

Dépression, chimiothérapie et test de Rorschach

Introduction

Aborder les relations entre dépression, chimiothérapie et apports du test de Rorschach dans une perspective diagnostique et pronostique n'est pas une entreprise aisée. Les objectifs de cette contribution sont doubles :

- rappeler la position non consensuelle de la clinique dynamique sur les conditions de recours à la chimiothérapie antidépressive (Bergeret 1975, 1986, 1992, Widlöcher 1985, 1990, Kapsambelis 1994), tout s'interrogeant sur les conséquences de son utilisation sur l'investigation projective effectuée par le test de Rorschach.
- montrer l'intérêt du recours à cette méthode projective pour le clinicien impliqué dans ce champ, dans une perspective à la fois diagnostique et pronostique comme le démontrent toute une série de nos contributions anciennes et récentes (de Tychev 1994, de Tychev-Diwo-Dollander 2000, Dollander & de Tychev 1999, 2002, de Tychev 2004 b, De Tychev & Dollander 2006, Garnier-de Tychev 2007, Garnier-de Tychev & al 2008b.).

Dépression et condition du recours à la chimiothérapie ?

Cette question est d'importance lorsqu'on sait que la France est le pays d'Europe où la consommation des psychotropes est la plus élevée, prescrits très souvent par les médecins généralistes dont le temps de consultation moyen par patient est inférieur à dix minutes... et pour lesquels, indépendamment des problèmes fréquents d'observance thérapeutique rencontrés, on peut se demander si cette option n'est pas antinomique d'une authentique écoute du sujet... Si elle ne porte pas la marque d'une réaction contre-transférentielle non maîtrisée d'un certain nombre de praticiens, confrontés à la fois à leur manque de formation psychothérapique et à des contraintes économiques et temporelles qui ont tendance à occuper le devant de la scène... Mais il nous faut reconnaître que les cliniciens psychanalystes sont eux-mêmes partagés sur les choix à faire, à l'image de deux figures de proue contemporaines de la fin de ce siècle qui ont marqué la clinique psychodynamique des dépressions. Ainsi par exemple, D. Widlöcher (1985, 1990) a-t-il à plusieurs reprises souligné la nécessité du recours à la chimiothérapie antidépressive en cas de symptomatologie dépressive et son efficacité supérieure pour modifier certaines connexions neurophysiologiques impliquées dans le soubassement neuro-cérébral de la dépression... Nous n'ouvrons pas ici le vieux débat, pas complètement enterré, relatif au distinguo dépression endogène/dépression exogène. Nous ne nous ferons pas davantage l'apôtre aveugle des inhibiteurs de la mono-amino-oxydase et des imipraminiques, ni celui des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline...

Le psychologue clinicien que je suis se sent ici plus proche de J. Bergeret (1992) dont l'article de synthèse déjà ancien (mais combien actuel !) sur les dépressions et leurs bases dans une optique thérapeutique aurait gagné sans doute à être diffusé et parcouru davantage... Ce dernier point d'abord la nécessité de tenir compte du degré de gravité de la dépression et du mode d'organisation psychopathologique dans laquelle elle s'insère. De sorte que la prescription d'antidépresseurs ne saurait être systématique (la clinique des dépressions périnatales que j'accompagne depuis plusieurs années est là pour nous le rappeler régulièrement...). J. Bergeret (1992) souligne aussi les dangers associés à la chimiothérapie antidépressive méconnus par un certain nombre de praticiens :

- une thérapeutique médicale trop incisive peut présenter le risque de faire disparaître trop rapidement le symptôme et ce qui peut opérer par exemple comme un processus subtilement défensif contre le délire
- l'illusion de croire qu'elle puisse modifier le fond de l'économie dépressive
- la centration sur et la confiance faite au seul médicament nous éloigne du sujet qui peut alors entendre qu'on ne lui fait plus confiance.
- le risque de toxico-dépendance légalisée auquel elle peut conduire dans certains cas.

