

L'étude de cas en psychologie clinique

4 approches théoriques

Sous la direction de
Silke Schauder

L'étude de cas en psychologie clinique

4 approches théoriques

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2012

Nouvelle présentation, 2023

11 rue Paul Bert – 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-082662-9

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Présentation des auteurs

Nathalie DURIEZ est maître de conférences HDR en psychologie clinique à l'Institut d'Enseignement à Distance, responsable du M1 Psychologie Clinique ainsi que de trois diplômes universitaires à l'Université Paris 8 : le DFSSU « Clinique familiale et pratiques systémiques », le DU « Clinique de la Relation et Intervention Stratégique » et le DESU « Prise en charge des addictions ». Ses recherches et publications portent sur la thérapie familiale, les processus de changement et de résilience, la régulation émotionnelle et les addictions. Elle exerce comme thérapeute familiale au CSAPA Monceau, Groupe SOS Solidarité, Pôle Addiction IDE, à Paris. Auteure de l'ouvrage *Changer en famille*, publié en 2009 chez Érès, elle est formatrice à l'approche systémique et à la thérapie familiale.

Maryvonne LECLÈRE est psychologue clinicienne exerçant en libéral. Ancienne attachée à l'Assistance Publique-Hôpital de Paris, diplômée de l'Université Paris 5 en thérapies cognitives et comportementales, elle est l'auteure notamment du livre *Les Rituels de l'angoisse : comprendre les tocs et les phobies*, publié en 2008 chez Larousse, et a collaboré, sous la direction de Quentin Debray, à l'ouvrage *Protocoles de traitement des personnalités pathologiques* (2005).

Nathalie MEUNIER est psychologue clinicienne exerçant en gériatrie, chargée de l'accueil de jour des résidents et de la régulation de l'équipe.

Catherine MARION est psychologue clinicienne spécialisée en ethnopsychiatrie. Docteur en Psychologie clinique et pathologie depuis 2003, elle est enseignante en psychologie clinique à l'Institut d'Enseignement à Distance de l'Université Paris 8. De 1994 à 2005, elle a été membre de l'équipe de recherche en ethnopsychiatrie de Tobie Nathan au Centre Georges Devereux, Université Paris 8.

Silke SCHAUDER est professeure de psychologie clinique à l'Université de Picardie Jules Verne, Amiens. Responsable pédagogique d'un DESU Art-thérapie à l'IED-Université Paris 8, elle est psychologue clinicienne d'inspiration psychanalytique, exerçant en libéral. Membre de la SFPE-AT et de l'AIRHM, elle a notamment coordonné, chez Dunod, les ouvrages collectifs *Pratiquer la psychologie clinique auprès des enfants et des adolescents* (2007) et *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées* (2007).

Table des matières

PRÉSENTATION DES AUTEURS	V
PRÉFACE Serban Ionescu	XVII
INTRODUCTION Silke Schauder	1
CHAPITRE 1 APPROCHE SYSTÉMIQUE Nathalie Duriez	11
1. Bases théoriques de la psychothérapie familiale systémique	13
1.1 La première systémique centrée sur les comportements	14
1.1.1 <i>L'épistémologie</i>	14
1.1.2 <i>Les approches cliniques</i>	15
1.2 La deuxième systémique centrée sur les représentations	23
1.2.1 <i>L'épistémologie</i>	23
1.2.2 <i>Les approches cliniques</i>	24
1.3 Vers une troisième systémique centrée sur les émotions	26
1.3.1 <i>L'épistémologie</i>	26
1.3.2 <i>Les approches cliniques</i>	28
Conclusion	29
2. Clinique systémique du passage à l'acte : le cas de Baptiste P.-M., 16 ans	30
2.1 Le contexte de la prise en charge : une thérapie conseillée par le juge des enfants sans ordonnance	31
2.2 Données sur l'histoire familiale	33
2.2.1 <i>La place de Baptiste dans la famille</i>	35
2.3 La vulnérabilité émotionnelle de M. P.	40
2.4 Le secret véhiculé par le discours de la mère	42
2.5 Une tradition de secrets	46
2.6 Un couple contemporain, « une connexion délicate et instable » (Gaillard, 2009a)	50

