de tester un certain nombre de nos hypothèses en lien, principalement avec la recherche de facteurs d'exclusion. Il est composé de douze items portant sur la famille d'origine, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et les évènements importants qui sont survenus tout au long de la vie de l'individu. Une grille d'analyse est ensuite appliquée à l'entretien. Celle-ci renvoie aux thèmes suivants:

- le cours de la vie (l'individu a-t-il connu une certaine continuité dans le cours de sa vie où celle-ci est-elle plutôt émaillée de rupture simple ou multiple?),
- la nature du traumatisme (l'individu a-t-il connu la perte d'un être cher, la négligence, la maltraitance, la violence, ou encore des catastrophes extérieures?),
- la composition de la famille d'origine (est-elle complète, monoparentale ou élargie?)
- la souffrance (l'individu a-t-il connu des souffrances dans l'enfance, à l'adolescence et/ou à l'âge adulte?)
- le soutien émotionnel actuel (l'individu bénéficie-t-il d'un soutien émotionnel familial et/ou social ou au contraire est-il plutôt isolé?)

• **Le test projectif**

Comme nous voulions inclure un test projectif dans notre batterie, nous avons eu recours au «*Rotter Incomplete Sentences Blank*» (25): il est composé de 60 items (phrases) que le sujet doit compléter aussi rapidement que possible.

Par ailleurs, ce test se divise en deux parties

- Il «Paul n'arrive pas à dormir parce que ...» (30 items)
- Je «Mon plus grand tort dans la vie est ...» (30 items)

Le test de Rotter permet d'évaluer la personnalité de l'individu en montrant son niveau d'ajustement personnel, social et professionnel. Toutefois, dans le cadre de la recherche qui nous concerne, nous en avons fait un usage différent. En effet, suite aux travaux réalisés par Schiltz (manuscrit en préparation), nous savons qu'un certain nombre d'indices cliniques peuvent apparaître par le biais de cet outil. Ainsi, si la passation reste classique, l'analyse s'effectue selon la perspective phénoménologico-structurale globalisante, telle qu'elle a été appliquée à l'analyse du Rorschach et du TAT (27). La grille d'analyse que nous avons construite, permet d'identifier les points suivants:

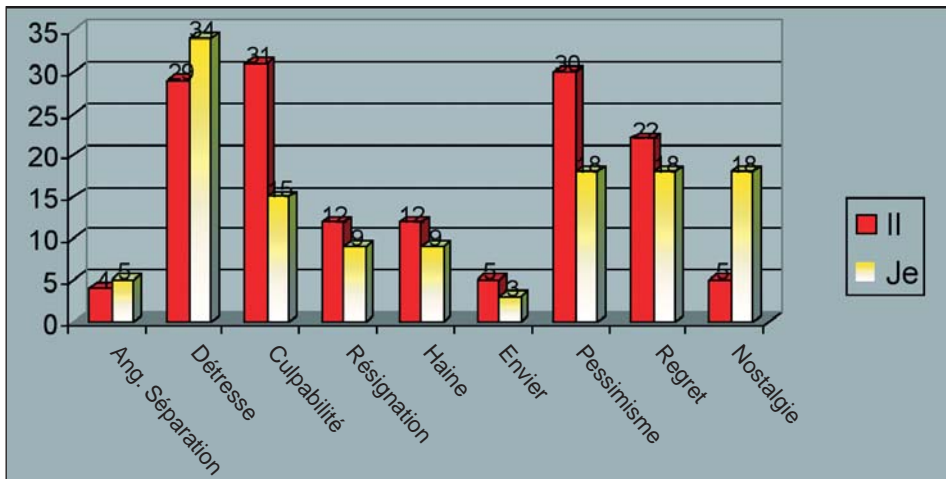
- la représentation du Moi définie à travers la présence ou l'absence d'angoisse de séparation, de détresse, de culpabilité, de résignation, de haine, du fait d'envier les autres, de pessimisme, de regret du passé et de nostalgie.

- l'Idéal du Moi qui peut être hypertrophié ou sous-développé
- l'expression des buts professionnels et relationnels: l'individu désire-t-il ou non fonder une famille, établir des liens d'amitié, avoir une relation amoureuse?
- les relations interpersonnelles: l'individu est-il isolé, est-il en conflit avec la famille, les amis, le travail?

