

CHAPITRE 6

INTÉGRATION DES INFORMATIONS

Si l'interprétation des données brutes est une étape essentielle mais délicate du processus de jugement clinique, il en est de même pour l'intégration de ces interprétations. Qu'elle soit transversale ou à l'intérieur même d'une procédure, l'intégration est indispensable à la notion de diagnostic psychologique.

Ce chapitre a pour fonction d'élaborer une méthodologie d'intégration qui soit applicable quel que soit le cadre théorique dans lequel se place le clinicien. Il vise à décrire les procédures réalisées par le psychologue pour aboutir à une intégration raisonnée avec une exigence de qualité.

Dans un premier temps, nous décrirons les différents types d'informations disponibles en fonction des situations envisagées dans le cadre des procédures. Dans un deuxième temps, le rôle de la théorie dans le processus d'intégration sera envisagé. Étant donné la diversité des théories et des situations, nous proposerons ensuite une stratégie et une méthode pour l'intégration des données de l'examen.

SECTION 1. DIFFÉRENTES SITUATIONS POUR OBTENIR DIFFÉRENTES INFORMATIONS

Certains des noms et étiquettes généralement utilisés pour décrire les caractéristiques d'un individu se réfèrent en fait à des qualités internes dont on suppose qu'elles sont stables, même quand le sujet est placé dans des situations différentes. Les psychologues et les spécialistes du comportement utilisent souvent la distinction entre les « traits » psychologiques et les « états ». Les traits sont des caractéristiques ou des conduites

qui sont à peu près stables, et concernent le long cours : ils sont donc généralisables à différentes situations et diverses exigences situationnelles. Les états, eux, sont des réactions induites par des situations, ou des qualités transitoires. Bien que les réactions qui relèvent de l'état puissent être affectées par celles qui relèvent du trait, elles sont moins stables et se modifient en fonction des changements environnementaux ou de l'actualité des sujets.

La plupart des aspects qui décrivent le vécu humain relèvent à la fois du trait et de l'état. Des termes comme ceux de « personnalité » ou « d'intelligence » sont utilisés pour décrire un phénomène caractérisé par une certaine stabilité (trait), alors que les termes « aigu », « détresse », ou encore « défense » sont davantage caractérisés par l'état. Lorsque les cliniciens se posent la question des différences entre le fonctionnement actuel de la personne et son fonctionnement habituel, ils sont davantage intéressés par l'état. À l'inverse, une discussion autour du rapport entre les niveaux de performance du sujet et les valeurs normatives se réfère plus à une interrogation sur le trait. Ainsi, une tâche majeure du praticien est de déterminer les caractéristiques qui sont de l'ordre du trait et celles qui sont de l'ordre de l'état. Méthodologiquement cela pose des problèmes importants que nous ne pouvons soulever ici (cf. Chmura Kraemer *et al.*, 1994) : déterminer des méthodes pour définir clairement et de manière opérationnelle le trait et l'état est un travail délicat. Mais c'est finalement ce qui donne son sens aux réponses que l'on peut donner aux questions sur le diagnostic, l'étiologie, le pronostic, le traitement et l'évaluation du trouble fonctionnel, qui sont l'objet même du diagnostic psychologique.

Le diagnostic psychologique est fondé sur l'utilisation (au moins en partie) de contextes considérés comme des échantillons de situations que l'on peut trouver à l'extérieur de la situation d'examen, dans la vie quotidienne (Beutler & Rosner, 1995). Cette « ressemblance » entre l'univers plus ou moins structuré de nos procédures et les situations de la vie quotidienne est la base de l'interprétation des procédures et des prédictions qui sont élaborées : les conduites des personnes lors de l'examen seraient révélatrices de leurs conduites en dehors de la situation d'examen.

Néanmoins, un échantillon unique de conduites dans une situation contrôlée ne peut représenter la diversité du mode de réaction des individus dans la vie réelle. C'est pourquoi nous avons mis l'accent sur la diversité des procédures utilisées pour élaborer le diagnostic psychologique. Ces procédures font appel à des caractéristiques variées des situations ; nous souhaitons généraliser les conduites des personnes face à ces caractéristiques. Une interprétation intégrative des données issues de l'exa-

men psychologique doit rendre compte de la diversité des observations faites sur les conduites des personnes, d'une part à l'intérieur des situations contrôlées de l'examen, d'autre part en mettant en relation les conduites observées dans les différentes situations.

L'intérêt de ces situations contrôlées (par rapport aux situations réelles) est qu'elles peuvent être standardisées ; autrement dit, les conduites d'une personne peuvent y être repérées et quand elles diffèrent à la fois entre individus et chez un même individu (d'un moment à un autre par exemple), les différences repérées peuvent être logiquement attribuées à la présence de traits ou états personnels.

LES SITUATIONS CONTRÔLÉES

Les situations contrôlées que sont les procédures qui ont été sélectionnées par le clinicien ont chacune des exigences spécifiques : ces exigences sont les règles qui déterminent ce que doit faire la personne dans la situation. La manipulation de ces situations contrôlées peut être rapprochée de la manipulation d'une variable indépendante dans une procédure expérimentale, parce que le clinicien manipule systématiquement ces situations contrôlées en fonction de leurs exigences.

Les différentes exigences des situations ont comme objet de provoquer des modes de réponses différents : certaines caractéristiques vont demander à la personne de penser, et donc fournir des informations sur ses processus cognitifs, d'autres vont fournir des informations sur le fonctionnement émotionnel et les conduites interpersonnelles. Les conduites observées en réponse à ces caractéristiques des situations peuvent donner lieu à des analyses diverses. Une des façons de penser ces réponses est de les organiser en fonction du domaine de l'activité psychique visée (plus ou moins explicitement) par la situation contrôlée (la procédure ou le test). Ce qui fait l'objet de l'interprétation et de l'intégration, ce sont les variations des conduites de chaque domaine de l'activité psychique et pour chaque situation en question. Les observations et les mesures des conduites peuvent donc être considérées comme des variables dépendantes.

La généralisation des données observées dans les situations contrôlées que sont les procédures et les tests repose sur deux postulats fondamentaux : d'une part les variations des exigences des situations reprennent des aspects structuraux des situations de la vie réelle, d'autre part, les conduites observées ont des caractéristiques qui sont révélatrices (soit parce qu'elles en sont des échantillons, soit parce qu'elles en sont des symboles) des conduites susceptibles d'être adoptées par les personnes

dans la vie quotidienne. Il y a donc deux niveaux de généralisation : la généralisation au niveau du stimulus, la généralisation au niveau de la réponse, ainsi que le développent Beutler et Berren (1995). Alors que la généralisation du stimulus est basée sur la relation étroite entre la situation contrôlée et la vie quotidienne, la généralisation des réponses est basée sur la relation étroite entre les conduites du sujet et celles qu'il pourrait adopter à l'extérieur de la situation d'examen. On peut considérer que la valeur du diagnostic psychologique dépend en grande partie de la capacité du clinicien à établir ces relations, de manière explicite ou non.

CARACTÉRISTIQUES STRUCTURELLES DE CES SITUATIONS

On peut envisager de multiples dimensions qui permettent de différencier les sollicitations des contextes que sont les procédures utilisées pour le diagnostic psychologique. Trois caractéristiques semblent centrales.

154

Le degré de structuration des situations

Les procédures d'examen varient en fonction du degré de structuration offert au sujet. Les niveaux de structuration élevés sont assurés par des consignes ou des formats de réponse qui, soit limitent le nombre de réponses possibles, soit identifient les réponses comme bonnes ou mauvaises. C'est le cas par exemple, du choix entre « vrai » et « faux » au MMPI-2 et du format des questions ouvertes de la WAIS III. Une structuration élevée ne permet pas à la personne d'organiser ou d'ordonner la situation. L'objectif n'est pas d'attribuer un sens au matériel présenté dans la procédure. Dans ce cas, il y a peu d'ambiguïté dans ce que souhaite le clinicien. En effet, il y a une exigence de précision dans les deux exemples précédents. Les conduites observées grâce à ces situations « structurées » incluent notamment : l'efficacité dans l'accès à l'information, la précision des connaissances factuelles, les compétences d'observation, ou encore certaines dispositions de l'individu.

Au contraire, les tâches ambiguës exigent la construction et la sélection des réponses dans un contexte d'absence relative d'information. Les méthodes utilisées pour introduire de l'ambiguïté dans un examen reposent sur un flou volontaire à propos de la nature ou du nombre de réponses attendu, ou intègrent des consignes qui manquent de spécificité. Les caractéristiques personnelles les plus saillantes et les plus observables dans ces contextes sont la précision et la qualité des procédures de résolution de problème. Quand un individu est

confronté à l'ambiguïté de cette façon, il est aussi probable que ses conduites soient le reflet de la projection. Ce terme est envisagé comme un processus hypothétique, dont on fait l'inférence chaque fois qu'un sens est attribué à une « situation » ambiguë. Ce sens attribué est supposé refléter les caractéristiques personnelles de l'individu plutôt que celles de l'environnement, de la situation ou de la procédure (Weiner, 1998, p. 79-104). Ainsi, la théorie de la projection avance que lorsque la structuration est faible, les personnes attribuent des aspects de leur vécu personnel aux stimuli ambigus.