2.7	Baptiste et la difficulté de s'inscrire dans le mythe familial : la « crème du lait »	54
2.8	Adolescence et construction de l'identité	58
2.9	Deuil impossible et tiers pesant (Goldbeter-Merinfeld, 1999)	63
2.10	La place du thérapeute	64
	Conclusion	65
3.	Clinique systémique des troubles obsessionnels compulsifs : le cas de Monsieur B., 37 ans	66
3.1	TOC et thérapie familiale	66
3.2	La difficulté d'être soi	68
3.3	Anxiété et collusion de couple	69
3.4	Deux conjoints peu différenciés	71
3.5	Une approche tri-générationnelle de l'angoisse	73
3.6	Le jeu de l'oie systémique (Caillé et Rey, 1994-2004)	77
	Conclusion	80
4.	Clinique systémique de la phobie scolaire : le cas de Romain D., 13 ans	80
4.1	Le rôle de Romain : un substitut de l'idéal du moi de sa mère	81
4.2	L'aliénation parentale	82
4.3	La place du diable dans l'imaginaire de Romain	86
4.4	L'approche contextuelle	87
4.5	La mère : un « tiers pesant »	89
4.6	Demander à la mère l'autorisation pour Romain de se rapprocher de son père	89
4.7	Une séance avec la famille maternelle	91
4.8	Le processus de subjectivation et les relations avec les pairs à l'adolescence	92
	Conclusion	95
5.	Clinique systémique de la dépression : le cas de Madame T., 53 ans	95
5.1	Les rôles dans la famille	95
5.2	Le deuil du tiers pesant : un deuil impossible	96
5.3	La place du thérapeute	97
5.4	Fonction de la dépression et organisation familiale	98

5.5 Proposition thérapeutique : le travail de sculpturation	99
5.6 La famille de Mme T. : une masse moiïque indifférenciée (Bowen, 1978)	102
5.7 L'introduction du père de Noémie	103
Conclusion	105
CHAPITRE 2 APPROCHE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE Maryvonne Leclère	113
1. Bases théoriques de la psychologie cognitivo-comportementale	115
2. Clinique cognitivo-comportementale des troubles obsessionnels compulsifs : le cas de Monsieur B., 37 ans	116
2.1 Établissement d'un diagnostic fonctionnel par la conduite de l'analyse fonctionnelle	117
2.2 Présentation succincte des thérapies cognitives et comportementales	123
2.3 Proposition d'une stratégie thérapeutique en fonction des hypothèses diagnostiques retenues	124
2.4 Le contrat thérapeutique	125
2.5 La prescription de tâche	125
2.6 Le <i>feed-back</i> réciproque	126
2.7 Revue de la tâche assignée (discussion des objectifs)	127
2.8 Passation des échelles d'évaluation	128
2.9 Prescription de tâche	128
2.10 Feed-back réciproque	129
2.11 Description des techniques thérapeutiques utilisées dans ce cas clinique	129
2.11.1 <i>La prévention de réponse</i>	129
2.11.2 <i>La désensibilisation systématique</i>	130
2.11.3 <i>L'entraînement à l'affirmation de soi</i>	132
2.11.4 <i>La technique de la restructuration cognitive</i>	133
3. Clinique cognitivo-comportementale du passage à l'acte : le cas de Baptiste P.-M., 16 ans	136
3.1 Proposition thérapeutique	142

4. Clinique cognitivo-comportementale de la phobie scolaire : le cas de Romain D., 13 ans	144
4.1 Propositions thérapeutiques	149
Conclusion	151
5. Clinique cognitivo-comportementale de la dépression : le cas de Madame T., 53 ans	151
5.1 Propositions thérapeutiques	156
Conseils de lecture	159
 CHAPITRE 3 APPROCHE ETHNOPSCHIATRIQUE Catherine Marion	161
 1. Bases théoriques de la méthodologie ethnopsychiatrique	163
1.1 Délimitation du domaine : une succession de difficultés cliniques	163
1.2 Principaux concepts ethnopsychiatriques	166
 2. Clinique ethnopsychiatrique de la phobie scolaire : le cas de Romain D., 13 ans « La capture sorcière des morts : le règlement d'un pacte avec le diable ? »	168
2.1 Éléments de théories étiologiques du patient et de la famille : leur expertise	169
2.1.1 <i>Les faits cliniques anamnestiques</i>	169
2.1.2 <i>Description clinique des troubles de Romain</i>	175
2.1.3 <i>La succession des étiologies interprétatives et leur conflictualisation</i>	180
2.2 L'inversion d'expertise	182
2.2.1 <i>Quelques éléments d'écologie du diable</i>	182
2.2.2 <i>Quelques éléments d'écologie des êtres invisibles en Bretagne</i>	184
2.2.3 <i>L'interprétation des troubles de Romain : inversion de l'expertise</i>	191
2.2.4 <i>Une interprétation théorico-clinique culturelle d'un désordre familial</i>	196
Conclusion	198

