

L'observation clinique formalisée dans la recherche en thérapie psychanalytique

Jean-Michel Thurin*

La recherche en psychanalyse peut concerner plusieurs registres

- l'investigation empirique des conditions de développement, de progression, de stabilisation et de traitement de troubles mentaux ou psychosomatiques
- l'étude des fonctionnements mentaux physiologiques ou pathologiques «en situation» et leurs corrélations comportementales ou symptomatiques
- l'évaluation de l'action d'une intervention thérapeutique ou d'une cure sur un symptôme ou une pathologie déjà constituée chez une personne.
- le diagnostic des aires de problèmes dont souffre une personne, en termes de fixation à une étape de développement et de conflit, et qui constitueront un point de repère important dans la conduite du traitement

Cette recherche s'appuie essentiellement sur quatre types de données

- le récit par le patient de son histoire où l'on peut suivre une série de vécus et leurs conséquences sur l'organisation et le fonctionnement de la personne (diagnostic biographique¹)
- toujours à partir du récit, mais en prenant aussi en compte les informations non directement repérables qu'il contient, il est possible d'objectiver certains aspects de la problématique, du fonctionnement du patient, de ses mécanismes de défense et de ses symptômes. C'est à dire de mieux connaître sa réalité interne et la façon dont elle intervient dans le rapport à la réalité «externe»².
- le fonctionnement interpersonnel, sémiotique et discursif, dans le cadre de la psychothérapie ou de la psychanalyse, qui implique non seulement le patient mais aussi le thérapeute, dans leurs propos directs ou commentaires.
- les productions, en particulier le rêve, à partir de leur récit ou de leur figuration.

Ces différentes données ne sont pratiquement pas utilisables directement. Elles doivent être au préalable *recueillies, traitées* selon des critères d'ordre en relation avec les hypothèses étudiées,

et *interprétées*.

On peut envisager deux niveaux de recherche :

- o celui de la recherche «solitaire» qui peut d'ailleurs inclure le patient. Elle concernera par exemple l'analyse du contexte de déclenchement d'un symptôme, sa mise en perspective avec une situation antérieure analogique et «prototypique, les associations verbales qui sont liées à cette évocation. Tout ceci fait partie de la pratique quotidienne du psychanalyste. Mais cette recherche reste «muette» par rapport à la communauté scientifique, avec des conséquences importantes sur la validation des modèles de référence, certaines approches étant beaucoup plus «bavardes» et aussi sur les pratiques, certaines intuitions dominantes pouvant faire écran. Il est donc important d'envisager «l'autre recherche», impliquant le tiers de la communauté scientifique.

- o cette recherche va impliquer certaines règles. Il ne s'agira jamais de viser une reproductibilité dans l'absolu des faits observés et des déductions qui peuvent en être tirées. Par contre, certaines hypothèses étudiées selon une méthodologie précise (et non lancées à la volée) pourront être réétudiées à propos d'autres cas ou les résultats comparés à ceux obtenus à un autre moment de la cure. On ne visera pas «la preuve»; mais des observations convergentes sur un objet commun peuvent avoir un effet de connaissance assorti de conséquences pratiques. Il s'agira alors de définir le plus précisément possible ce que l'on étudie et comment. Ce recensement des variables et la méthodologie de leur approche constitue en lui même une recherche.

Il ne peut être évidemment question d'envisager ici tous les axes. Aussi nous nous centrerons sur trois d'entre eux :

- o *l'importance des données*. Nous rappellerons à ce sujet une étude menée par le Comité des Activités Scientifiques de l'*American Psychoanalytic Association*

- o *le formatage des données*. Nous partirons des propositions de l'APA et d'un travail publié sous la direction de H.J. Freyberger (Lübeck) et W. Schneider (Dortmund) à partir de la participation en Allemagne d'un grand nombre d'institutions psychothérapeutiques et psychosomatiques à une étude de validation de la CIM-10. Nous présenterons dans ce cadre deux formats de recueil, l'un étant plus particulièrement adapté à *l'analyse des interactions langagières et de leurs effets dans la cure*, l'autre concernant *l'évaluation diagnostique, dans une perspective psychanalytique*. L'objectif est que ces formats facilitent le repérage et la discussion chez des thérapeutes différents et à propos d'un patient ou de patients différents.

- o *le traitement des données*. Nous nous appuyerons sur un exemple tiré d'une publication consacrée à l'étude des effets d'une psychanalyse sur le contrôle d'un diabète chez une jeune enfant d'une dizaine d'années. La méthode d'analyse des données est assez proche de celle que nous suivons dans

nos recherches sur «*Le thème de la dépression dans le discours d'un patient psychosomatique, abord psycholinguistique*» d'une part, «*Rêve, conflits centraux, histoire et psychopathologie*» d'autre part.