Dès lors, il s'agit quand même d'éviter d'opter pour une position clivée et d'accepter l'idée qu'une souffrance existentielle psychique puisse se traduire aussi au niveau du corps et de la sphère neurophysiologique et cérébrale (sans de suite tomber dans le piège d'une causalité dont le sens n'est probablement pas univoque...). Accepter aussi l'idée qu'une prise en charge immédiate bifocale constitue sans doute le meilleur choix dans les contextes d'états dépressifs graves associés notamment à des situations traumatiques de perte. La clinique d'accompagnement des deuils d'enfants nous le rappelle de manière exemplaire. En effet, l'étude à la fois clinique et projective, transversale et longitudinale de mères confrontées à cette situation en dépression chronique ou résilientes (de Tychev & Dollander, 2006) montre que les premières ont opté pour une seule option chimiothérapique sur une durée dépassant douze mois avant d'envisager un suivi psychothérapique, relié davantage à l'échec du premier traitement et à la pression de l'entourage qu'à leur propre désir. Les secondes ont suivi de suite les deux. La qualité du lien transférentiel et de l'empathie du thérapeute, conjuguées à l'action des antidépresseurs permet plus aisément d'élaborer le trop plein d'affects et la sidération psychique associés à ces contextes traumatiques, mobilisant davantage les voies corporelles et comportementales d'expression des affects de souffrance que la voie mentale. Relativement au mode d'action des antidépresseurs, je souscrirai volontiers à l'hypothèse déjà ancienne formulée par Jeanneau (1980) et reprise par Kapsambelis (1994) selon laquelle l'action des antidépresseurs consisterait à « déplacer ou plus souvent à rétablir les liaisons entre l'affect et la représentation, afin de mieux déporter et aménager au dehors les souffrances de l'intérieur ». Ils contribuent ainsi à permettre l'émergence de la pensée et de la parole dans des contextes initiaux où le trop plein d'affects et la sidération psychique s'y opposaient. On peut ajouter que contrairement aux neuroleptiques, ils ne modifient pas significativement la texture de la production projective.

Dépression et test de Rorschach

L'objet de cette section est de suggérer au psychologue clinicien toute la pertinence d'une méthodologie projective sur le plan diagnostique et pronostique. En effet, le test de Rorschach se révèle d'abord un outil irremplaçable dans le cadre des facettes changeantes des psychopathologies dépressives contemporaines.

La grande sensibilité de cet instrument dans l'établissement d'un diagnostic différentiel fin des entités dépressives est démontrée (Chabert 1987, 1992, de Tychev 1994 a., Lerner 1998). Il nous apparaît particulièrement utile dans les situations de symptomatologies changeantes partageant les cliniciens fondant leur diagnostic sur des seuls critères comportementaux psychiatriques en évolution, c'est-à-dire méconnaissant les caractéristiques stables du fonctionnement intrapsychique. Ces dernières peuvent faire l'objet d'une évaluation d'une grande précision. Elles concernent la nature des opérations défensives dominantes, mais aussi le mode de relation d'objet, les assises narcissiques, la nature de l'angoisse dominante, ainsi que la qualité des processus de symbolisation et la nature des lieux de la conflictualité. Cette dernière par exemple différencie bien le déprimé psychotique mélancolique, coincé dans une identification pathologique durable à l'objet perdu qu'il ne veut plus abandonner, du dépressif limite et narcissique. Chez celui-ci c'est davantage une pathologie de l'idéalité qui vient spécifier la genèse de la dépression, la souffrance dépressive demeurant liée à l'écart toujours plus intolérable entre l'idéal et la réalité. Nous sommes bien loin ici

de la conflictualité du dépressif névrosé dont la nature est essentiellement sexuelle et oppose en permanence désirs et interdits sur arrière-plan de dynamique oedipienne non résolue... L'ensemble de ces dimensions a donné lieu à des opérationnalisations précises spécifiques chez les auteurs passés en revue plus haut auxquels nous renvoyons le lecteur par impossibilité de les synthétiser dans l'espace d'expression qui nous est offert ici. Elles permettent de différencier de manière fine les modalités d'expression de la dépression dans les contextes respectivement psychotiques, névrotiques, narcissiques et limites. Elles nous sont singulièrement utiles pour évaluer également le risque de décompensation psychotique ainsi que la question épineuse souvent posée du risque suicidaire. L'évaluation de ce dernier mobilise de façon conséquente l'attention des cliniciens qui, à défaut de pouvoir s'appuyer sur une constellation de signes permettant d'identifier l'ensemble des déprimés présentant une constellation suicidaire (ce qui serait ô combien rassurant mais malheureusement irréaliste !), dispose d'indicateurs apportant un éclairage susceptible de mieux fonder une démarche préventive. Il faut d'ailleurs noter que ces constellations de signes ont pu être mises en évidence tant avec le système de cotation américain du test de Rorschach (Exner, 1991, Andronikof, 1992, 1993) qu'avec celui de son homologue de l'*Ecole de Paris* (de Tychev & al 1991). *Last but not least*, en permettant un diagnostic plus fin du mode d'organisation psychopathologique, les données de la clinique projective sont d'un apport considérable pour le praticien confronté devant l'allure symptomatique changeante de ses patients à un choix de médications psychotropes de plus en plus difficile pour le psychiatre...