3. Clinique ethnopsychiatrique des troubles obsessionnels compulsifs : le cas de Monsieur B., 37 ans : « Une force dans les mains »	198
3.1 L'expertise de Monsieur B. sur ses troubles obsessionnels : une succession de ruptures	199
3.1.1 <i>Une dynamique intellectuelle spécifique fondée sur l'a-temporalité</i>	199
3.1.2 <i>Un fonctionnement biologique indépendant de ses émotions et de ses pensées</i>	200
3.1.3 <i>Un fonctionnement relationnel marqué par la nécessité de la rupture avec le monde</i>	201
3.1.4 <i>Les contraintes du fonctionnement obsessionnel</i>	202
3.2 L'inversion d'expertise : « penser la négativité du monde »	203
3.2.1 <i>Une pensée marquée par la rupture et le paradoxe, et organisée par la frayeur</i>	203
3.2.2 <i>Description de la négativité du monde</i>	205
3.2.3 <i>La négativité dans son intériorité psychologique</i>	205
3.2.4 <i>La négativité dans son intériorité familiale</i>	206
3.2.5 <i>La négativité dans son intériorité biologique</i>	207
3.2.6 <i>La résistance à la négativité du monde</i>	208
3.2.7 <i>Renverser la négativité du monde</i>	209
3.3 « Une force dans les mains » : un dispositif thérapeutique	211
3.3.1 <i>Fonctionnement des processus thérapeutiques</i>	211
3.3.2 <i>Les mains : un dispositif thérapeutique analogue au magnétisme</i>	212
Conclusion : des mains conçues pour lutter contre la négativité du monde	215
4. Clinique ethnopsychiatrique du passage à l'acte : le cas de Baptiste P.-M., 16 ans	
À la recherche des univers multiples : « la puissance du fétiche ou la fuite devant la malédiction ? »	216
4.1 Le désordre familial de la lignée paternelle : la fuite devant la malédiction	218
4.1.1 <i>Une succession de positions d'extraterritorialité</i>	218
4.1.2 <i>Étiologie du désordre paternel : l'impossibilité du recours aux univers multiples hongrois</i>	221

4.1.3	<i>La migration pour échapper à la malédiction hongroise ?</i>	224
4.2	Le désordre familial de la lignée maternelle : la puissance du fétiche planté dans la terre	226
4.2.1	<i>Les implicites de la migration : la présentification d'un univers multiple</i>	226
4.3	Baptiste, « un enfant-sorcier congolais » ?	231
	Conclusion : fuir pour échapper à la malédiction ou éprouver la puissance du fétiche ?	233
5.	Clinique ethnopsychiatrique de la dépression : le cas de Madame T., 53 ans	
	« Planter un clou dans la terre ? »	234
5.1	L'expertise de Mme T. sur ses troubles dépressifs	235
5.1.1	<i>Une relation clinique conçue comme un levier thérapeutique</i>	235
5.1.2	<i>Une dynamique relationnelle fondée sur la recherche du même et de l'identique</i>	236
5.1.3	<i>Des troubles somatiques : une perception de soi annonciatrice des derniers instants de la vie</i>	237
5.1.4	<i>Étiologie de Mme T. : la fracture d'un groupe de femmes</i>	239
5.2	L'inversion d'expertise : « planter un clou dans la terre ? »	242
5.2.1	<i>La langue : contenant et contenu des étiologies populaires des désordres</i>	242
5.2.2	<i>« Planter un clou ! » : un dispositif thérapeutique contenu dans la langue française</i>	244
5.2.3	<i>L'attaque sorcière : « le crabe »</i>	246
5.2.4	<i>La dépression : l'absence des êtres invisibles</i>	248
	Conclusion : restaurer la « force » eu faveur de la protection du groupe ?	250
CHAPITRE 4	APPROCHE D'INSPIRATION PSYCHANALYTIQUE	255
	Silke Schauder	
1.	Bases théoriques de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique	257
2.	Clinique psychanalytique de la dépression : le cas de Madame T., 53 ans	
	Silke Schauder et Nathalie Meunier	262