3. Résultats cliniques et expérimentaux

3.1. Expression de la Représentation du Moi

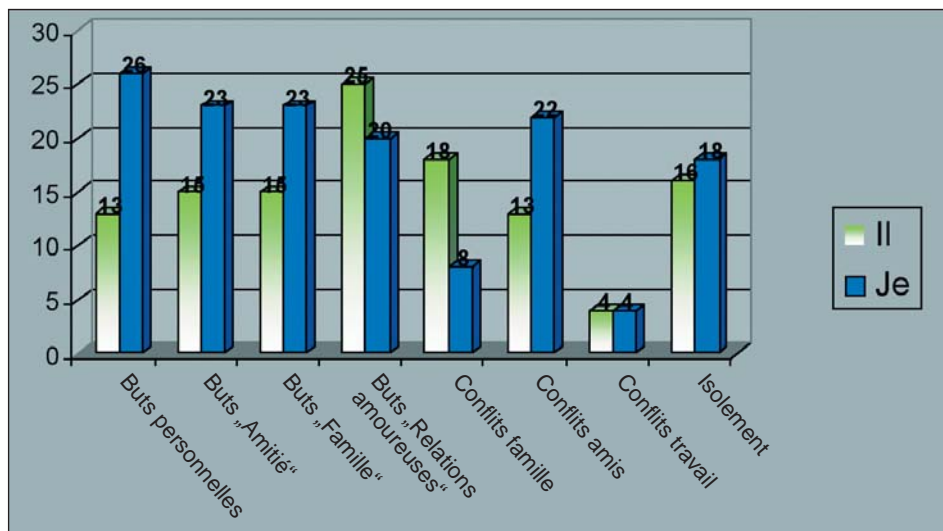
Afin d'apporter quelques indices concernant le profil des individus, nous nous sommes intéressés plus particulièrement aux fréquences d'apparition des différentes dimensions de la Représentation du Moi (*Graphiques 1 et 2*) dégagées à partir du test projectif. Ainsi, nous pouvons observer que les dimensions les plus fréquentes sont l'angoisse de séparation, le sentiment de détresse, la culpabilité, le pessimisme, le regret du passé et la nostalgie.



Graphique 1: Fréquence d'apparition d'après les différentes dimensions de la Représentation du Moi

Il est également intéressant d'observer que la quasi totalité des dimensions apparaissent plus fréquemment lorsque l'Autre est évoqué que lorsque le sujet lui-même est évoqué. Seules trois dimensions ne répondent pas à ce constat: l'angoisse de séparation, la détresse et la nostalgie.

On peut également observer que les buts, d'une façon générale, sont particulièrement fréquents (*Graphique 2*).



Graphique 2: *Fréquence d'apparition d'après les différentes dimensions «but» (professionnels et relationnels) et «relations interpersonnelles»*

Enfin il est intéressant de noter que les conflits avec les amis apparaissent fréquemment et sont plus souvent évoqués à la première personne. D'autre part, les conflits avec la famille sont surtout évoqués dans la condition «Il», mais plus rarement dans la condition «Je».

3.2. Expression de la Représentation du Moi selon les groupes d'appartenance

En observant les fréquences d'apparition des différentes dimensions relevant de la représentation du Moi, de l'expression des buts, et des relations interpersonnelles selon les groupes d'appartenance des individus, nous pouvons constater que des différences apparaissent (Cf. Tableau 1).

L'expression de la représentation du moi diffère selon les profils. Ainsi, les chômeurs sont nombreux à manifester, à un niveau uniquement inconscient (II) de la culpabilité et des regrets vis à vis du passé. On observe également de la détresse, et ce, tant à un niveau inconscient qu'à un niveau conscient. Les toxicomanes sont également nombreux à manifester de la détresse et de la culpabilité, et ce, à un niveau inconscient et conscient. On observe également la présence de la nostalgie et de la résignation à un niveau conscient et de la haine à un niveau inconscient. Auprès des réfugiés, le sentiment qui apparaît le plus fréquemment est la détresse, et ce, tant à un niveau inconscient qu'à un niveau conscient.