Centration sur le vécu personnel ou sur le comportement

Une deuxième dimension sur laquelle les procédures utilisées varient est celle de la nature du vécu sollicité par les situations. Ainsi, un clinicien pourra demander au patient de décrire ou révéler ses expériences internes, ou de se centrer sur des événements observables, plutôt externes : les procédures sont plus ou moins centrées sur les données « objectives » ou « subjectives ». Par exemple, pour recueillir des données « objectives », on emploie en général des observations directes de comportement ou d'échantillon de comportement, sous la forme d'auto-descriptions ou de description par des personnes de l'entourage. Certains outils font appel à ce type d'auto-description, comme le MMPI-2 ou des échelles portant sur les symptômes (BDI, Beck Depression Inventory par exemple). À l'inverse, pour recueillir des données « subjectives », on doit faire appel aux auto-descriptions non de comportements, mais de vécu subjectif, ou encore à des observations de comportements censés être des expressions symboliques du vécu intime des personnes. De ce point de vue, la WAIS III et le Rorschach font appel au vécu subjectif.

155

La plupart des procédures censées explorer la personnalité font appel à différents degrés de subjectivité. Ainsi, les traits de personnalité sont non seulement considérés comme opérants dans différents contextes, mais aussi comme responsables de la façon dont les vécus subjectifs sont mis en acte dans les comportements « objectifs ». Ainsi, le MMPI-2 inclut-il des questions portant sur le comportement (item 83, par exemple) et sur la conscience de certains états internes (item 11, par exemple). De même, les entretiens cliniques explorent les deux facettes.

Degré d'anxiété

Une troisième dimension sur laquelle les procédures varient entre elles est le niveau d'anxiété qu'elles génèrent chez la personne évaluée. Nous développerons ici brièvement trois moyens utilisés pour faire varier cette dimension.

Premièrement, une façon d'induire un stress particulier est d'utiliser des procédures plus ou moins directives. Ici, on fait référence à la distribution du contrôle entre le clinicien et la personne, contrôle qui s'exerce sur les actions à venir de la personne examinée. Certaines procédures impliquent davantage de contrôle de la part du clinicien. Les procédures relativement non contrôlées sont par exemple les entretiens non structurés et les situations où l'on demande au sujet d'associer librement (c'est le cas de certains dessins projectifs). Le degré de structuration va souvent de pair avec le degré de contrôle. Il existe toutefois des procédures qui ont des niveaux faibles de structuration et qui peuvent malgré tout être très directives : c'est le cas du Rorschach. D'autres procédures sont très structurées, mais très peu directives : c'est le cas des phrases à compléter (cf. Fenigstein, Scheier & Buss, 1975), ou du test de frustration de Rosenzweig (1978). Ce qui est particulièrement intéressant, c'est que la réaction du sujet au degré de directivité donne des indications sur sa volonté d'adhérer aux exigences de traitement, ou à l'inverse, de résister à certains traitements plus directifs. Ce point a donc des implications directes en terme d'intervention et de relation thérapeutique. Une faible tolérance au contrôle externe peut se manifester par de la défiance, de la méfiance ou de l'opposition. Une tolérance élevée au contrôle peut se manifester par une adhésion au traitement, voire des efforts constants pour plaire au clinicien.

Les domaines d'activité particulièrement sollicités par la directivité sont de deux types. D'une part, la capacité du patient à dépasser ou gérer ses tendances impulsives par ses capacités de contrôle cognitif. D'autre part, la capacité du patient à gérer des exigences cognitives contradictoires (par exemple si l'on met l'accent à la fois sur la qualité du travail et la rapidité d'exécution).

Deuxièmement, les procédures se différencient également entre elles par le niveau d'anxiété liée à ce qu'on pourrait appeler l'implication interpersonnelle. La variation du contexte interpersonnel dans un examen permet d'observer des conduites qui révèlent la sensibilité dans les situations sociales, la capacité à s'impliquer émotionnellement avec les autres, etc. Les procédures qui présentent des consignes écrites et qui peuvent être réalisées seules sont susceptibles d'être moins dérangeantes ou moins problématiques pour certains. Dans des environnements divers de ce point de vue, un patient qui est sensible aux relations interpersonnelles est susceptible de produire des réponses différentes, voire contradictoires. C'est un point très important pour l'intégration des données lorsque celles-ci divergent.

Troisièmement, les procédures peuvent également présenter des conflits ou des contradictions difficilement conciliables. Ce type de

situations demande au sujet de faire des choix, de prendre des décisions difficiles : les consignes sont typiquement contradictoires et exigent de la personne qu'elle arbitre entre ses désirs et les contraintes. Ici, les interprétations se centrent sur la tendance du sujet à déraiper dans l'exercice de l'activité cognitive d'organisation, de planification, etc. Les situations de ce type sont particulièrement utiles pour savoir si la personne peut utiliser certaines ressources cognitives pour gérer la frustration sans effet majeur sur la qualité de l'organisation des processus de résolution de problème et de prise de décision.

Ainsi, les exigences des procédures diffèrent en fonction du degré d'anxiété sollicitée. Mais d'un certain point de vue, toutes se basent sur la tolérance au stress : il est toujours intéressant pour le clinicien de déterminer si le sujet peut maintenir un niveau acceptable de fonctionnement lorsqu'il est dans une situation plus exigeante. Plusieurs indices peuvent indiquer des difficultés sur ce point, et cela quelle que soit l'épreuve ou la procédure envisagée : un nombre de réponses « conventionnelles » réduit, des réponses régressives, inhabituelles ou immatures en plus grand nombre, une certaine impulsivité et davantage de réponses chargées affectivement. Ces indices suggèrent que la personne a des difficultés à maintenir un fonctionnement souple lorsqu'elle est confrontée à des sollicitations émotionnelles.

SECTION 2. UTILITÉ DES THÉORIES POUR L'INTÉGRATION

Deux aspects fondamentaux guident l'intégration des données : le modèle théorique du clinicien et la demande d'examen. Dans la pratique, il est probable que ces deux aspects représentent des pôles entre lesquels le clinicien oscille, chacun structurant fortement la façon dont les résultats (interprétation des données brutes) seront intégrés. Nous avons déjà vu à quel point la théorie pouvait être importante dans la traduction des données brutes en interprétations. Lorsque nous parlons de « théorie » ici, il ne s'agit plus seulement du prisme à travers lequel les informations sont saisies, mais bien d'une théorie intégrative qui offre la possibilité d'articuler les interprétations pour tracer le portrait d'une personne. Il s'agit d'inférences plus hypothétiques, dont il est néanmoins possible de juger la validité.

On peut penser l'examen psychologique comme un processus d'observation systématique de patterns comportementaux et de changements des conduites repérées dans des situations variées. Or, tous les comportements et toutes les situations ne peuvent être systématiquement observés : c'est pourquoi, dans l'examen psychologique, on peut supposer

qu'il existe un nombre fini de dimensions sur lesquelles les personnes peuvent être décrites ou comparées. Ce sont ces dimensions ou concepts, et les relations qui les unissent, qui forment le modèle théorique intégratif utilisé (voir par exemple Exner, 2000).

Utiliser un modèle théorique spécifique à ce niveau présente deux avantages. Le premier permet de réduire la redondance éventuelle et la confusion possible quand on fait appel à des théories diverses. Le second rend certainement beaucoup plus simple la communication des données en précisant l'importance relative des interprétations, par exemple des conflits et des réactions adaptatives des personnes.

Toutefois, en raison de la diversité des professionnels qui risquent d'avoir accès au diagnostic psychologique (et la diversité de leurs modèles de référence), la formulation de celui-ci doit privilégier la flexibilité et la proximité avec les données, de manière à ce que celles-ci soient transposables dans d'autres univers théoriques (Chapitre 4). C'est un des gros défis du diagnostic psychologique, qui place le praticien dans une position où des tensions contradictoires s'exercent (observation versus théorie, description versus explication, etc.).

Nous présentons ici deux grandes options théoriques pour l'intégration des données, qui nous semblent refléter les pratiques actuelles en matière de diagnostic psychologique, allant de formulations psychodynamiques à des formulations dispositionnelles-descriptives. Ces options varient fortement en fonction de leur degré d'abstraction. Par cette présentation, nous souhaitons montrer qu'il est possible de classer les activités humaines d'une manière transversale, qui dépasse les clivages théoriques existants. Cette classification permettrait d'intégrer des interprétations, sans forcément préjuger de la théorie spécifique utilisée pour formuler l'intégration, en offrant principalement une grille d'analyse (cf. *infra*).