Nombre de décompensations dépressives, voire de chronicisation de l'épisode dépressif majeur sont en lien direct avec l'impact traumatique de pertes non élaborées. Le test de Rorschach est là encore d'une grande utilité pour approcher la sidération psychique, le fonctionnement opératoire défensif réactionnel mis en place pour éviter d'être confronté au trop plein d'affects non métabolisables. (de Tychev, 2004). Les suivis longitudinaux que nous avons effectués, en particulier dans le champ de la clinique du deuil d'enfants (Dollander & de Tychev 1999, 2002, 2006) nous permettent également de rendre compte de la réanimation fantasmatique possible ou non au cours de la prise en charge d'orientation psychodynamique. Ce dernier point est d'importance car depuis un rapport Inserm controversé se pose la question de l'évaluation des psychothérapies (en particulier de la dépression) et du changement, ainsi que des dispositifs cliniques de recherche à mettre en place pour l'évaluer de manière objective. Or la méthodologie projective, en particulier le test de Rorschach est ici d'une richesse incontournable lorsqu'il s'agit de rendre compte d'un changement à un niveau intrapsychique ou de la pertinence d'une action de prévention impliquant une prise en charge précoce. Nos travaux déjà anciens cités en clinique du deuil d'enfant l'attestent. Mais nos recherches récentes et en cours dans le champ des dépressions périnatales (Garnier & de Tychev 2007, 2008 a, Garnier-de Tychev & al 2008 b.et c., Benhaijoub & al. 2008) le démontrent encore plus clairement. Elles soulèvent une autre question centrale au cœur de nos investigations en clinique de la dépression : le refus d'engagement thérapeutique chez la personne dépressive en souffrance. On sait que, quelle que soit la psychopathologie considérée (Chabrol & al 2003), 25% à 30% des personnes en souffrance refusent la proposition d'engagement thérapeutique faite par le clinicien ayant effectué le bilan psychologique. Les déterminants de ce refus sont bien sûr complexes. Certains sont liés aux caractéristiques du thérapeute (voire sur ce point l'excellente revue d'Ackerman & Hilsenroth 2003), notamment l'empathie de ce dernier perçue par le sujet, d'autres sont reliées au type de technique thérapeutique utilisée et à l'interaction avec le thérapeute, enfin certaines sont associées aux caractéristiques de personnalité du sujet, en particulier son organisation défensive. Nous concentrons actuellement notre attention sur cette dernière chez les femmes présentant une dépression pré ou postnatale refusant l'accompagnement psychothérapeutique proposé.

L'approche projective réalisée par le test de Rorschach de cette recherche en cours a déjà permis de mettre en évidence trois résultats importants :

- l'acceptation d'engagement dans la thérapie que nous considérons comme la première étape de la construction de l'alliance thérapeutique est plus malaisée dans les organisations pré-oedipiennes que chez leurs homologues de fonctionnement névrotique.
- certaines défenses mises en avant d'emblée dans les contextes préoédipiens exercent un effet délétère sur l'engagement thérapeutique. Ainsi la défense masochiste occupe-telle actuellement une place prévalente chez les mères déprimées en refus de prise en charge, suivie de la défense narcissique en termes de contre-dépendance relayée occasionnellement par une défense encore plus archaïque : la défense paranoïde synonyme de méfiance absolue face à tout investissement relationnel.
- le suivi longitudinal suggère l'extrême difficulté pour le thérapeute de parvenir à créer une brèche dans ces processus défensifs une fois qu'ils sont mis en place et structurés de manière rigide.

Ces résultats ont été obtenus à partir de l'étude qualitative et comparative de cas cliniques contrastés en reprenant sur les fondements de la démarche clinique formalisés par Widlöcher (1990, 1999) à propos des méthodologies reposant sur le cas unique. Nous restons conscients cependant que cette démarche doit se doubler d'une seconde pour convaincre le psychologue non clinicien, d'orientation non psychodynamique. En effet l'administration de la preuve ne peut souvent pour ce dernier que reposer sur une démarche statistique de comparaison de groupes de sujets cliniquement contrastés, pour prétendre asseoir et généraliser les conclusions obtenues à partir de l'étude des cas cliniques. Aussi envisageons-nous d'y adhérer dans un second temps afin de permettre un échange avec la communauté scientifique non psychanalytique préoccupée par les mêmes questions que nous mais optant pour des cadres théoriques et des méthodologies différentes des nôtres pour les explorer.

Bibliographie

Ackerman (SJ), Hilsenroth (MJ), A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance, *Clin Psychol Review*, 23, 1, 2003, p.1-33.