Concernant les buts, on constate que les buts professionnels sont plus fréquents chez les réfugiés/immigrés et chez les chômeurs qu'auprès des toxicomanes. Mais

Tableau 1: *Fréquence d'apparition des différentes catégories du Rotter*

	Chômeurs (n=28)		Toxicomanes (n=6)		Réfugiés (n=19)	
	Il	Je	Il	Je	Il	Je
Représentation du moi						
Angoisse de séparation	3.6	7.1	16.7	33.3	10.5	5.3
Détresse	53.6	53.6	33.3	66.7	63.2	78.9
Culpabilité	67.9	14.3	66.7	66.7	42.1	36.8
Résignation	21.4	10.7	33.3	66.7	21.1	10.5
Haine	17.9	17.9	66.7	33.3	15.8	10.5
Envie (aux autres)	7.1	3.6	16.7	100	10.5	10.5
Pessimisme	32.1	32.1	66.7	100	52.6	21.1
Regret du passé	39.3	25	33.3	50	47.4	42.1
Nostalgie	3.6	17.9	16.7	66.7	15.8	47.4
Expression des buts						
Buts professionnels	46.4	42.9	16.7	33.3	57.9	63.2
Amitié	32.1	42.9	16.7	16.7	26.3	52.6
Famille	7.1	35.7	33.3	33.3	57.9	57.9
Relation amoureuse	50	35.7	66.7	50	36.8	36.8
Relations interpersonnelles						
Conflits avec famille	25	25	100	100	26.3	5.3
Conflits avec amis	21.4	39.3	33.3	66.7	26.3	36.8
Conflits avec travail	3.6	7.1	100	16.7	15.8	5.3
Isolement	32.1	42.9	50	50	21.1	15.8

ces derniers sont plus fréquemment tournés vers les relations amoureuses que les chômeurs et les réfugiés/immigrés. En outre, on peut constater que le but «famille» est plus présent auprès des réfugiés/immigrés qu'auprès des toxicomanes ou des chômeurs.

Nous pouvons également noter que les toxicomanes semblent être plus nombreux à connaître des relations interpersonnelles dégradées (conflits avec la famille, les amis et au travail) que les chômeurs ou les réfugiés/immigrés. Toutefois nous ne

pouvons affirmer, pour l'instant, la présence de différences significatives entre les groupes d'appartenance.

En croisant les résultats obtenus aux grilles de lecture de l'entretien et du test projectif, nous pouvons observer de nombreuses corrélations significatives témoignant d'un lien entre les événements biographiques et la représentation du Moi, de l'Idéal du Moi et les relations interpersonnelles (Cf. tableau 2).

Tableau 2: *La grille de lecture des entretiens croisée avec la grille de lecture du test projectif (Corrélations de rang):*

Facteur 1: grille de lecture de l'entretien	Facteur 2: grille de lecture du Rotter	Rho	Sig.
Rupture unique	Il/but amitié	-.322	<i>p</i> =.019
	Je/envier les autres	.277	<i>p</i> =.044
Ruptures répétées	Il/angoisse de séparation	-.296	<i>p</i> =.031
	Il/culpabilité	.321	<i>p</i> =.019
	Il/but amitié	.395	<i>p</i> =.003
	Je/but amitié	.297	<i>p</i> =.031
Perte	Il/conflits avec la famille	-.305	<i>p</i> =.026
Négligence	Il/culpabilité	.554	<i>p</i> =.000
	Il/nostalgie	-.272	<i>p</i> =.049
	Il/idéal de moi hypertrophié	.321	<i>p</i> =.019
	Il/but amitié	.321	<i>p</i> =.019
	Il/but famille	-.359	<i>p</i> =.008
	Il/angoisse de séparation	-.272	<i>p</i> =.049
	Je/nostalgie	-.281	<i>p</i> =.042
Maltraitance	Il/résignation	.348	<i>p</i> =.011
	Je/haine	.291	<i>p</i> =.035
	Je/regret du passé	-.287	<i>p</i> =.037
Catastrophes extérieures	Je/envier les autres	.542	<i>p</i> =.000
Famille complète	Il/culpabilité	-.281	<i>p</i> =.042
	Il/regret du passé	-.366	<i>p</i> =.047
	Il/but famille	.274	<i>p</i> =.047
	Il/conflits famille	-.411	<i>p</i> =.002
	Je/résignation	-.312	<i>p</i> =.023
Famille monoparentale	Il/culpabilité	.331	<i>p</i> =.015
	Il/regret du passé	.277	<i>p</i> =.045
	Il/but amitié	.289	<i>p</i> =.036