L'adoption d'un système théorique doit être basée sur sa capacité à aider la formulation d'une image unifiée de la personne, ainsi que son ouverture, c'est-à-dire sa flexibilité et le fait de pouvoir traduire l'intégration dans d'autres contextes théoriques : en clinique, le pouvoir de communication d'un modèle est fondamental.

FORMULATIONS PSYCHODYNAMIQUES

Les théories et les concepts psychanalytiques composent le centre des formulations psychodynamiques modernes. Ces formulations distinguent clairement des facteurs de causalité et des conséquences, et généralement considèrent les comportements comme des symboles ou des marqueurs d'états internes. Les problèmes sont ainsi expliqués par des processus internes plutôt que par l'exigence des situations ou de l'en-

vironnement actuel. Ces variables causales internes sont inférées à partir de l'intégration entre principes théoriques et conduites provoquées lors de l'examen ou de la situation d'observation (Widlöcher, 1996).

Il n'est pas dans notre propos de présenter ici les grandes lignes des théories psychanalytiques, mais plutôt de reprendre deux concepts fondamentaux des approches psychodynamiques : d'une part les formulations de conflit intra-psychique, qui depuis Luborsky sont liées aux relations interpersonnelles (Luborsky, 1996) ; d'autre part les formulations portant sur les défenses, qui depuis les années 50-60 sont liées à l'adaptation et aux modalités de faire face (Vaillant, 1977, 1992).

En ce qui concerne le conflit, il est traditionnellement envisagé comme le vécu d'exigences internes contraires, par exemple entre désir et défense, ou entre différents systèmes d'attitudes, ou encore entre des désirs contradictoires, etc. Le conflit est une notion centrale à la théorie des névroses : ce concept est donc particulièrement heuristique dans certains contextes cliniques. Le produit des conflits est en général un ressenti négatif, qui est géré d'une manière ou d'une autre par l'individu (par exemple, par le refoulement).

Habituellement les conflits les plus prégnants chez les personnes en difficulté concernent les problématiques de la dépendance, de l'hostilité, ou encore de la sexualité. Pour la dépendance, il est important d'aborder la force des désirs, les rôles typiques qui sont joués avec les autres, et les relations significatives passées ou présentes. Dans quel sens la personne se défend-elle contre des sentiments de dépendance ? Cette évaluation pourrait inclure une discussion sur les mécanismes de défense, les pensées, les comportements, les sentiments ou les réponses somatiques, en relation avec la problématique de la dépendance. L'intensité relative de l'hostilité est également un facteur de conflit intra-psychique. L'expression de l'hostilité est-elle indirecte, ou est-elle directe sous la forme soit de critiques verbales ou de comportement agressifs ou prédateurs ? (cf. Meloy, 2000). L'expression de l'hostilité indirecte peut être le résultat de peurs comme la crainte de perte d'amour, la crainte de représailles, ou encore la culpabilité. Quand la personne ressent effectivement de la colère, quelles sont ses défenses contre ce ressenti ? Par exemple, certains patients vont exprimer des comportements opposés, y compris une inquiétude exagérée pour les autres. D'autres vont intérioriser leur colère et ressentent des maux de tête ou des douleurs qui ont une fonction d'auto-sanction pour avoir eu des sentiments agressifs. Les personnes peuvent aussi s'adapter par le biais d'une méfiance exacerbée envers les autres, qui provient d'un déni du ressenti de cette colère et de son attribution à l'autre. Les préoccupations concernant la sexualité sont aussi un facteur de conflit psychique majeur. L'exploration de ce thème passe en général par une analyse de l'intensité des désirs et du degré d'anxiété associé à l'expression de ces désirs. La personne réprime-t-

elle ses désirs parce que cette activité est associée à la saleté, ou est-elle anxieuse en pensant aux conséquences éventuelles, ou encore associe-t-elle la sexualité à l'agressivité ? Les défenses contre la sexualité peuvent être pensées de la même manière que les défenses contre l'hostilité : par exemple, mettre en œuvre des comportements contraires (comme une religiosité extrême ou l'abstinence), ou dénier ces tendances et les attribuer aux autres, etc.

Les formulations modernes du conflit sont issues de cette tradition, mais sont exploitables de différents points de vue théoriques. Dans le cas de la méthode de Luborsky (1996), une procédure systématique a été mise au point pour évaluer le thème conflictuel relationnel central (*Core Conflictual Relationship Theme method*). Elle comprend une analyse clinique de l'histoire relationnelle des personnes avec les personnes-clés de l'entourage. De cette analyse, le clinicien déduit trois caractéristiques au sein des relations : les désirs, les attentes de réaction des autres, les conduites du patient résultant de ces désirs et attentes. Parmi les désirs, on peut trouver l'affirmation, la soumission, la gratification sexuelle, l'acceptation, le désir d'être choyé, l'exercice du contrôle, etc. Parmi les anticipations de la réponse des autres, on trouve la domination, le soutien, l'exploitation, le respect, le retrait, l'affection, la compréhension, la dépendance, le malentendu, etc. Enfin, parmi les conduites adoptées par les patients, Luborsky signale surtout le désarroi, la dépendance, la colère, la joie, l'anxiété, la dépression, la jalousie, la confusion, la frustration, l'atteinte narcissique, etc. Si des patterns sont particulièrement persistants et stables à travers les relations considérées, ils sont censés représenter des problèmes d'ajustement profonds (traits) plutôt que des réactions transitoires ou dépendantes des situations (états).

Cette formulation des conflits a pour effet de permettre l'identification des conflits, l'évaluation de leur puissance relative, leur influence possible, et elle propose également une explication hypothétique des problèmes du patient.

On pourra trouver des formulations du type :

« Dans des relations moins intimes, les conflits vécus par Éric prennent une forme différente. Dans les relations professionnelles ou amicales par exemple, Éric éprouve des désirs davantage centrés sur la reconnaissance sociale que sur la nécessité d'être aimé. Des conflits peuvent apparaître quand ces désirs ne sont pas satisfaits dans ces contextes sociaux. Dans ces conditions, Éric aura un sentiment d'injustice plutôt que celui d'être abandonné ou privé d'amour, et cela pourra donner lieu à des ressentis de colère et d'irritation plus ou moins conscients ».

Le fonctionnement défensif et les modalités adaptatives sont étroitement liés à la problématique du conflit. En ce sens, les théories psychodynamiques permettent une centration sur les procédures mises en place par les personnes pour gérer les difficultés, c'est-à-dire sur les réactions des personnes. Il s'agit souvent de jugements sur la façon de gérer certains conflits, ou encore de modes de faire face habituels, par exemple le recours à l'intellectualisation pour mettre à distance les émotions. En ce qui concerne la gestion de conflits spécifiques, on développera des formulations du type :

« Les données obtenues convergent dans le sens d'un certain type de somatisation. M. Pillard est un homme qui a travaillé dur et a toujours été fier de ce qu'il a accompli. Il a toujours eu confiance en lui au point que cela l'a amené à réaliser beaucoup de choses. M. Pillard considère qu'il sera récompensé à hauteur des efforts réalisés. Il est susceptible d'être particulièrement perturbé par la maladie parce qu'elle remet en question l'image qu'il a de son rôle de personne forte et responsable. Dans cette logique, M. Pillard n'a pas mis au point d'autre façon de gérer les difficultés que d'agir directement sur les situations. Il ne s'autorise pas à pleurer ou à céder à la tristesse. C'est pourquoi il attribue toute sa détresse à ses difficultés physiques. Auparavant, il aurait fait passer sa douleur après son travail, mais maintenant la douleur s'exprime et elle est vécue intensément. M. Pillard ressent qu'il n'est plus à la hauteur de l'idée qu'il a de lui, de ce qu'il « doit être ». Les symptômes ressentis et l'incapacité physique lui offrent une possibilité honorable de soulagement. Cette réaction n'est pas une simulation de symptômes car la douleur est réelle. »

LOGIQUES BIOSOCIALES ET DESCRIPTIVES

Les théories biosociales interprètent les symptômes, les troubles et les conduites de manière générale, comme le reflet des interactions entre les dispositions du sujet et l'environnement. Bien que certaines fassent appel à des désirs ou des tendances hypothétiques, la plupart sont plutôt descriptives et résolument moins abstraites que les théories psychodynamiques : les interprétations et les mises en lien qu'elles suggèrent nécessitent beaucoup moins d'adhésion aux soubassements ou postulats théoriques. Plusieurs théories coexistent à ce niveau et se différencient sur l'influence respective du biologique ou de l'environnement. Les théories du tempérament, comme celle de Cloninger (1987), se veulent basées sur des hypothèses psychobiologiques (voir une revue dans Jouvent & Ammar, 1994). Du côté social, une des théories les plus riches et les plus prometteuses est celle de Millon (1969, 1985). Millon conceptualise les patterns de personnalité comme le produit d'une interaction de deux dimensions majeures. La première est une description catégorielle des renforcements (qui sont le produit des dispositions et de la socialisation).