L'étude menée par le Comité des Activités Scientifiques de l'American Psychoanalytic Association

Cette étude³ est partie d'une tentative de définir ce qu'était la recherche en psychanalyse. Après une revue des articles les plus couramment cités et issus des trois journaux les plus respectés : le Journal de l'Association Américaine Psychanalytique, le Journal International de Psychanalyse, et le Trimestriel psychanalytique, il fallut se rendre à l'évidence : pas une seule des publications retenues pour l'échantillon ne contenait de façon significatives des données cliniques primaires ! Pas une seule se rapportait à une étude de cas. Aucun fragment issu d'un enregistrement. Un seul fragment de rêve. Les commentaires de ces papiers étaient : «pas de données cliniques», «pas de preuve», «généralisation», «assertions non testables». Ayant identifié ce qu'il considérait comme un sérieux problème, le Comité proposa un format de recueil des données espérant que ce premier travail en susciterait d'autres à venir avec d'encore meilleures solutions concernant les problèmes identifiés à propos du caractère, de la qualité et la quantité des données dans les publications psychanalytiques.

Voici donc ce premier format qui comprend des données d'ordre très général concernant le cadre du traitement et des consignes typographiques permettant d'identifier la nature du matériel recueilli.

Format de base proposé pour le compte rendu de données cliniques

Méthode de compte rendu	Description du cadre
- Notes prises durant les séances <input type="radio"/>	- Psychanalyse <input type="radio"/>
- Enregistrement magnétophone <input type="radio"/>	- Psychothérapie <input type="radio"/>
- Mémoire : temps passé après les séances	- Fréquence des séances, par semaine ...
<i>minutes</i> <input type="radio"/>	- Utilisation du divan <input type="radio"/>
<i>heures</i> <input type="radio"/>	- Durée des séances ...
<i>jours</i> <input type="radio"/>	- Description de quelques paramètres
<i>mois</i> <input type="radio"/>	spécifiques.....
<i>années</i> <input type="radio"/>
- Autre méthode	

A partir de ce format de base, toutes sortes de constructions peuvent être envisagées pour le recueil du matériel de la cure. Il est important de pouvoir préciser à quel moment le matériel a été recueilli dans le déroulement de la cure et la nature exacte des données recueillies. En effet, un certain type de données sera satisfaisant pour une recherche et pas pour une autre. Voici le modèle proposé par l'Association Psychanalytique Américaine pour le compte rendu détaillé des interactions cliniques

Exemple de Format de recueil du discours pour le compte rendu détaillé des interactions cliniques

Dans la première colonne, deux personnes qui parlent (le patient, en petits caractères ; L'ANALYSTE EN LETTRES CAPITALES) et trois catégories d'informations (informations non verbales ; mots approximatifs ; mots exacts)

Dans une deuxième colonne, les pensées non communiquées de l'analyste

<p>(1) (Les informations non verbales survenant durant la séance sont placées entre parenthèses)</p> <p>(2) Les mots approximatifs du patient sont présentés sans aucune ponctuation spéciale</p> <p>LES MOTS APPROXIMATIFS DE L'ANALYSTE SONT INSERES SANS PONCTUATION SPECIALE</p> <p>(3) "Les mots exacts du patients sont placés entre guillemets"</p> <p>LES MOTS EXACTS DE L'ANALYSTE SONT PLACÉS ENTRE GUILLEMETS"</p>	<p>(1) (LE COMPORTEMENT NON VERBAL ET LES PENSEES NON COMMUNIQUEES DE L'ANALYSTE DURANT L'HEURE PEUVENT ÊTRE PRESENTEES EN LETTRE CAPITALES ET ENTRE PARENTHÈSES)</p> <p>Placer ces commentaires dans une seconde colonne n'interviendra pas dans le développement de l'interaction patient psychanalyste mais placera les pensées non dites de l'analyste dans le contexte de leur expérience.</p> <p>D'autres commentaires, qui ne se produisent pas au moment de l'échange clinique peuvent être placés dans cette seconde colonne en lettres minuscules.</p> <p>Si les commentaires de l'analyste traitant sont dans cette seconde colonne, des commentaires provenant d'autres analystes peuvent être placés entre parenthèses ou dans une troisième colonne selon le contexte, la nature et le propos de ce commentaire. Ces commentaires seront liés au processus du matériel clinique car la séance des événements se réfléchira automatiquement dans la dimension verticale.</p>
---	---