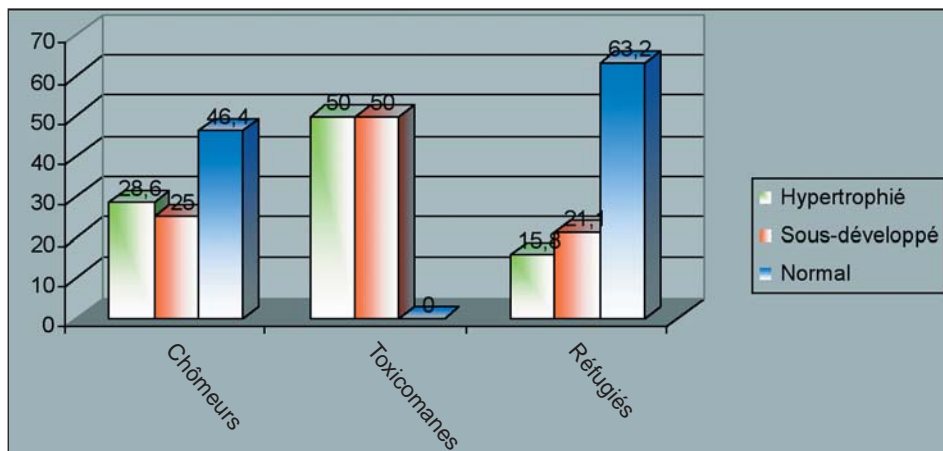
	Il/but famille	-.281	$p=.041$
	Je/nostalgie	-.339	$p=.013$
Groupe familial élargi	Il/détresse	-.317	$p=.021$
	Il/regret du passé	.350	$p=.010$
	Il/ conflits famille	.426	$p=.001$
	Je/détresse	-.406	$p=.003$
Souffrance dans l'enfance	Il/culpabilité	.301	$p=.029$
	Il/résignation	.273	$p=.048$
	Il/but amitié	.274	$p=.047$
	Il/but famille	-.321	$p=.019$
	Je/envier les autres	-.291	$p=.035$
	Je/nostalgie	-.366	$p=.007$
Souffrance à l'adolescence	Il/but amitié	.295	$p=.032$
	Je/angoisse de séparation	-.297	$p=.031$
	Je/envier les autre	-.328	$p=.017$
Souffrance à l'âge adulte	Il/détresse	.274	$p=.047$
	Il/idéal du moi sous-développé	.325	$p=.018$
Isolement	Il/isolement	.457	$p=.001$
	Je/isolement	.438	$p=.001$
Soutien familial	Je/nostalgie	.425	$p=.002$
Soutien social	Il/conflits famille	.358	$p=.008$
	Il/isolement	-.367	$p=.007$
	Je/isolement	-.360	$p=.008$

Une analyse multidimensionnelle sera effectuée à un stade ultérieur de la recherche, lorsque les différents sous-groupes seront plus étendus.

3.3. Expression de la Représentation de l'Idéal du Moi

Des tendances intéressantes apparaissent également concernant l'expression de l'Idéal du Moi selon les profils des individus (*Graphique 3*).

La première observation que nous pouvons effectuer est que les toxicomanes semblent être particulièrement concernés par des problèmes de dystrophie de l'Idéal du Moi, comparativement aux autres groupes (chômeurs et réfugiés/immigrés). En effet, aucun d'entre eux ne présente un Idéal du Moi normal: 50 % manifestent un Idéal du Moi hypertrophié, et 50 % un Idéal du Moi sous-développé. Les chômeurs semblent également souffrir de troubles de la représentation de l'Idéal du Moi: moins de la moitié (46.4 %) présente un Idéal du Moi «normal». Ainsi



Graphique 3: Expression de l'Idéal du Moi des chômeurs, des toxicomanes et des réfugiés/immigrés (effectif en pourcentage)

28,6% d'entre eux ont un Idéal du Moi hypertrophié et 25%, un Idéal du Moi sous-développé. Enfin, les réfugiés et les immigrés apparaissent comme ceux présentant le moins de problèmes à ce niveau puisque 63,2% d'entre eux affichent un Idéal du Moi «normal». Par ailleurs, comparativement aux chômeurs, ils ont plutôt tendance à manifester un Idéal du Moi sous-développé (21,1%) plutôt qu'un Idéal du Moi hypertrophié (15,8%).