2.1	Accès aux soins	263
2.1.1	<i>Le premier entretien</i>	263
2.2	Premières hypothèses concernant le fonctionnement psychique de Mme T.	265
2.2.1	<i>Diagnostic différentiel</i>	266
2.3	Histoire et nature des troubles	269
2.4	Le sens possible des symptômes de Mme T.	271
2.5	Mise en perspective thérapeutique	275
2.5.1	<i>Une mère trop bonne ?</i>	277
2.5.2	<i>Un deuil pathologique ?</i>	277
2.5.3	<i>Une reviviscence du traumatisme de la mort de la mère ?</i>	278
2.5.4	<i>D'autres pistes à explorer</i>	279
	Conclusion	280
3.	Clinique psychanalytique du passage à l'acte : le cas de Baptiste P.-M., 16 ans	280
3.1	Accès aux soins	280
3.2	Premières hypothèses concernant le fonctionnement psychique de Baptiste	282
3.3	Histoire et nature des troubles	282
3.4	Le sens possible des symptômes de Baptiste	285
3.5	Mise en perspective thérapeutique	288
3.5.1	<i>Le travail sur les événements de vie</i>	288
3.5.2	<i>Le travail sur l'identité, le nom et le métissage</i>	290
	Conclusion	293
4.	Clinique psychanalytique des troubles obsessionnels compulsifs : le cas de Monsieur B., 37 ans	294
4.1	Accès aux soins	294
4.2	Premières hypothèses concernant son fonctionnement psychique	295
4.3	Histoire et nature des troubles	297
4.4	Le sens possible des symptômes de Monsieur B.	298
4.4.1	<i>La crainte de la contamination</i>	299
4.4.2	<i>Les phobies d'impulsion</i>	300
4.4.3	<i>Annulation rétroactive et déplacement</i>	302

4.4.4	<i>La pulsion entravée</i>	302
4.4.5	<i>Le rapport de la névrose obsessionnelle à la religion</i>	304
4.4.6	<i>L'homosexualité latente</i>	306
4.5	Mise en perspective thérapeutique	306
	Conclusion	308
5.	Approche d'inspiration psychanalytique du cas de Romain D.	309
5.1	Accès aux soins	309
5.2	Premières hypothèses concernant le fonctionnement psychique de Romain	310
5.3	Histoire et nature des troubles	312
5.4	Le sens possible des symptômes de Romain	314
5.4.1	<i>Les vomissements</i>	314
5.4.2	<i>L'errance à la place du deuil</i>	315
5.4.3	<i>Les jeux vidéo</i>	318
5.4.4	<i>L'affiliation de Romain au style « gothique »</i>	319
5.5	Mises en perspective thérapeutiques	320
5.5.1	<i>Le travail sur les événements de vie</i>	320
	Conclusion	323
	POSTFACE Michel Wawrzyniak	327
	GLOSSAIRES	331
	CONSEILS DE LECTURE	353

À la mémoire de Rodolphe Ghiglione (1941-1999)

Préface

L'ouvrage que Nathalie Duriez, Maryvonne Leclère, Catherine Marion, Nathalie Meunier et Silke Schauder nous proposent paraît à un moment que je considère, pour plusieurs raisons, comme particulier. Tout d'abord, parce que l'étude de cas, longtemps dénigrée, devient « scientifiquement correcte » et apparaît comme indispensable lorsqu'on s'intéresse au processus de changement en psychothérapie. Je signalerai, en même temps, que des progrès au plan statistique permettent, dorénavant, d'inclure les études à cas unique dans des méta-analyses, notamment lors de recherches sur l'efficacité des psychothérapies. Deuxièmement, parce qu'aussi bien en psychopathologie qu'en psychothérapie, domaines caractérisés par l'existence d'une multiplicité d'approches théoriques, l'étude de cas permet de saisir, dans un premier temps, ce qui est *spécifique* à chaque école.