En fonction du poids relatif qu'elle donne à la dépendance ou à l'autonomie, la personne peut être classée dans quatre catégories différentes. La seconde dimension est descriptive et basée sur une détermination de la nature passive ou active du sujet dans la recherche de gratification de ses désirs. Si l'on s'attache à la première dimension, les tendances à la dépendance et à l'autonomie sont universelles, mais il existe quatre façons de privilégier telle ou telle tendance. Ainsi, on pourra dire d'une personne qu'elle est orientée sur un besoin de dépendance (type dépendant) ou d'autonomie (type indépendant), ou vers la gratification des deux besoins de dépendance et d'autonomie (type ambivalent), ou vers l'évitement des deux tendances de dépendance ou d'autonomie (type détaché). De manière descriptive, la seconde dimension de ce modèle reflète le degré d'activité employé par la personne pour chercher des renforcements auprès des autres. Alors que le couple dépendance/autonomie reflète une source de conflit intra- ou inter-personnel, le couple actif/passif reflète des modalités d'ajustement, ou réactions adaptatives habituelles.

Lorsqu'on croise les types de renforcement et le niveau d'activité, on obtient huit types de personnalité de base qui correspondent aux catégories de l'axe II du DSM IV (pour la dernière version de la théorie, Millon, 1997 ; Millon, Blaney & Davis, 1999).

Il existe cependant des formulations encore plus descriptives. Celles-ci sont typiquement liées à des procédures d'examen. L'analyse du comportement par exemple décrit précisément des comportements, c'est le cas également des descriptions de la personnalité qui évaluent des dimensions stables issues d'études empiriques. Les concepts utilisés peuvent être internes (par exemple l'Extraversion), mais ce type de formulation offre peu de possibilités d'interprétation des forces motivantes responsables des comportements. C'est le cas du modèle des « Big Five » (on trouvera une revue complète en français dans Rolland, 1993, 1996).

En conclusion de cette section, nous souhaitons faire deux remarques. D'abord, on peut s'interroger sur le moment où intervient la demande d'examen. En effet, c'est à l'issue de l'intégration « théorique », que nous avons présentée ici, que doit être réintroduite la question initiale qui a motivé la demande de diagnostic psychologique. Cette démarche permet de qualifier à nouveau les différents thèmes de la description du sujet en relation avec la question posée. Ainsi, une description psychodynamique du fonctionnement laissera-t-elle plus de place à l'analyse des résistances ou des modalités défensives si l'objet est de formuler des conseils pour établir une relation thérapeutique.

Un deuxième point à soulever est l'ouverture des modèles que nous avons considérés. L'examen rapide de ces différentes options théoriques destinées à l'intégration des données montre que certains thèmes peuvent

être considérés comme transversaux, c'est-à-dire partagés. C'est dans ce sens que nous pouvons considérer un certain nombre de classes d'activité par rapport auxquelles les interprétations issues de diverses procédures peuvent être comparées et intégrées : il s'agit notamment du fonctionnement cognitif, des relations sociales, des préoccupations conflictuelles, etc.

C'est parce que nous sommes capables de formuler un certain nombre de thèmes « méta-théoriques », que nous pouvons construire et appliquer la même grille de lecture à toutes les procédures utilisées, pour élaborer l'intégration finale. Néanmoins, s'il est pertinent d'explicitier ce travail (que les cliniciens d'expérience font naturellement), la conception et l'application de la grille d'analyse dépendent étroitement de la stratégie d'intégration choisie.

SECTION 3. ADOPTER UNE STRATÉGIE D'INTÉGRATION

DOMAINES DE L'ACTIVITÉ PSYCHOLOGIQUE

Les auteurs classiques insistent tous sur la nécessité de structurer les données dans la présentation du diagnostic psychologique (Rapaport, Gill & Schafer, 1968). L'organisation des données se fait en général sous forme de rubriques thématiques, qui reprennent des thèmes significatifs chez le sujet. Elle est le produit d'une intégration sur des thèmes transversaux préalablement choisis. Toute intégration test par test, ou procédure par procédure est à proscrire selon eux (voir par exemple, Groth-Marnat, 1997). Il y a plus de 40 ans, Klopfer proposait une technique simple d'intégration : l'élaboration d'une grille pour organiser les données, dans laquelle les thèmes significatifs transversaux figurent dans la colonne de gauche et les procédures d'évaluation utilisées dans la première ligne (Klopfer, 1960). Cette technique permet au praticien d'organiser les résultats principaux dans la case correspondante où le thème considéré est exploré par la procédure. Quand le clinicien est confronté à la nécessité d'intégrer les différentes données, il peut facilement analyser les résultats qui concernent un thème ou une activité psychique fondamentale et les résumer en utilisant différentes logiques mentales, de confirmation, d'infirmerie ou de complémentarité. Klopfer insiste sur le fait que la liste des procédures est prédéterminée par les instruments utilisés, mais que les domaines qui servent à l'intégration sont choisis par l'examineur qui les sélectionne et les organise en fonction de la direction qui doit guider son propos (les thèmes qu'il souhaite dévelop-

per). À ce niveau, la demande d'examen intervient de manière fondamentale.

Il existe un nombre de possibilités très large dans les domaines que nous pouvons choisir pour intégrer les interprétations. Certains praticiens recommandent cependant que cette intégration repose sur des domaines spécifiques réputés transversaux ; ces thèmes se retrouvent, d'une part, dans les principales théories qui servent à l'intégration, et d'autre part, caractérisent les principaux fonctionnements observés dans les procédures utilisées en clinique (cf. Beutler, 1995). Cette vision est directement liée à une conception intégrative de la psychothérapie et du changement psychologique (Beutler, 1983). Les thèmes développés peuvent concerner le fonctionnement émotionnel, l'orientation et le style interpersonnel, le fonctionnement intra-personnel et intra-psychique. La même technique est recommandée par Bellak pour l'intégration (intra-test cette fois) des récits produits au TAT (Bellak & Abrams, 1993).

Une des raisons pour ne pas adopter une liste pré-établie de domaines est que ceux-ci doivent d'abord répondre à la question initiale posée par le demandeur et aux exigences de l'examen individualisé (cf. Fischer, 1994). Le praticien pourra donc organiser de manière souple les thèmes en se basant sur le contexte de vie du sujet et celui de l'examen. Comme la demande d'examen, après « traduction », peut être formulée de manière précise, il n'est souvent pas nécessaire de développer plus de trois thèmes centraux. Quand une approche plus générale est absolument nécessaire, une analyse sous la forme de celle recommandée par Beutler (1995) peut être effectuée (cinq ou six thèmes intégratifs). Nous reprenons une partie de cette méthodologie dans la suite de cette section.

Pour l'intégration, nous parlons, en gros, de trois grands thèmes qui permettent de décrire le fonctionnement des personnes vis-à-vis de presque toutes les demandes d'examen. En fonction de celles-ci, tel thème sera plus développé, mais de toute manière, une information adéquate est nécessaire sur ces trois thèmes pour parvenir à une image intégrative et globale de la personne : il s'agit des fonctionnements émotionnel, cognitif et inter-personnel/intra-personnel. Chaque thème est, bien sûr, en étroite relation avec les autres et peut être précisé en fonction de la demande d'examen et du contexte du sujet. Par exemple, les conclusions à propos du fonctionnement cognitif doivent prendre en compte les différents aspects qui concernent ce domaine de l'activité psychique : les capacités intellectuelles, l'efficacité de la résolution de problème, la mémoire, les processus de pensée et les contenus de pensée. On s'attachera particulièrement à ce domaine lorsque la question posée est formulée ainsi : « De quel type de démence souffre le patient ? » ou « Est-ce que le patient est susceptible de bénéficier de rééducation, et laquelle ? »,

etc. Dans ces cas, si l'on ignore les effets indirects de l'humeur, des émotions et des conflits intra- ou inter-personnels, on risque de déboucher sur une vision partielle du problème posé et sur l'élaboration de recommandations de traitement erronées. Le même type d'erreur peut se produire si le clinicien se concentre sur la description du fonctionnement émotionnel dans le cadre d'une dépression en ignorant soit les représentations et les significations personnelles, soit la présence d'une idéation suicidaire (qui relève des fonctions cognitives).