Plan d'analyse clinique psychodynamique

Nous présenterons maintenant un plan qui permet d'analyser et éventuellement de présenter globalement le cas d'un patient. Nous avons voulu nous rapprocher au maximum des présentations cliniques classiques, telle qu'elles se déroulent dans les groupes de cliniciens psychiatres-psychanalystes. Ces présentations font intervenir des éléments très hétérogènes dont la mise en relation et l'actualisation fait émerger le sens. Il s'agissait donc de constituer un cadre qui permette, pour chaque cas, d'actualiser certains traits ayant une importance particulière pour la compréhension psychodynamique des troubles et la conception générale du plan de traitement, sans pour autant que soient omis d'autres éléments qui pourraient avoir de l'importance pour d'autres cliniciens ou à d'autres moments.

Ce plan d'analyse, que nous avons commencé à valider dans un groupe de travail de l'E PS, est donc à considérer comme un **canevas** susceptible de faciliter l'élaboration d'observations cliniques.

Son utilisation n'est pas celle d'un questionnaire : ses différents axes seront étayés aux moments favorables. L'ordre dans lesquels apparaissent les dix chapitres qui le composent n'est pas nécessairement celui qui sera retenu au moment de la construction de l'observation. La logique de l'exposition intervient évidemment dans l'importance données à certains éléments par rapport à d'autres et dans la présentation des corrélations observées.

Ce canevas est destiné à être ouvert sur des données plus précises, accessibles par liens. Ce seront par exemple, ici des éléments du discours particulièrement "parlants", là des dessins, là encore des rêves ou le recensement de situations de déclenchement d'un symptôme. Il s'agit donc **d'un instrument "ouvert"**, hétérogène.

Il est conçu pour être "compatible" avec le DSM puisque cinq chapitres rejoignent ses axes (1,5, 10, 8,3) mais en se situant dans une perspective clinique psychodynamique, c'est à dire à la fois plus interactive, plus large par rapport aux éléments recensés et différente par rapport à l'approche. Celle-ci ne se situe pas sur le mode "digital", catégorique, mais "analogique", compréhensif. Certains chapitres ont ainsi une importance particulière (2, 3,4,5,6). A partir de cette présentation de cas, une seconde analyse peut éventuellement aller "à la pêche" d'éléments constitutifs d'une entité syndromique.

Plan d'analyse et de présentation clinique psychodynamique : une approche multi et inter axiale

1 - Registre d'évaluation sémiotique et symptomatique.

1. Présentation de la personne (sexe, âge, allure); origine de la consultation ou du premier entretien
2. Description des manifestations et des plaintes, d'ordre psychique ou somatique.
3. Circonstances d'apparition des symptômes, leur type, leur sévérité, leur intensité, leur chronicité.
4. Durée de l'épisode actuel. Facteurs de sédation et d'aggravation. (Suivi thérapeutique antérieur).

-> Diagnostic syndromique et nosologique du clinicien. Référence à une ou plusieurs échelles. Classification CIM, DSM et OMS Handicaps.

2 - Registre d'évaluation des difficultés et problèmes.

1. Difficultés conscientes exposées ; demande
2. Problèmes conscients ou inconscients faisant intervenir un conflit entre souhaits et idées (A), entre souhaits et réalité externe (B), entre exigence subjective et réponses familiale ou sociale (C)

-> Diagnostic des problèmes actuels, des aires de conflit. Mise en relation avec registre 7 (environnement social) et 4 (personnalité, structuration et stade de développement)

3 - Registre d'évaluation conduites, adaptations et défenses

1. Conduites pathologiques et leurs circonstances (période, épisode relationnel, pulsionnelle)
2. analyse des mécanismes de défense

4 - Registre d'évaluation biographique

1. histoire familiale et sociale, ses modalités comportementales, ses valeurs, ses secrets.
2. traumatismes infantiles, symptômes évoquant un trouble de l'enfance ou de l'adolescence
3. l'attention porte également sur la parenté de situations actuelles génératrices de développement des symptômes (R 1) et les ruptures de développement (R 4)

5 - Registre d'évaluation de la personnalité et de sa structuration

1. personnalité
2. construction de la subjectivité (manifestations linguistiques et comportementales ; par exemple, capacité ou non de dire "non", de poser ses limites, d'exprimer son avis et ses souhaits),
3. caractéristiques de la relation d'objet, de son étape de développement, distinction et échanges entre "mondes", investissement vital, activité/dépendance, relations affectives avec l'entourage