3.4. Relations entre l'expression de l'Idéal du Moi et le niveau d'anxiété, de dépression et de bien-être

L'existence de différences entre les niveaux d'anxiété, de dépression et de bien-être, selon l'expression de l'Idéal du Moi, semble également se dessiner (Cf. Tableau 3).

Tableau 3: Scores moyens obtenus aux échelles d'anxiété, de dépression et de bien-être, selon la configuration de l'Idéal du Moi

	Anxiété	Dépression	Bien-être
Idéal du Moi hypertrophié	15.46	18.61	25.82
Idéal du Moi sous-développé	31.50	28.61	27.86
Idéal du Moi «normal»	30.94	30.80	27.18

En effet, il apparaît que les personnes présentant un Idéal du Moi «normal» souffrent d'un niveau d'anxiété et de dépression plus élevé que les personnes qui ont un Idéal du Moi sous-développé. Par ailleurs, il apparaît que ces dernières ont elles-mêmes un niveau d'anxiété et de dépression plus important que les personnes présentant un Idéal du Moi hypertrophié (anxiété: $\chi^2=10.715$, $ddl=2$, $p<.01$; dépression: $\chi^2=5.850$, $ddl=2$, $p<.10$). Pour l'interprétation de ce résultat, il faut considérer le rôle des mécanismes de défense archaïques, comme par exemple du déni et de la scotomisation, qui se répercute dans les réponses à un questionnaire d'auto-évaluation, tel que le HAD ou le Campbell.

3.5. Relations entre l'expression de l'Idéal du Moi et les événements biographiques

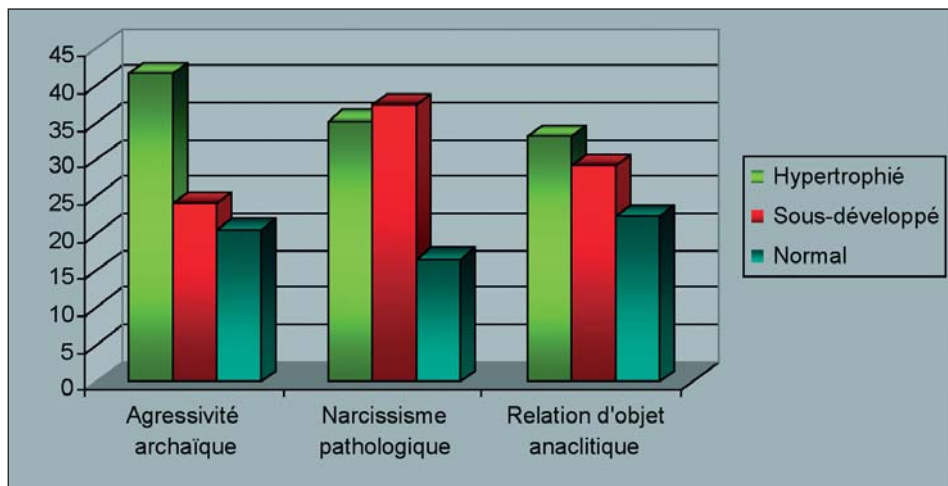
On observe également la tendance d'un lien entre l'expression de l'Idéal du Moi et certains événements biographiques. En effet, on peut observer que moins de la moitié des individus qui ont connu la négligence, la maltraitance, une famille monoparentale, la souffrance pendant l'enfance, à l'adolescence ou à l'âge adulte, présentent un Idéal du Moi «normal» (Cf. Tableau 4).

Tableau 4: Expression en pourcentages de la distribution de l'Idéal du Moi parmi les personnes qui ont connu un facteur favorisant le déséquilibre.