Chacun des trois domaines que nous allons présenter doit être analysé en référence à quelques grandes questions se posant au diagnostic psychologique clinique : quels domaines de l'activité sont troublés ? Quelle est l'importance de ces troubles au regard d'une référence normative ? Quelle est la gravité de ces troubles au regard du fonctionnement habituel de la personne ou de son fonctionnement prémorbide ? Quelles sont les relations entre les domaines de fonctionnement ? Quelle est la cause probable de ces troubles ? Quelle prédiction peut-on faire sur l'évolution de ces troubles, y compris la possibilité pour la personne de recouvrer son fonctionnement habituel ? etc.

Le fonctionnement émotionnel

Le fonctionnement émotionnel est habituellement divisé en deux aspects, l'humeur et les émotions. On inclut également une troisième dimension qui traite du rapport entre le fonctionnement cognitif et le fonctionnement affectif ; on y explore l'utilisation de ressources cognitives pour contrôler ou gérer la vie émotionnelle, le maintien de la logique et de la cohérence dans des situations stressantes, ou l'accessibilité émotionnelle de la personne (pour une revue clinique sur ces aspects, voir Besche & Bungener, 2002).

L'humeur se réfère à un vécu émotionnel subjectif. Lorsqu'on décrit cet aspect du fonctionnement, il est courant de distinguer l'humeur habituelle de celle qui caractérise l'état actuel de la personne :

« L'humeur du patient est dominée par des ressentis dépressif et de la colère. Il semble que ces émotions soient présentes dans diverses situations et caractérisent le fonctionnement habituel du patient. »

La terminologie clinique distingue en général l'humeur « dysphorique » de l'humeur « euphorique ». Une distinction plus fine de ces catégories peut se baser sur les émotions primaires ou secondaires, comme la joie, la surprise, la tristesse, la colère, la peur, le dégoût, ou toutes les combinaisons entre ces émotions. Les humeurs euphoriques sont donc définies par les permutations et combinaisons des émotions positives, et se réfèrent à un fort ressenti d'excitation et de bien-être. Ces émotions se différencient de l'humeur émoussée qui se caractérise par un manque

d'intensité émotionnelle. L'humeur dysphorique (ou « dysthymie ») se rapporte, elle, à des émotions plus inconfortables et non désirées comme la tristesse, la colère et la peur qui, cliniquement, sont identifiées par les termes de dépression, d'hostilité et d'anxiété.

L'émotion est une « réponse » plus ou moins observable. Le clinicien peut faire la relation entre l'expression émotionnelle et le ressenti subjectif. Un jugement peut donc être porté sur l'adéquation de l'expression au vécu, à condition que le praticien dispose d'une base de comparaison de nature normative.

Dans l'examen du fonctionnement émotionnel, on doit analyser comment la personne tolère le stress : est-elle débordée par les émotions, la résolution de problème se détériore-t-elle et le comportement devient-il instable ? L'examen de ces aspects est possible lorsqu'on fait varier le degré de structuration ou de pression dans le cadre des procédures utilisées.

L'analyse du fonctionnement émotionnel pourra donc aborder les points suivants : préciser l'humeur et les émotions qui dominent le fonctionnement ; préciser en quoi ils représentent une source de difficulté ; indiquer les interrelations entre les différentes données de l'activité psychique et le niveau de contrôle qu'exerce le sujet sur son fonctionnement émotionnel, dans des situations plus ou moins exigeantes à ce niveau :

« Martine a présenté une humeur modérément déprimée et rapporté une anxiété subjective peu importante. Il ne semble pas qu'elle fasse l'expérience de colère ou d'hostilité excessives, et son vécu personnel est en général en accord avec son expression émotionnelle. Les aspects qui relèvent de la dépression et de l'anxiété apparaissent de nature réactionnelle, étant donné la variabilité de ses réponses émotionnelles à des situations différentes lors de l'examen (...). La mise en situation interpersonnelle, la pression du temps et l'ambiguïté des procédures utilisées ont tous produit une détresse importante et une détérioration de l'efficacité cognitive. Dans ces situations, la résolution de problème est devenue plus rigide, les affects plus labiles, et les comportements plus instables. Malgré cette perte d'efficacité, Martine a gardé un contact étroit avec la réalité mais elle a tout de même été incapable de garder la distance émotionnelle nécessaire pour traiter les problèmes « à tête reposée ». Cette façon de faire, correspondant à des caractéristiques anciennes, semble être exacerbée par ses difficultés familiales actuelles. »

On s'attend ainsi à obtenir, dans l'examen du fonctionnement émotionnel, des précisions concernant, d'une part, la façon dont l'humeur et les émotions sont contrôlées par les ressources cognitives, et, d'autre part, à quel point le fonctionnement cognitif peut être perturbé par des vécus émotionnels intenses et déstabilisants.

Les fonctionnements intra- et inter-personnels

La description des fonctionnements intra- et inter-personnels se rapporte aux conflits et aux façons de gérer les difficultés (stratégies d'ajustement) : comment les comportements, les pensées, les ressentis et les émotions sont-ils exprimés et comment entrent-ils en relation les uns avec les autres, et avec les contextes intra- et inter-personnels. Lorsque des organisations stables sont repérées à ce niveau, elles se rapportent à ce qu'on nomme généralement la « personnalité » (c'est-à-dire un ensemble stable de patterns de réponses individuelles qui différencie tel individu des autres).

Il y a plusieurs façons d'aborder la personnalité, mais toutes peuvent être envisagées en référence aux formulations psychodynamiques ou aux formulations descriptives de la personnalité (Huber, 1992). Comme nous l'avons détaillé plus haut, les thèmes conflictuels se rapportent principalement à des conflits relationnels « internes », basés sur des actions relationnelles (« être aimé » *versus* « hostilité »). Ces conflits peuvent être considérés, lorsqu'ils sont récurrents, comme structurels c'est-à-dire anciens et ayant une fonction organisatrice dans le développement de la personnalité de l'individu.

Lorsque le pattern de réponses de la personne ne semble pas se modifier alors même que les exigences des situations changent dans le cadre des procédures d'examen ou encore que ce pattern se modifie de manière illogique ou incohérente (indépendamment de la situation par exemple), le praticien peut penser qu'il existe des troubles dans la personnalité de l'individu.

Un bon exemple des conflits relationnels peut être fourni par les données obtenues au MMPI-2 et au Rorschach sur l'image de soi. Les données des tests fournissent des informations sur l'image que les personnes ont d'elles-mêmes, leur estime de soi, les caractéristiques qu'elles valorisent, comment elles évaluent leurs compétences, forces, faiblesses, succès ou échecs. En cela, les données issues du MMPI-2 et du résumé formel du Rorschach peuvent nous renseigner de manière valide sur la vision que les sujets ont d'eux-mêmes. D'autres informations peuvent être inférées à partir des scores ou de profils MMPI-2 particuliers et du contenu des réponses Rorschach : le contenu de l'image de soi, les désirs concernant cette image de soi ou encore les attributs identitaires qui sont refusés ou craints (cf. contenu des réponses au Rorschach). Par exemple, une note faible à l'échelle 5 (Mf) du MMPI-2 indique que l'homme qui exprime ces réponses adhère à des valeurs traditionnellement masculines, à un rôle social typiquement masculin ; cette position peut être défensive et vise parfois à entretenir une représentation de soi forte et indépendante.

Le fonctionnement cognitif

L'intégration des interprétations sur le fonctionnement cognitif doit se servir des jugements sur le niveau d'intelligence, la capacité à conceptualiser, la capacité à organiser son vécu et les concepts, la capacité à résoudre des problèmes abstraits, le vécu personnel, les capacités de synthèse et la mémoire. Plusieurs de ces caractéristiques sont regroupées sous le terme général d'« intelligence ». Mais certaines autres se réfèrent davantage à d'autres concepts comme l'intégrité cognitive, l'aspect conventionnel de la pensée, etc.

La description des forces et des faiblesses peut prendre la forme suivante :

« Le niveau intellectuel de Jeanne M. se situe dans la moyenne, mais une grande hétérogénéité caractérise le fonctionnement : la mémoire est moins efficace que ce qu'on pourrait attendre chez une personne de cet âge tandis que les capacités d'organisation cognitive sont significativement au-dessus de la moyenne. » Cette description pourrait être suivie d'une évaluation de l'importance du trouble par rapport à son fonctionnement antérieur, et des hypothèses concernant l'étiologie et le pronostic pourraient être formulées : « Les déficits de la mémoire semblent être une caractéristique récente, car les performances de Jeanne M. sont bien inférieures actuellement à ce qu'elles étaient auparavant. Il est fortement probable que ses difficultés de mémoire handicapent les autres secteurs de l'activité cognitive. Cette organisation peu homogène suggère davantage des difficultés d'ordre neurologique que des difficultés d'origine environnementale. Sans une intervention active, il est probable que Jeanne connaisse une détérioration rapide dans son fonctionnement cognitif. »

Le fonctionnement de la personne fait l'objet d'une description mais pas les scores ou les résultats bruts des tests. Il est, bien sûr, nécessaire de pouvoir justifier ces affirmations lors de l'intégration, mais pas forcément indispensable de le faire dans l'expression du diagnostic psychologique. À chaque moment, l'opinion émise s'appuie sur une intégration des données provenant de l'ensemble des procédures utilisées. Nous tentons également d'éviter de laisser le demandeur (le lecteur du rapport) dans une situation où il serait confronté à des informations non interprétées, non mises en relation, car nous partons du principe que le psychologue est plus compétent pour interpréter et intégrer les données psychologiques que les autres professionnels.