Andronikof (A), Repérer la dépression au Rorschach : apports du système intégré (Exner). *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives*, 36, 1992, p. 41-50.

Andronikof (A), *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré*, Paris, Editions Frison Roche, 1993.

Benhaijoub (S) Ladenburger (A), Lighezzolo (J), De Tychev (C) dépression périnatale et prévention : approche clinique et projective, *L'Evolution Psychiatrique*, 73, 2008, p.331-352.

Bergeret (J), *La dépression et les états-limites*, Paris, Payot, 1975.

Bergeret (J), [Dir] *Abrégés de Psychologie pathologique*, Paris, Masson.1986

Bergeret (J), « Les dépressions et leurs bases dans une optique thérapeutique », *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives*, 36, 1992, p.5-23.

Chabert (C), *La Psychopathologie à travers le Rorschach*, Paris, Dunod, 1987.

Chabert (C), « Les problématiques dépressives et leurs aménagements : approche clinique et projective », *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives*, 36, 1992, p.25-40.

Chabrol (H), Teissedre (F), Saint Jean (M), Teisseyre (N), Roge (B), « Prévention et traitement des

dépressions du post-partum : une étude contrôlée », *Devenir*, 1, 2003, p.5-25.

De Tychev (C), Cahen (T), Sagnes (L), Dépression et risque suicidaire : approche comparée par le test de Rorschach, *Revue Européenne de psychologie appliquée*, 41, 3, 1991 p. 181-188

De Tychev (C), *L'approche des dépressions à travers le test de Rorschach : point de vue théorique, diagnostique et thérapeutique*, Paris, Editions et Applications Psychologiques 1994.

De Tychev (C), Diwo (R), Dollander (M), « La mentalisation : approche théorique et clinique projective à travers le test de Rorschach », *Bulletin de Psychologie*, 448, 2000, p. 469-480

De Tychev (C), « Stérilité féminine et déficit de créativité : à propos du fonctionnement opératoire : approche clinique projective », *Cliniques Méditer-ranéennes.*, 70, 2004, p.159-175

De Tychev (C), Dollander (M), « Child Mourning, Maternal resilience and chronic depression in mourning for a child : a preliminary case based analysis », *Rorschachiana-Journal of international Rorschach Society*, 28, 2006, p.16-35.

Dollander (M), De Tychev (C), « Meurtre d'enfant et symbolisation de la perte : approche clinique projective longitudinale », *Psychologie clinique et projective*, 5, 1999, p.165-206

Dollander (M), De Tychev (C), « Deuil compliqué et fonctionnement intrapsychique : approche clinique et projective », *Psychologie Clinique et Projective*, 8, 2002, p. 241-264.

Exner (J.E.), *The Rorschach : a comprehensive system*. New-York, John Wiley&Sons.1991.

Garnier (S), De Tychev (C), « Dépression prénatale, refus d'alliance thérapeutique et mode de structuration paranoïaque de la personnalité », *Psychologie Clinique et Projective*, 13, 2007, p.57-76.

Garnier (S), De Tychev (C), Dépression prénatale, masochisme, contre dépendance narcissique et refus d'engagement thérapeutique (à paraître *NeuroPsychiatrie de L'Enfance et de l'Adolescence* 2008.c)

Garnier S, De Tychev (C), Lighezzolo J., Claudon P, Rebourg- Roesler C., Flach I, « Evaluation de la prévention en périnatalité : approche clinique comparée de certains déterminants de l'alliance thérapeutique » (à paraître *Bulletin de Psychologie*, 2008.b)

Garnier S, De Tychev (C), Lighezzolo J., Claudon P, Rebourg- Roesler C., Flach I, « Périnatal Dépression, prévention and therapeutic adherence refusal : a clinical comparative short term : approach » (à paraître *Rorschachiana Journal of International Rorschach Society*, 2008)

Jeanneau (A), « Mouvements psychiatriques et psychopharmacologie. Entre l'affect et la représentation », *L'Evolution Psychiatrique*, 45, 1980, p.691-703.

Kapsambelis (V), *Les médicaments du narcissisme*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris 1994.

Lerner (P.M.), *Psychoanalytic perspectives on the Rorschach*, MahwahNJ, US, Analytic Press

Widlöcher (D), *Les logiques de la dépression*, Payot, Paris 1985.

Widlöcher (D), *Les psychotropes, une manière de penser le psychisme ?* Les Empêcheurs de penser en rond, Paris 1990.

Widlöcher (D), Le cas au singulier, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 42, 1990, p.285-302.

Widlöcher (D), La méthode du cas unique, *Monographies de Psychopathologie*, 1, 1999, p.191-200.