6 - Registre d'évaluation de la réalité psychique,

1. capacité de symbolisation et manques symboliques (deuil, rapports familiaux, événements...)
2. espaces pulsionnels investis, sous-investis, sur-investis
3. désirs inconscients prévalents ; fantasmes ; productions

7 - Evaluation de l'environnement "patient"

1. la façon dont le patient traite avec ses difficultés et ses symptômes, en conçoit l'étiologie,
2. sa motivation pour le traitement ; sa qualité de vie

8 - Registre d'évaluation de l'environnement social

1. attitude de la famille, ses croyances sur l'origine de la maladie et la façon de la traiter.
2. facteurs de stress et leur sévérité ; la tolérance du milieu

9 - Registre de l'atmosphère thérapeutique et de l'interaction patient thérapeute

1. qualité de la relation psychothérapeutique ; perception du patient par le psychothérapeute et du psychothérapeute par le patient
2. engagement du patient, du thérapeute, "alliance thérapeutique"

10 - Registre de l'évaluation somatique et biologique

1. maladies et troubles fonctionnels ; histoire des maladies et somatisations
2. conduites de dépendance
3. examen clinique, biologie clinique

**Un exemple de recherche sur cas unique :
verbalisation des conflits et contrôle d'un diabète chez une jeune enfant**

Il s'agit d'une recherche menée par G.S. Moran et P. Fonagy en 1987, publiée dans le British Journal of Medical Psychology en utilisant un protocole de cas unique. Nous en présentons l'essentiel.

Objectifs de l'étude

Cette étude avait trois objectifs .

- Premièrement , démontrer que les données psychanalytiques peuvent être organisées et examinées dans une voie qui satisfait aux exigences de l'inductivisme éliminatif.
- Deuxièmement, tester des hypothèses concernant la valeur de l'insight dans la dissolution de structures névrotiques.
- Troisièmement, utiliser cette méthode d'investigation pour élaborer les processus névrotiques sous jacents à un diabète fragile.

Ces trois objectifs ont été en partie atteints.

L'étude a porté sur la corrélation entre le contrôle d'un diabète insulino-dépendant chez une adolescente et la variation des thèmes verbalisés au cours de sa psychanalyse. Le contrôle du diabète fut estimé sur la base d'un test d'urine deux fois par jour. Le contenu de la psychanalyse fut évalué par des cotations indépendantes des rapports hebdomadaires de l'analyste.

Hypothèses de départ :

- Des variables psychologiques interviennent dans les fluctuations du contrôle du diabète ;
- Ces fluctuations sont le résultat conscient et inconscient d'actes inconséquents concernant le régime alimentaire
- Ces graves transgressions du régime diabétique qui émaillent certains cas de diabète fragile peuvent être interprétées comme une réponse névrotique à l'anxiété et à la culpabilité issues d'un conflit inconscient.
- Réciproquement, il existe une relation entre l'insight d'un conflit inconscient au cours d'une cure et l'amélioration de symptômes névrotiques au cours d'un traitement psychanalytique en protocole de recherche sur le cas unique. Cette amélioration se répercute sur le contrôle du diabète.

Ligne de base. Sally, 13ans,

- avait été admise à l'hôpital entre deux et cinq fois par an pour acidocétose diabétique pendant les cinq ans précédant sa psychanalyse

- elle présentait au commencement de son traitement
 - o une peur phobique d'aller à l'école, ayant précédé le déclenchement du diabète (5ans plus tôt) pendant deux ans
 - o des difficultés de relations avec sa mère
 - o une identification masculine
- les prises en charge médicale et psychiatrique avaient échoué

A l'issue du traitement (3ans, 5 séances par semaine)

- Disparition de la phobie scolaire
- Excellents résultats d'examen
- identification féminine.
- Amélioration de sa relation avec sa mère devint moins chargée au fur et à mesure qu'elles cessèrent de se renvoyer l'une à l'autre leurs peurs et leurs soucis.
- Intérêt actif à travailler avec de jeunes enfants.
- Une seule admission à l'hôpital durant les trois années et demie de son traitement et aucune pendant la période de quatre ans qui suivit.