Au-delà de ces trois thèmes majeurs qui caractérisent l'activité psychique des individus, plusieurs autres thèmes peuvent faire l'objet d'intégration. D'un point de vue opérationnel, il est souvent fructueux d'aborder les attitudes par rapport à l'examen qui déterminent la validité du diagnostic psychologique, lorsque cela est pertinent et souhaitable.

Les attitudes du patient / la validité du diagnostic psychologique

Le jugement que nous devons formuler sur la qualité des informations issues des procédures utilisées constitue un des problèmes majeurs rencontrés lors de l'intégration. La validité des données dépend de plusieurs facteurs comme le degré de collaboration de la personne lors de l'examen, sa capacité à comprendre les procédures et l'honnêteté ou l'ouverture avec laquelle le sujet a accepté de se décrire. Pour des raisons variées, les personnes peuvent être motivées à donner une image d'elles-mêmes spécifique lors de l'examen : par exemple, en niant leurs difficultés ou en les masquant, en les exagérant ou encore en accentuant leurs côtés positifs. La signification des échelles de validité du MMPI-2 et leur configuration permet d'identifier certaines de ces stratégies plus ou moins conscientes. Au Rorschach, nous savons repérer les protocoles très défensifs (prédominances de réponses formelles et simples), ou bien les protocoles dans lesquels la restriction a empêché toute expression du vécu subjectif du sujet (faible nombre de réponses, absence de déterminant couleur et/ou de mouvement humain). Dans ces conditions particulières, l'examen n'est pas valide, et il est parfois recommandé de refaire passer le test à un autre moment (Exner, 2000). Le même raisonnement peut être appliqué aux tests thématiques (comme le TAT, cf. Bellak & Abrams, 1997).

Considérations diagnostiques

Aborder le diagnostic suppose de le faire dans la limite et le cadre de la réflexion éthique que nous avons développée au Chapitre 2 et des formulations suggérées au Chapitre 4. En ce qui concerne spécifiquement l'intégration, une des demandes courantes concerne l'identification de la psychose. Illustrons cette question par un exemple : le MMPI-2 et le Rorschach identifient les troubles psychotiques de manière différente. Le MMPI-2 est basé sur la description de vécus inhabituels ou « déviants » typiques des troubles psychotiques, comme les hallucinations, les idées de référence, les troubles de la pensée et des croyances étranges et bizarres. Le Rorschach permet de détecter les troubles psychotiques par l'identification de perceptions inexactes, des distorsions perceptives et par la cotation de certains « dérapages cognitifs » ou troubles de la pensée exprimés dans les réponses. Deux groupes de facteurs peuvent être isolés, au sein du Rorschach et au sein du MMPI-2 pour explorer le diagnostic différentiel de psychose : d'une part, les facteurs révélateurs de troubles psychotiques (troubles de la pensée, insertion dans la réalité, bizarrerie, etc.), d'autre part, les facteurs révélateurs d'une idéation paranoïde (méfiance, protection de soi, persécution, aliénation sociale, etc.).

EXEMPLE D'INTÉGRATION

Par intégration, nous entendons le processus selon lequel les résultats d'un examen sont articulés dans une description globale et unique de la personne. Comme nous l'avons déjà remarqué, il est plus courant d'obtenir des contradictions entre différents instruments ou à l'intérieur même d'une procédure, que d'obtenir des informations uniquement convergentes. Mais ne nous y trompons pas, ces « contradictions » ne sont qu'apparentes, et reflètent le fonctionnement du sujet que nous essayons de comprendre. Il faut considérer nos mesures comme des reflets plus ou moins éloignés et partiels du fonctionnement réel de la personne. Si ces mesures (ou observations) ne sont pas concordantes les unes avec les autres, des causes diverses peuvent être invoquées. Cela ne signifie pas automatiquement, loin de là, que le fonctionnement lui-même est contradictoire ou conflictuel.

Il est ainsi classique de se poser des questions du type : quelle personne pourrait donc donner un profil MMPI-2 de ce type et raconter de telles histoires au TAT ? C'est évidemment là qu'une théorie est nécessaire pour l'intégration, théorie qui, à notre sens, doit inclure des niveaux d'abstraction ou de profondeur divers. Prenons un exemple avant de décrire ce travail clinique et d'envisager certaines règles pour y parvenir.

Il s'agit d'une femme âgée de 43 ans rencontrée dans un contexte de consultation externe en psychiatrie, pour une demande de sevrage aux benzodépines. La personne se plaint depuis plusieurs semaines d'attaques de panique et plusieurs tentatives de traitement ont échoué, notamment par les thérapies comportementales et la relaxation. Elle est actuellement en psychothérapie psychanalytique et nous est envoyée pour un diagnostic psychologique dans la perspective de recommandations sur les modalités relationnelles à privilégier. L'examen inclut un entretien, le MMPI-2, la WAIS III et le Rorschach. Le profil du MMPI-2 ne montre pas d'élévations particulières à l'exception des échelles 3 (Hy) et 4 (Pd). La WAIS-III indique un niveau d'intelligence moyenne sans aucune hétérogénéité à l'intérieur des échelles ou entre elles. Le clinicien n'a noté aucune verbalisation particulière ou réponse bizarre. Pourtant, le protocole de Rorschach met en évidence la présence de troubles formels, avec notamment un indice SCZI (Indice Schizophrénie) positif, de nombreux exemples de dérapages cognitifs, un rapport à la réalité perturbé ainsi que des réponses morbides particulièrement bizarres (avec la méthode actuelle, le PTI, Indice perception-pensée, atteint une valeur de 4, ce qui est élevé). Le défi est ici d'intégrer ces observations apparemment divergentes au sein de la description d'une même personne. Le profil 34/43 au MMPI-2, complété par l'analyse d'autres échelles cliniques et de contenu, suggère que cette personne ressent de la colère, qu'elle est agressive de manière habituelle et qu'elle tend à exprimer cela de manière passive. Il semble que le niveau intellectuel évalué à la WAIS III soit en dessous de ce que l'on pourrait attendre d'elle, étant

donné son niveau d'étude. La personne exerce en effet la profession de cadre commercial dans la cellule publicitaire d'un journal et elle est diplômée d'une école de commerce. Les résultats obtenus à la WAIS III montrent également que la patiente peut fonctionner à peu près normalement dans des situations neutres, bien que ses performances ne soient pas optimales. Afin de comprendre les perturbations observées au Rorschach, il est nécessaire d'analyser le contenu du protocole, en particulier la séquence des réponses : les troubles observés n'apparaissent qu'au sein de réponses humaines ou para-humaines, et mélangent à quatre reprises des thèmes agressifs et sexuels. Les autres réponses sont, pour la plupart, de bonne qualité formelle et n'expriment pas une pensée particulièrement troublée. Le portrait qui se dessine peu à peu est celui d'une personnalité organisée sur un mode limite (borderline). Il semble que, lorsque la personne a la possibilité de laisser hors du champ de sa conscience ses conflits concernant l'agression et la sexualité, elle peut alors fonctionner de manière opérante. Quand d'autres données concernant son histoire ou ses relations d'objet sont envisagées (issues de l'entretien principalement), il est alors possible de formuler une description plus fine. Il semble qu'elle ait une image de la figure maternelle considérée comme une victime, alors que les hommes sont représentés comme des agresseurs. Ses caractéristiques de personnalité passive-agressive pourraient refléter des sentiments contradictoires où elle s'identifierait à l'agresseur sur un mode toutefois ambigu puisqu'elle resterait faible et passive. Dans ce contexte, il est possible qu'elle reste vulnérable à des décompensations sur un mode psychotique (perte de contact avec la réalité et bizarreries) surtout lorsqu'elle est confrontée à des situations sociales ou interpersonnelles de rapprochement ou d'intimité ou encore lorsqu'elle se sent menacée. Il est possible aussi que sa relation aux personnes de sexe masculin explique certains comportements. Nous pouvons comprendre le besoin d'aide du psychothérapeute actuel à qui certaines recommandations seront adressées : ne pas engager de travail en profondeur immédiatement avec la personne, ou encore lui offrir la possibilité de consolider ses repères dans une phase préliminaire de la thérapie. Nous devons aussi insister sur la potentialité suicidaire de cette patiente en raison de son impulsivité et d'une absence de lien entre les moments dépressifs et les passages à l'acte. En bref, il est alors possible de faire référence à ce que nous connaissons de ce type de problématique, toujours dans le cas de cette personne.