	Hypertrophié	Sous-développé	«Normal»
<i>Négligence</i>	22.7%	40.9%	36.4%
<i>Maltraitance</i>	26.3%	31.6%	42.1%
<i>Famille monoparentale</i>	14.3%	42.9%	42.9%
<i>Souffrance dans l'enfance</i>	25.8%	32.3%	41.9%
<i>Souffrance à l'adolescence</i>	26.5%	29.4%	44.1%
<i>Souffrance à l'âge adulte</i>	20%	32.5%	47.5%

3.6. Relations entre l'expression de l'Idéal du Moi et quelques dimensions diagnostiques fondamentales

Enfin, nous pouvons observer une tendance vers une différence dans les scores obtenus aux diverses dimensions diagnostiques, selon l'expression de l'Idéal du Moi (cf. Graphique 4).



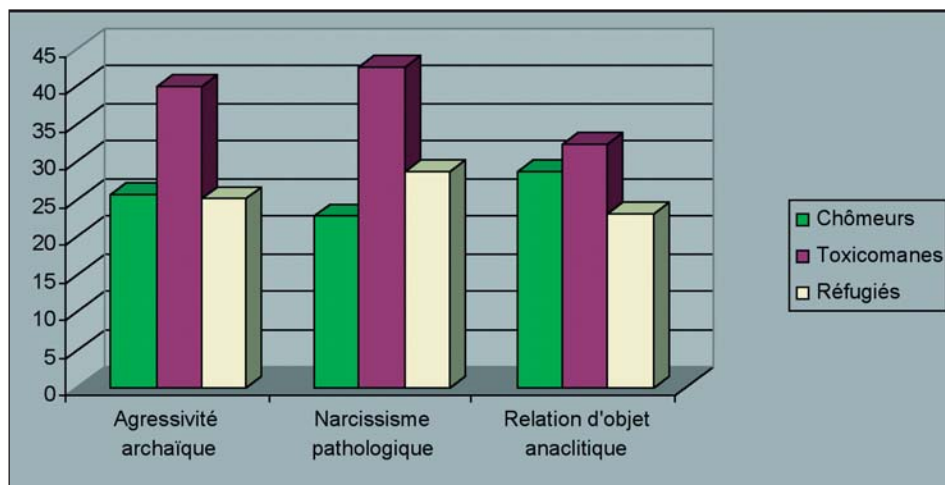
Graphique 4: *Indices moyens obtenus aux différentes dimensions diagnostiques selon la configuration de l'Idéal du Moi*

En effet, les personnes manifestant un Idéal du Moi hypertrophié obtiennent des scores plus élevés que les personnes qui ont Idéal du Moi sous-développé et «normal» aux dimensions d'agressivité archaïque et de relation d'objet anaclitique. Par ailleurs, il semblerait que les individus manifestant un Idéal du Moi sous-développé obtiennent un score plus élevé à la dimension narcissisme pathologique que les autres groupes. En outre, à travers toutes les dimensions, les personnes ne souffrant pas d'une dystrophie de l'Idéal du Moi obtiennent les scores les plus faibles. Toutefois, nous noterons que des différences significatives n'apparaissent que pour les dimensions agressivité archaïque ($\chi^2=18.279$, $ddl=2$, $p<.001$) et narcissisme pathologique ($\chi^2=22.101$, $ddl=2$, $p<.001$), mais pas pour la relation d'objet anaclitique ($\chi^2=4.960$, $ddl=2$, $p=NS$).

3.7. Expression de l'Idéal du Moi selon les sous-groupes cliniques

Il nous semble également pertinent d'observer l'expression de chacune de ces dimensions selon les profils «chômeurs ou individus en grande précarité», «toxicomanes» et «réfugiés/immigrés» (Cf. Graphique 5).

Nous pouvons observer que, quelle que soit la dimension évoquée, les toxicomanes semblent manifester les niveaux les plus élevés d'agressivité archaïque ($\chi^2=4.964$, $ddl=2$, $p<.10$), de narcissisme pathologique ($\chi^2=8.507$, $ddl=2$, $p<.05$) et de relation d'objet anaclitique. Toutefois nous noterons que concernant cette dernière dimension, les différences ne sont pas significatives ($\chi^2=2.485$, $ddl=2$, $p=NS$). En outre, il semblerait qu'après les toxicomanes, les chômeurs longue durée et individus en grande précarité sociale manifestent le degré le plus élevé d'agressivité archaïque. Ces derniers sont suivis des réfugiés et immigrés.