Plus que les améliorations à long terme du contrôle, c'est le suivi des corrélations entre le processus psychanalytique et celui du diabète qui a apporté des éléments théoriques intéressants

Analyse de contenu et cotations du traitement

- o Les progrès de l'analyse de Sally étaient détaillés dans des rapports hebdomadaires. Les rapports contenaient un sommaire des thèmes principaux de la semaine et des illustrations des difficultés du patient, et des ses anxiétés, les modes d'intervention du thérapeute et les réponses du patient. Les rapports hebdomadaires (d'environ 1000 mots) étaient eux mêmes constitués à partir de rapports journaliers écrits à la fin de chaque séance.
 - o Les 148 rapports hebdomadaires furent condensés en un texte clinique.
 - o Ce rapport fut alors étudié avec l'objectif d'extraire les thèmes analytiques majeurs du cas.
 - o Dix thèmes analytiques furent identifiés, qui pourraient être considérés comme "présent" ou "absent" dans chacun des rapports hebdomadaires établis au cours de l'analyse. Cinq concernaient les conflits, cinq les symptômes.
 - o Des définitions opérationnelles furent formulées pour chacune de ces catégories pour faciliter la cotation de la présence ou de l'absence de chaque thème dans chaque rapport hebdomadaire.
 - o Deux cotateurs indépendants, analystes d'enfants, étaient alors interrogés pour coter une sélection prise au hasard de cinq rapports hebdomadaires. Les cotations se faisaient par rapport à une échelle à 5 niveaux : "tout à fait présent", "probablement présent", "possiblement présent", "probablement absent", "absolument absent".

Résultats

- L'identification et la verbalisation des aires de conflit psychologique étaient associés à une amélioration du contrôle du diabète en terme de glycosurie.
- Durant les semaines où l'analyste et la patiente parlaient de la tendance de Sally de se blesser et de se punir, le glucose urinaire était relativement bas.
- En contraste, durant les semaines où Sally mettait en évidence une peur irrationnelle des personnes ou des situations, le glucose urinaire était relativement haut.

Conclusions

Il est possible et nécessaire de donner un nouvel essor à la recherche en psychanalyse. Beaucoup d'inventivité est actuellement bridée par une difficulté d'intégrer la méthodologie à la recherche personnelle et de constituer un point d'ancrage mise en perspective de recherches portant sur des cas uniques. Nous proposons trois objectifs :

- Le premier objectif pourrait être de porter une grande attention aux données cliniques, à leur recueil et à leur présentation.
- Un deuxième objectif pourrait être de réhabiliter le niveau de l'hypothèse
- Un troisième objectif serait de considérer l'importance du processus psychothérapique vis à vis du "diagnostic" . Les variables intervenant dans la conception d'un traitement ne devraient plus faire intervenir simplement les traditionnels diagnostics syndromiques mais aussi des données concernant la biographie, les aires de conflit de la personne et la structure de sa personnalité, les marqueurs de sa subjectivité, ses modes d'adaptation et de fonctionnement, le niveau de ses relations objectales, sa motivation, sa façon de faire face, son environnement, sa qualité de vie. Cette approche "globale" et ne même temps multiaxiale dynamique, serait essentielle pour l'affinement des modalités thérapeutiques. Elle permettrait une meilleure connaissance et évaluation des facteurs qui interviennent tout au long d'une affection et ouvrirait tout un champ de recherches comparatives portant sur des communautés psychopathologiques affinées en prenant en compte leur complexité.

* *Psychiatre - Psychanalyste, 9, rue Brantôme, 75003, Paris*

Bibliographie

- Schneider W., Heuft G., Freyberger H.J., Janssen P.L. Diagnostic concepts, multimodal and multiaxial approaches in psychotherapy and psychosomatics *Psychother Psychosom* 1995; 63 ; 63-70
- Mezrich J.E., Schmolke Multiaxial diagnosis and psychotherapy planning : on the relevance of ICD-10, DSM-IV and Complementaru schemas *Psychother Psychosom* 1995; 63 ; 71-80
- Stieglitz R.D., Schüssler G. Instruments in the assessment of psychosomatic and neurotic disorders *Psychother Psychosom* 1995; 63 ; 81-89
- Ehlers W., Hettinger R., Paar G. Operational diagnostic approaches in the assessment of defense mechanisms *Psychother Psychosom* 1995; 63 ; 124-135
- Moran G.S., Fonagy P. Psychoanalysis and diabetic control : a single case study *British Journal of Medical Psychology* 1987 60
- GH. Klumpner, Frank A. On methods of reporting clinical material, *JAPA*, Vol 39, n°2, 1991
- Jones E.E., Ghannam J., Nigg J.T., Dyer J.F.P A paradigm for single-case research : the time series study of a long term psychotherapy for depression *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993 Vol 61 n°3 381-394
- Thurin M. Les marqueurs de dépression dans le discours (à paraître)
- Thurin JM. Une vie sans soi. Clinique et interprétation des maladies psychosomatiques Frison Roche 1996