Je rappellerai, ici, une vieille histoire védique racontée par Das (1996)¹. Cinq aveugles de naissance se rencontrent et passent leur temps à bavarder. Tout d'un coup, ils entendent un bruissement provoqué par l'arrivée d'un éléphant qu'évidemment ils ne pouvaient voir. Les cinq hommes s'approchent de la source du bruissement et commencent à toucher les différentes parties du corps de l'éléphant. Le premier toucha le corps et dit qu'il s'agissait d'un mur de boue. Le deuxième toucha une défense et déclara que c'était une lance en ivoire. Si le troisième – qui avait touché la trompe – dit que c'était un python suspendu à un arbre, le quatrième, qui avait empoigné la queue de l'éléphant, déclara que c'était une corde. Enfin, le cinquième toucha une des pattes de l'intrus et dit que c'était un palmier. Face à des constats si différents, les cinq hommes commencèrent à se bagarrer. Ce récit constitue une véritable parabole de la diversité des approches psychothérapeutiques, en nous rappelant que le clinicien (l'aveugle dans ce récit) décrit une réalité qui varie en fonction des indices qu'il utilise sur la base de la théorie à laquelle il adhère.

C'est ce que j'ai réalisé² en reprenant des présentations de cas de dépression faites par des cliniciens d'obédience psychanalytique, cognitiviste, systémique et ethnopsychopathologique : selon le cadre théorique adopté, la description d'un même trouble était différente,

1. Das A.S. (1996), *Vedic Stories from Ancient India*, Borehamwood, Ahimsa.

2. Ionescu S. (2010), *Psychopathologie de l'adulte. Fondements et perspectives*, Paris, Belin.

chaque clinicien mettant en avant des éléments, certes importants, mais qui ne couvraient pas entièrement la complexité de la dépression. De la même manière, Jones-Smith¹ imaginait comment des cliniciens appartenant à dix-sept orientations théoriques différentes aborderaient un même cas, celui d'un adolescent dont la mère est blanche et le père afro-américain, vivant dans une famille monoparentale, présentant des difficultés scolaires et des problèmes de comportement à la maison, souvent impliqué dans des bagarres à l'école, ayant des ennuis avec la justice parce que ses amis avaient volé des objets dans une grande surface, risquant d'être placé dans un établissement thérapeutique situé loin du domicile de sa mère.

L'étude de cas – surtout lorsqu'elle est filmée (ou enregistrée en audio), car ceci permet de saisir ce que fait et dit en réalité le thérapeute – aide, aussi, à déceler ce qu'ont *en commun* des thérapies pratiquées par des cliniciens d'obédiences différentes. C'est ce qui a conduit Brown² et respectivement, Marmor³ à déceler des aspects inattendus dans la pratique de Joseph Wolpe, thérapeute comportementaliste, l'inventeur de la désensibilisation systématique : l'utilisation de la suggestion, la transmission de valeurs, sa relation avec le patient, ses habiletés verbales, son implication personnelle et même... la présence d'un « transfert positif ».

La parution du présent ouvrage se situe, aussi, dans une *période de changements majeurs* dans le domaine auquel il est consacré. La découverte des facteurs communs aux différentes psychothérapies, la multiplication des méthodes, l'inadéquation des théories exclusives, la possibilité d'observer et d'expérimenter des traitements variés, les différences souvent non significatives des effets des différentes psychothérapies ont conduit au mouvement visant leur intégration. Débuté dans les années 1930 – avec les travaux d'Ischlondy, de French et de Kubie (cf. Gold, 1996)⁴ – ce mouvement s'est développé progressivement à travers le rapprochement, la convergence et la combinaison des différentes psychothérapies. Le chemin vers l'intégration est, cependant, long et plein d'embûches. L'effort visant à instaurer un certain ordre dans la diversité chaotique du champ des psychothérapies, tout en gardant les apports

1. Jones-Smith E. (2012), *Theories of Counseling and Psychotherapy. An Integrative Approach*, Thousand Oaks, Sage.

2. Brown B.M. (1967), « Cognitive aspects of Wolpe's behaviour therapy », *American Journal of Psychiatry*, 124(6), 162-167.