SECTION 4. UNE MÉTHODE
POUR L'INTÉGRATION

Afin de garantir l'indépendance des sources d'information et de minimiser les biais d'auto-confirimation, il est nécessaire d'élaborer une procédure pour rendre explicite une grande partie du travail habituellement effectué de manière implicite. C'est l'objectif de la feuille de dépouillement établie par Klopfer (1960) que de nombreux auteurs ont reprise

pour l'examen psychologique (Tableau III p. 174). Cette feuille a été successivement adaptée par Choca (par ex. 1992), Beutler (1995), et Groth-Marnat (1997).

FEUILLE DE DÉPOUILLEMENT

Pour utiliser cette feuille de dépouillement, il faut d'abord indiquer le nom de chaque outil (ou procédure) utilisé(e) sur la première ligne : par exemple l'entretien clinique, la WAIS III, le Rorschach, etc. De cette façon, les informations issues d'une procédure se retrouvent en colonne. Notons tout de suite que les données issues de l'entretien clinique seront considérées au même niveau que celles issues d'autres procédures. Un résumé interprétatif est alors rédigé en progressant verticalement pour chaque thème (attitude de la personne et validité, fonctionnement cognitif et idéation, fonctionnement affectif/humeur et contrôle émotionnel, thèmes conflictuels, modes d'ajustement intra- et inter-personnels, diagnostic, recommandations). À cette étape, l'analyse porte donc sur les données issues d'une procédure spécifique et l'organisation de ces données selon les thèmes retenus (qui vont par la suite donner lieu à l'intégration transversale).

Par exemple, le lecteur notera que la première ligne de la feuille se réfère aux attitudes et à la validité de la procédure : cette ligne est donc utilisée pour y indiquer des hypothèses à propos du degré de confiance dans les données recueillies. Le clinicien utilisant la feuille de dépouillement commence par l'analyse d'une procédure, par exemple l'entretien clinique ; il émet des hypothèses sur la façon dont la personne a abordé l'examen. Ces hypothèses doivent alors figurer dans la première case, sous le titre « entretien ». Ensuite, le clinicien continue son analyse vers le bas, en passant en revue les thèmes un par un, sur ce que l'entretien lui a appris sur le fonctionnement cognitif, émotionnel, éventuellement le diagnostic, etc. Ce processus est répété pour chaque procédure d'examen : le psychologue fait un effort conscient et persistant pour ignorer ce qui a été rédigé auparavant dans les colonnes précédentes : chaque procédure peut ainsi être explorée et interprétée indépendamment.

Quand chaque procédure a été analysée de la sorte, la dernière colonne (« Résumé ») est utilisée pour formuler des impressions « intégrées » portant sur des thèmes et non sur des instruments. Ces jugements qui sont exprimés dans la dernière colonne ont pour fonction soit de mettre en évidence les hypothèses convergentes produites par des procédures différentes, soit de formuler des hypothèses nouvelles dans les cas où différentes méthodes produisent des conclusions différentes ou contradictoires sur le domaine considéré.

Mais comment résoudre le cas de figure où il existe des « désaccords » entre des procédures ? En général, le processus pour résoudre les désaccords entre des instruments différents suivra trois étapes. En premier lieu, le clinicien identifie les instruments qui ont donné lieu aux hypothèses divergentes. Prenons l'exemple d'une personne qui, pendant l'entretien et au Rorschach, semble n'avoir pas livré toute l'information sur ses troubles. Elle est restée sur la réserve et il nous semble qu'elle souffre en réalité de troubles plus graves que les résultats ne semblent le montrer. À l'inverse, lorsqu'on prend en compte le protocole MMPI-2, les échelles de validité indiquent que la personne a été relativement ouverte et pas particulièrement défensive et que ses réponses sont valides.

En deuxième lieu, il est nécessaire d'attribuer une priorité ou un degré de validité aux différentes sources d'information ; la source donnant *a priori* la meilleure évaluation de l'ouverture, de la validité du protocole, et de l'authenticité des réponses est jugée selon un degré de priorité ou de validité plus élevé. Dans notre exemple, c'est sans conteste au MMPI-2 qu'il faut donner la préséance car cet instrument inclut des échelles validées empiriquement pour juger de la validité et de l'ouverture dans le mode de réponse, alors que l'entretien n'en dispose pas. En ce qui concerne le Rorschach, celui-ci inclut des aspects qui sont révélateurs du fonctionnement défensif, mais ces aspects ne sont pas aussi sensibles que ceux du MMPI-2. C'est pourquoi, dans ce cas précis, les interprétations déduites du MMPI-2 sont susceptibles d'être de meilleurs indicateurs de la validité globale des résultats que celles faites à partir des données de l'entretien et du Rorschach. Toutefois, ce type d'arbitrage est le plus facile : entre un instrument plus valide sur l'un des domaines et d'autres instruments qui ont une moindre validité. Dans le cas le plus répandu, il existe des divergences entre des instruments ayant la même fiabilité ou entre un instrument à bonne fiabilité et des informations très convergentes provenant de procédures moins fiables. Dans ces cas, le rôle du clinicien est de donner un sens à ces différences dans le fonctionnement supposé de la personne.

C'est pourquoi, en troisième lieu, il convient de confronter les hypothèses émises avec les exigences des situations plus ou moins contrôlées que sont les procédures. Par exemple, si l'on reprend l'exemple précité, on peut penser que la personne est ouverte et les informations déduites sont valides quand l'environnement est plutôt structuré, mais a tendance à se défendre quand les situations sont plus ambiguës et la tâche moins claire. Pour expliquer la divergence, on fait appel à une caractéristique de la situation non prise en compte jusque-là. De la même manière, une théorisation peut être nécessaire à cette étape. C'est ainsi que le clinicien peut aboutir à un résumé de chaque domaine du vécu du sujet (cf. Tableau III p. 174). Le résultat obtenu favorise la rédaction d'un diagnostic psychologique cohérent, centré sur la personne (et non sur les

instruments). Ce type d'intégration permet aussi, comme il a été souligné plus haut, de replacer la demande d'examen au centre de la démarche, dans la sélection des thèmes de la première colonne.

Tableau III
Feuille de dépouillement pour l'intégration
des caractéristiques personnelles (inspirée de Klopfer, 1960)

Thèmes	Procédures d'examen			
	Entretien	MMPI-2	WAIS III	Résumé
Attitude/Validité				
Fonctionnement cognitif et idéation				
Fonctionnement affectif /humeur/contrôle émotionnel				
Thèmes conflictuels				
Défenses et modalités adaptatives				
Relations interpersonnelles				
Diagnostic				
Recommandations				

On observe que cette feuille de dépouillement a été conçue pour une intégration horizontale des données, c'est-à-dire une intégration thématique, relativement élémentaire (par éléments du fonctionnement psychique considéré séparément). On pourrait se poser la question de la pertinence de la méthode au regard d'une autre : celle de l'intégration des interprétations complètes issues des instruments. Il s'agirait dans cette méthode alternative d'établir une description complète de l'individu à partir de chaque test, puis d'intégrer ces descriptions. C'est en réalité la méthode traditionnelle, qui aboutit en général à une description très orientée sur les instruments (et les environnements qu'ils manipulent). Réussir une intégration des différents corpus d'information (provenant de différentes procédures), c'est de toute manière se donner, à un moment ou à un autre du processus d'examen, des thèmes transversaux susceptibles de rendre compte du fonctionnement du sujet dans différents contextes d'évaluation. La discussion principale doit alors porter sur le choix de ces thèmes, qui sont tantôt fixés à l'avance, tantôt décidés sur la base des informations disponibles et de la demande d'examen.

On peut distinguer trois types d'articulations nécessaires au diagnostic psychologique : l'intégration d'hypothèses interprétatives à l'intérieur même d'une procédure, l'intégration d'interprétations provenant de différentes méthodes, et l'intégration de données provenant de l'examen psychologique et de données extérieures à l'examen psychologique. Abordons ces trois domaines tour à tour.