Graphique 5: *Indices moyens obtenus aux différentes dimensions diagnostiques selon les différents profils.*

Concernant le narcissisme pathologique, il apparaît qu'après les toxicomanes, ce sont les réfugiés et immigrés qui obtiennent le score le plus élevé. Ces derniers sont alors suivis des chômeurs de longue durée et individus en grande précarité sociale.

4. Discussion

L'inspection de nos données montre que le vécu traumatique et post-traumatique semble effectivement s'accompagner de changements au niveau de la représentation du Moi et de l'Idéal du Moi et que la dystrophie de l'Idéal du Moi pourrait être un indice sensible des répercussions du traumatisme au niveau de l'élaboration identitaire. Nos résultats se situent dans la ligne de pensée de Kernberg (20) et de Kohut (21), pour qui le développement d'un narcissisme secondaire pathologique explique un grand nombre de conduites déviantes liées au fonctionnement limite.

Résumons quelques conclusions importantes de notre étude exploratoire.

En cas de traumatisme grave, la représentation du Moi semble se rétrécir et concerner uniquement les aspects négatifs de la personnalité, avec scotomisation de tout ce qui est positif.

Il semblerait également que lorsque l'Idéal du Moi est hypertrophié ou sous-développé (comparativement à un Idéal du Moi «normal»), le degré de dépression est plus élevé et le niveau de bien-être, plus faible. Ce résultat rejoint celui mis en évidence par Gunderson (1) dans sa synthèse de la recherche récente sur l'organisation limite de la personnalité.

Les évènements biographiques défavorables peuvent influencer l'expression de l'Idéal du Moi. En effet, plus de la moitié des personnes manifestant un dysfonctionnement de l'Idéal du Moi ont connu des ruptures répétées, la négligence, des souffrances dans l'enfance, des souffrances à l'adolescence ou des souffrances à l'âge adulte. Enfin, nous observons d'autre part que les personnes témoignant d'un Idéal du Moi hypertrophié ou sous-développé ont tendance à manifester un narcissisme pathologique, une agressivité archaïque et une relation d'objet anaclitique. Ainsi, nos premiers résultats de recherche vont dans le sens de nos hypothèses générales concernant le fonctionnement limite.

Ces différents résultats suggèrent également qu'il existe, au sein même de la population des exclus, des profils psychiques distincts. Une analyse psychopathologique plus fine sera proposée dans un deuxième temps, basée sur des examens cliniques approfondis, incluant le Rorschach, le TAT et les histoires écrites sous induction musicale (28).

Conclusion

Les résultats de l'étude exploratoire montrent la pertinence de notre approche méthodologique et nous encouragent à poursuivre des recherches qui nous permettront à long terme d'acquérir une compréhension approfondie du fonctionnement psychique des personnes en situation d'exclusion, d'établir une typologie selon les profils et les différents degrés d'exclusion, de déterminer le potentiel d'évolution des individus, et de proposer des mesures d'intervention adaptées à chaque profil.

Remerciements

Nous remercions le Ministère de la Culture, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et le CRP-Santé qui ont financé ce projet de recherche, ainsi que les responsables de la «Stömm vun der Strooss» qui nous ont donné la possibilité de le réaliser sur le terrain.

BIBLIOGRAPHIE:

- (1) **GUNDERSON J.G.** Borderline Personality Disorder. 2001. Washington D.C American Psychiatric Publishing, Inc.
- (2) **FERRERI M.** (dir). Le trouble de l'adaptation avec anxiété. 1999. Paris: Springer Verlag France.
- (3) **CROCQ L.** Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post traumatiques et autres séquelles. *Psychologie Médicale* 1992; 24 (5): 427-432.