3. Marmor J. (1971), « Dynamic psychotherapy and behavior therapy. Are they irreconcilable ? », *Archives of General Psychiatry*, 24, 22-28.

4. Gold J. R. (1996), *Key Concepts in Psychotherapy Integration*, New York, Plenum Press.

riches des grandes écoles, a conduit, déjà, au développement de deux approches qualifiées de multi-théoriques : l'approche transthéorique de Prochaska et DiClemente (2005)¹, qui offre un modèle du changement stadial en thérapie, et l'approche multithéorique de Brooks-Harris (2008)², qui propose un cadre pour comprendre comment les principales approches psychothérapeutiques peuvent opérer une jonction.

Les résistances face aux évolutions mentionnées sont grandes et ont de nombreuses explications. La psychanalyste Joyce McDougall (1988, p. 606)³ en résumait l'essentiel :

« Nous avons besoin de nous assurer qu'il existe un ordre dans le chaos du fonctionnement psychique et qu'il y a des théories pour expliquer les changements psychiques. De plus, nos théories nous aident à faire face aux inconnues de la situation clinique ainsi qu'à nous prémunir contre la solitude qui est la nôtre dans cette situation à deux. En nous attachant à une école théorique, nous faisons partie d'une famille, nous sommes moins seuls face à des incertitudes qui nous assaillent tous les jours. »

Élaboré par des cliniciennes dont quatre sont, en même temps, enseignantes et chercheurs, cet ouvrage, très didactique, marque un moment important dans l'évolution du champ des psychothérapies en France. Excellente source d'informations, il stimule, dans un climat apaisé, la réflexion sur des pratiques ayant des référentiels théoriques différents.

Serban Ionescu⁴

1. Prochaska J.O. et DiClemente C.C. (2005), « The transtheoretical approach », in J. C. Norcross et M.R. Goldfried (éd.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2^e éd.), p. 147-171.

2. Brooks-Harris J.E. (2008), *Integrative multitheoretical psychotherapy*, New York, Houghton Mifflin.

3. McDougall J. (1988), « Quelles valeurs pour la psychanalyse ? », *Revue française de psychanalyse*, 52(3), 585-612.

4. Psychiatre et psychologue, professeur émérite de psychopathologie, Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis, Université du Québec à Trois-Rivières.

Introduction¹

« Naturellement, un cas unique ne renseigne pas sur tout ce que l'on voudrait savoir. Plus exactement, il pourrait tout enseigner pour autant qu'on fût en état de tout comprendre et qu'on ne fût contraint, par inexpérience de sa propre perception, de se contenter de peu. »

Sigmund FREUD (1918)².

Élaboré par cinq psychologues cliniciennes – Nathalie Duriez, Maryvonne Leclère, Catherine Marion, Nathalie Meunier et moi-même – cet ouvrage présente quatre études de cas qui seront abordés à l'aide de quatre référentiels théoriques différents. Ainsi, la thérapie familiale systémique, la thérapie cognitivo-comportementale, l'ethnopsychiatrie et la psychothérapie d'inspiration psychanalytique seront mobilisées tour à tour pour présenter, analyser, comprendre les études de cas, dont deux ont été choisies dans la clinique adolescente et deux dans la clinique adulte. Nathalie Duriez présente le cas de Baptiste T.-M., jeune prédélinquant vu en thérapie systémique familiale. Maryvonne Leclère expose le cas de Monsieur B. dont les troubles obsessionnels compulsifs sont soignés par une thérapie cognitivo-comportementale. Catherine Marion applique la méthodologie ethnopsychiatrique au cas de Romain D., souffrant de phobie scolaire et d'un deuil compliqué. Nathalie Meunier et moi-même discutons le cas de Mme T. qui, dépressive, suit une thérapie d'inspiration psychanalytique. Chaque cas sera vu à travers les quatre prismes théorico-cliniques qu'offrent les approches retenues. Ainsi, notre démarche s'inscrit dans une double thématique, l'étude de cas d'une part, et le dialogue entre différentes approches thérapeutiques d'autre part. En guise d'introduction à notre ouvrage, approfondissons brièvement ces deux aspects.