- (4) **THOMAS P.** Aspects pathologiques du stress, de l'adaptation et de l'anxiété. In: Graziani P. Stress, anxiété et trouble de l'adaptation 2001. Paris: Masson; p 15-28.
- (5) **JEHEL L., BAYLE O., GUIDICELLI E., GOBIN H.** Détermination suicidaire et répétition traumatique. Quelle prévention? *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2000; IV, 41: 64-67.
- (6) **AKHTAR S.** Three Faces of Mourning. Melancholia, Manis Defense and Moving on. 2001. Northvale (USA): Jason Aronson Inc.
- (7) **PAPETA D.** Evenements de vie et dépression. 2004. Pfizer SAS.
- (8) **TAP P., TARQUINIO C., SORDES-ADEN F.** Santé, maladie et identité. In: FISCHER G. Traité de psychologie de la santé. 2002. Paris: Dunod. p. 135-161.
- (9) **DARVEZ-BORNOZ J.-M.** Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. 1996. Paris: Masson.
- (10) **JOURDAN-IONESCOU C., PALACIO-QUINTIN E.** Effets de la maltraitance sur les jeunes enfants et nouvelles perspectives d'intervention. *Psychologie Française* 1997; 42-3: 217-236.
- (11) **SPENCER E.** (ed). PTSD in Children and Adolescents. 2001. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- (12) **DALIGAN L.** Le traitement psychanalytique des troubles psychotraumatiques de l'enfant. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2003; 3(1): 47-50.
- (13) **RECEVEUR-DONCEL C.** Symptomatologie dépressive et névrose traumatique. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2003; 3(3): 177-182.
- (14) **FISCHER G.N., TARQUINIO C.** L'expérience de la maladie: Ressources psychiques et changement de valeurs. In: FISCHER G.N. Traité de psychologie de la santé. 2002. Paris: Dunod., p.301-319.
- (15) **BERGSON H.** Essai sur les données immédiates de la conscience. 1889. Paris: PUF.
- (16) **FISCHER G.N.** Le ressort invisible. Vivre l'extrême. 1994. Paris: Le Seuil.
- (17) **MARTY P.** Mentalisation et psychosomatique. 1991. Paris: «Les Empêcheurs de tourner en rond», Ulysse.
- (18) **DEBRAY Q, GRANGER B. AZAIS F.** Psychopathologie de l'adulte. 2000. Paris: Masson.
- (19) **JADOLLE V.** La pensée psychosomatique. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 2003; VII, 62: 43-57.

- (20) **KERNBERG O.F.**, Schwere Persönlichkeitsstörungen. (trad. allem) 5^e éd. 1996. Stuttgart: Klett Cotta.
- (21) **KOHUT H.**, Analyse et guérison (trad. fr.). 1991. Paris: PUF.
- (22) **ZIGMOND A.S., & SNAITH R.P.** The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatria Scandinavia* 1983; 67: 361-370.
- (23) **SNAITH, R. P., BAUGH, S. J., CLAYDEN, A. D., HUSSAIN A., & SIPPLE, M.** The Clinical Anxiety Scale: a modification of the Hamilton Anxiety Scale. *British Journal of Psychiatry* 1982; 141: 518-523.
- (24) **CAMPBELL, A., CONVERSE, P. E., & RODGERS, W. L.** The quality of american life: perceptions, evaluation and satisfaction. 1976. New York: Russell Sage.
- (25) **ROTTER, J. B., & WILLERMAN, B.** The incomplete test as a method of studying personality. *Journal of Consulting Psychology* 1949: 44-48.
- (26) **LEPINE, J.P., GODCHAU, M., BRUN, P., & LEMPERIERE, T.** Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann. Medico-psychol* 1985; 143: 175-189.
- (27) **BOURGUIGNON O., BYDŁOWSKI M.** (dir). La recherche clinique en psychopathologie 1995. Paris: PUF.
- (28) **SCHILTZ P.** The Specificity of Music as a Stimulus of Fantasy. A Comparative Study of the TAT and the Stories Written under Musical Induction 2005. Athènes: Publications de la SIPE (sous presse).

Présentation des auteurs:

Barbara Houbre, psychologue, doctorante en Psychologie de la Santé, assistante-chercheur au CRP-Santé Luxembourg.

E-mail: barbara.houbre@hotmail.com

Lony Schiltz, docteur en Psychologie clinique, HDR, directrice de projets de recherche au CRP-Santé Luxembourg.

E-mail: lony.schiltz@education.lu