L'étude de cas

L'intérêt paradigmatique, heuristique et pédagogique de l'étude de cas a été amplement démontré par, entre autres, Widlöcher (1990), Stiles (2004) et Chartier (2009). En remplaçant l'étude de cas dans sa dimension

1. Les auteurs remercient leurs collègues Magali Molinié et Dominique Baqué, pour leur relecture du manuscrit.

2. Freud S. (1918), *Remarques préliminaires, Extrait de l'histoire d'une névrose infantile : L'Homme aux loups*, Paris, PUF.

historique, avec les recherches de Claude Bernard et de Sigmund Freud, ces auteurs font apparaître deux de ses dimensions essentielles : l'exemplarité et le paradoxe, apparent, de la preuve administrée à partir du cas unique. Il ressort des différents débats que le cas est indissociable du référentiel théorique qui l'a produit. Ainsi, le cas ne saurait préexister aux concepts qui ont participé intimement à sa construction et en conditionnent la saisie. Dans son Prologue *Vers une clinique de l'étude de cas à partir de la casuistique psychanalytique*, Chartier (2009) précise :

« Le but de toute étude de cas, comme celui des monographies freudiennes, n'est pas de rapporter des faits exacts, mais de chercher à illustrer l'expression de telle ou telle construction théorique [et je rajouterai, méthodologique] préalablement élaborée¹. »

Dans notre ouvrage, nous proposons de moduler quelque peu cette dynamique : il ne sera pas question de nous servir d'un cas pour illustrer la théorie, mais de nous laisser enseigner la théorie *par* le cas. En favorisant un va-et-vient théorico-clinique permanent, nous ne viserons pas à produire des faits « exacts », mais chercherons à faire apparaître en quoi ils sont, justement, « faits », dépendant tant du référentiel théorique que de la méthode psychothérapeutique choisie.

En examinant les conditions même de la scientificité de l'étude de cas, Stiles (2004) précise :

« Contrairement à la recherche armée par des batteries de tests statistiques, l'étude de cas véhicule des résultats qui s'expriment en mots plutôt qu'en chiffres, transmet l'empathie et la compréhension subjective plutôt qu'une analyse froide et détachée, situe les données dans un contexte individualisé plutôt que dans la sphère des valeurs absolues, cherche à bâtir de bons exemples plutôt que des échantillons représentatifs et parfois vise à responsabiliser le patient plutôt que de simplement l'observer². »

Ce sont les valeurs essentielles d'une clinique au plus près du sujet, de sa singularité et de son unicité irréductibles que l'étude de cas permet de défendre, tout en offrant des éléments de réflexion sur des invariants du fonctionnement psychique. Et Passeron et Revel (2005) de souligner :

1. Chartier J.-P. (2009), « Vers une clinique de l'étude de cas à partir de la casuistique psychanalytique, Prologue », in Castro D. (éd.) (2009), *9 études de cas en clinique projective adulte*, Paris, Dunod, p. xvii.

2. Cité d'après Castro (dir., 2009), « Introduction », in *9 études de cas en clinique projective adulte*, Paris, Dunod, p. 1.

« Si la pensée par cas a longtemps été sous-estimée, c'est parce qu'elle dérogeait à l'exigence majeure d'unification, d'homogénéisation et de formalisation de l'argumentation, qui semblaient les canons de toute science véritable. Aussi bien sa réhabilitation méthodologique est-elle récente, contemporaine de la remise en cause des paradigmes naturalistes et logicistes en sciences humaines¹. »

Rappelons qu'il existe de nombreux ouvrages de référence qui proposent d'illustrer la complexité de la clinique par l'étude de cas. Pour la plupart, ils adoptent une perspective issue de la métapsychologie freudienne. Citons, à titre d'exemple, Dumet et Ménéchal (2004-2008) qui étudient *15 cas cliniques en psychopathologie de l'adulte* tels que les problématiques narcissiques, l'hystérie ou la schizophrénie en proposant, au-delà du seul diagnostic symptomatique, une méthode clinique basée sur les caractéristiques structurales de la personnalité.

Dans *Psychologie clinique, Approche psychanalytique*, Sechaud et al. (2005) étudient les différents temps de la clinique psychodynamique comprenant notamment la clinique du bébé, de l'enfant, de l'adolescent, de la prime parentalité, du vieillissement, du groupe et de l'interculturalité.

Chouvier (2008) expose *5 cas cliniques en psychopathologie de l'enfant* dont la phobie, les pathologies de l'attachement, les troubles du sommeil et l'hyperactivité en recourant, dans la relation clinique, essentiellement aux techniques de médiation.

Castro (dir., 2009) propose *9 études de cas en clinique projective adulte*, étayé sur des protocoles Rorschach et TAT et l'évaluation thérapeutique de Stephen Finn². Différents tableaux psychopathologiques, y compris dans les domaines de la psychologie des affections somatiques, la psychologie des affections mentales et la psychologie de la précarité, sont présentés selon les perspectives théoriques psycho-dynamique, cognitivo-comportementale et intégrative. De même, les auteurs montrent comment l'étude de cas peut devenir un véritable outil de formation et de recherche.

Sous la direction de François Marty, ont paru *Psychopathologie de l'adulte : 10 cas cliniques* (2009), *Psychopathologie de l'enfant : 10 cas cliniques* (2010) et *Psychopathologie de l'adolescent : 10 cas cliniques* (2011). Illustrant les fondamentaux en psychopathologie à travers les tableaux cliniques les plus fréquents, les trois ouvrages montrent pas à pas la

1. Passeron J.-C. et Revel J. (dir., 2005), *Penser par cas*, Paris, Éditions de l'EHESS.

2. On lira avec profit l'introduction de Dana Castro (2009, *op. cit.*) à son ouvrage, *Quelques considérations sur l'étude de cas*, p. 1-8.

construction de la relation clinique, de l'observation au diagnostic et des premiers entretiens à l'indication de traitement.

Enfin, pour Dana Castro (dir., 2009),

« les études de cas ont un rôle majeur dans le développement des pratiques psychologiques et dans la formation des praticiens. Car, en effet, elles agissent comme des puissants médiateurs entre la pratique de la psychologie clinique et les aspects théoriques de la discipline. Et à travers la présentation d'une étude de cas, le praticien explique, comment, à sa manière personnelle, il/elle lie sur le terrain de ses interventions modèles conceptuels et modalités d'intervention¹ ».

En acceptant dans cet ouvrage de confronter nos pratiques, de les décrire et de les articuler à différentes situations cliniques, nous tentons de concrétiser, dans un but pédagogique, la réflexion sur l'étude de cas. Ainsi, nous avons fait nôtre la posture qu'ont énoncée si élégamment Passeron et Revel (2005) : « [...] il s'agit de penser par cas et non de penser le cas, de raisonner à partir de singularités et non à propos de singularités. »

Si nos référentiels théoriques diffèrent sur de nombreux points – épistémologique, étiologique, technique, etc. – ils ont en commun le respect inconditionnel de la parole du patient, l'attention portée à la singularité de sa trajectoire, la confiance en son potentiel évolutif et le décentrement par rapport à son symptôme. Même si, pour des facilités de lecture, le symptôme a été choisi pour intituler les différentes études de cas, il est évident qu'il ne s'agit ni d'une approche purement symptomatique ni d'une réduction du patient à son symptôme². De même, le diagnostic est seulement mis en perspective, devant faire l'objet d'un examen plus approfondi et d'une révision critique en fonction des nouveaux éléments et de l'évolution du patient.

Ainsi, nous espérons contribuer à travers cet ouvrage à la réouverture du débat sur l'étude de cas. D'après Passeron et Revel (2005), « deux traits caractérisent un cas : la singularité, et l'utilisation du récit pour décrire cette singularité et préciser son contexte d'apparition ». C'est ainsi que chaque clinicienne a construit et reconstruit les cas en un récit différent, dont la trame narrative est donnée par son référentiel théorique qui étaye sa pratique. À l'instar d'une variation musicale sur un thème, chaque cas a pour ainsi dire été traduit dans une terminologie spécifique, propre à

1. Castro (dir., 2009), *op. cit.*, p. 2.

2. D'autant plus que différentes évolutions thérapeutiques nous enseignent que certains patients, tout en ayant gardé leur symptôme, s'estiment améliorés. D'autres, tout en l'ayant perdu, peuvent aller plus mal qu'avant ou « fuir dans la santé » selon la jolie formule de Daniel Lagache (1903-1972).