Le Rorschach Système Intégré (Exner, 1995 ; 2000) fournit un excellent exemple d'intégration à l'intérieur d'une procédure. Ce système utilise plus de 83 variables, organisées en huit groupes (*clusters*) qui correspondent à autant d'aspects de la personnalité et du fonctionnement individuel, comme par exemple « la relation aux autres » et « le traitement de l'information ». À l'intérieur de chaque groupe de variables, le clinicien doit procéder de manière hiérarchique et systématique, formulant des hypothèses interprétatives à chaque variable significative. L'information « intégrée » de certains clusters peut influencer l'information « intégrée » d'autres clusters, car les groupes de variables ne sont pas indépendants (« relation à soi » et « relation aux autres » par exemple). C'est pour cette raison que le système fournit un moyen d'ordonner les groupes de variables entre eux : les groupes les plus significatifs (les plus critiques pour le fonctionnement de l'individu) sont examinés en premier. Cette façon d'explorer les données de manière systématique est certainement un bon exemple d'intégration « explicite », visant à minimiser les biais du jugement clinique (notamment d'auto-confirmation). Un autre exemple d'intégration (que nous ne détaillerons pas ici) est celui de la méthode d'interprétation des profils MMPI-2 (cf. Graham, 1993 ; Greene, 2000). Certains auteurs conseillent de ne pas entamer l'intégration entre différentes sources de données tant que cette intégration intra-méthode n'est pas menée à terme. La méthode que nous avons proposée plus haut (cf. Tableau III) n'est donc à appliquer que lorsque l'intégration intra-procédure a été effectuée, c'est-à-dire quand l'instrument a été entièrement exploité. On déconseillerait l'intégration score par score car elle empêche de comprendre la globalité du fonctionnement et engendre un élémentarisme qui gêne l'individualisation de l'examen (cf. Ritzler, 1998).

Ici aussi, tout dépend de la grille de lecture choisie en fonction des exigences des instruments. Comme nous l'illustrons dans les chapitres 7 et 8, il est possible de déterminer des grilles de lecture permettant l'intégration des données entre Rorschach et MMPI, comme entre TAT et Rorschach par exemple.

En ce qui concerne l'intégration entre méthodes différentes, lorsque le cas de données contradictoires se présente (cas le plus courant), il faut tenter de résoudre la contradiction et d'expliquer les différences dans le cadre du fonctionnement de la personnalité de l'individu ou/et en faisant appel aux exigences des procédures utilisées. En général, la résolu-

tion de telles difficultés peut être réalisée par le recours à d'autres sources de données extérieures à la session d'examen, comme l'histoire de la personne. Il ne paraît pas pertinent de négliger les contradictions en choisissant seulement l'un ou l'autre des résultats conflictuels comme reflétant le « vrai » fonctionnement ou la « véritable » caractéristique de la personnalité du sujet. À l'inverse, il est nécessaire de considérer le fonctionnement psychologique dans toute sa complexité et donc de considérer les façons de rendre compte des résultats conflictuels au sein d'une interprétation plus globale ou intégrative.

Le troisième point concerne l'intégration des informations provenant de l'examen psychologique et des données extérieures à la situation d'examen. L'intégration des résultats de l'examen et des observations du contexte de la personne est particulièrement délicate. Le point principal est de bien exprimer ce qui est relatif à l'examen et ce qui ne l'est pas, afin de permettre, d'une part, de juger de l'apport individuel de l'examen par rapport aux données existantes, et d'autre part, de pouvoir attribuer des niveaux de confiance différents aux deux sources de données.

En bref, durant le processus d'interprétation-intégration, le clinicien doit prendre en considération et comprendre les points d'accord ou de désaccord suggérés par les résultats des procédures. L'examen de ces relations permet au clinicien de modifier ou de clarifier le sens de certaines données, en nuancant une interprétation dans un cas ou en mettant l'accent sur une autre. Ainsi, les résultats des procédures peuvent être considérés comme étant en accord les uns avec les autres, entrant en conflit entre eux, ou encore se complétant les uns les autres. Il existe donc plusieurs logiques qui président à l'intégration des données dans le diagnostic psychologique : celle d'apporter des résultats complémentaires, celle de confirmer ou d'infirmer une hypothèse, celle d'objectiver les intuitions cliniques (Pédinielli, 1994, p. 53).

QUAND LES RÉSULTATS SONT CONVERGENTS

L'utilisation conjointe de différents instruments peut être considérée comme une stratégie multi-méthodes d'évaluation du fonctionnement psychologique. La confiance accordée à une hypothèse spécifique devrait être importante quand les résultats des procédures prises individuellement convergent. Par exemple, si une question diagnostique porte sur la présence ou l'absence de processus de l'ordre de la schizophrénie, le clinicien utilisant le Rorschach et le MMPI-2 examinera la convergence des mesures suivantes : les échelles F, 6 (Pa), 8 (Sc), et BIZ au MMPI-2 et l'indice PTI (ou SCZI) et ses composantes au Rorschach, afin d'évaluer les arguments en faveur ou défaveur de ce diagnostic. De même,

une convergence des échelles 2 (D) et DEP au MMPI-2 et un indice DEPI positif associé à la présence de réponses C' (≥ 3), de V (≥ 1), et de cotation spéciales MOR (≥ 3) suggère fortement la présence d'un épisode dépressif chez la personne. En général, un clinicien peut émettre un jugement relativement valide lorsque celui-ci est basé sur des sources multiples d'informations convergentes, particulièrement quand les instruments font appel à des activités mentales différentes (Weiner, 1995).

Une convergence des données peut également se dégager d'hypothèses intégratives provenant d'instruments différents. Dans le cas du Rorschach et du MMPI-2, une des caractéristiques typiquement associées au profil 23/32 est une tendance à être dépendant et passif dans les relations sociales. On peut tout à fait retrouver la même tendance dans le Rorschach (ou l'entretien clinique) par exemple par un excès de mouvements passifs (par rapport aux mouvements actifs), des réponses touchant l'activité alimentaire. Une autre caractéristique de ces profils 23/32 est l'excès de contrôle des émotions et le sentiment d'être constamment sous pression. Il existe des patterns de variables au Rorschach qui traitent spécifiquement de cette question, de l'aisance avec laquelle le sujet exprime et vit ses émotions. Cependant, si des études existent sur la convergence des procédures lorsque sont considérés les scores bruts, il n'y a pas vraiment d'études empiriques sur la convergence à un niveau agrégé, or c'est celui-là qui est recommandé par les cliniciens (Handler & Hilsenroth, 1998).

QUAND LES RÉSULTATS SONT DIVERGENTS

La résolution de conflits ou de contradictions entre les résultats observés pendant l'examen est un défi central pour le psychologue. Il est en effet très rare que toutes les sources de données soient en accord. Le plus fréquemment, les résultats conduisent à des interprétations ambiguës ou même contradictoires. La difficulté consiste à considérer les différentes possibilités interprétatives pour rendre compte de ces phénomènes, et à décider lesquelles sont les plus informatives et ont des chances d'être valides. Ces incohérences apparentes sont rencontrées couramment à l'intérieur même des procédures. L'exemple le plus frappant est la nécessité de procéder à un aller-retour entre les échelles cliniques (composées d'items discriminants dits « empiriques ») et les échelles de contenu (composées d'items dont le sens est lié au concept mesuré) au MMPI-2. Il est ainsi très courant de faire des hypothèses par ces échelles cliniques, qui finalement ne sont pas confirmées sur la base des échelles de contenu. Dans le cas d'un désaccord entre un score à une échelle clinique et un score à une échelle de contenu, le clinicien doit s'efforcer de résoudre l'apparente contradiction. Une revue de la littérature et la pratique cli-

nique nous permettent de dégager plusieurs principes pour résoudre ce type de conflits, qu'ils concernent des méthodes différentes ou non (Groth-Marnat, 1997 ; Rapaport, Gill & Schafer, 1968).

Le contenu de la mesure

L'exemple du MMPI est frappant. Alors que les noms des échelles cliniques, de contenu ou des échelles supplémentaires suggèrent qu'elles sont parfois identiques, certaines échelles ne se recoupent pas entièrement ; elles s'adressent même parfois à des aspects différents du fonctionnement. Par exemple, l'échelle 8 (Sc) peut être élevée parce que la personne a donné des réponses se rapprochant d'un vécu psychotique, d'une pensée perturbée ou confuse, ou encore d'un isolement social, d'un sentiment d'aliénation sociale, ou bien de difficultés à se contrôler ou de cohérence et de logique du jugement. Ainsi, le fait d'observer une échelle 8 (Sc) élevée alors que l'échelle BIZ (de contenu) ne l'est pas pourrait suggérer que l'échelle 8 (Sc) est élevée pour une autre raison qu'un vécu psychotique. Dans ce cas, les cliniciens doivent être très prudents dans la formulation des diagnostics. À l'inverse, si BIZ est également élevée, c'est un argument fort allant dans le sens d'un processus psychotique. Cette logique peut se retrouver entre deux instruments différents. Par exemple, un patient pourra produire un Rorschach avec un Indice d'Hypervigilance positif (HVI) et un score non significatif à l'échelle 6 (Pa) du MMPI. L'indice HVI pourrait refléter une vigilance particulière, une distance interpersonnelle et une réserve, une tendance à donner un sens à des aspects d'information apparemment indépendants, sans forcément impliquer une méfiance ou une sensibilité, un sentiment d'injustice ou de persécution, ainsi que le suggérerait une élévation significative à l'échelle 6 (Pa). En d'autres termes, il convient de faire l'examen de l'étendue effective du chevauchement entre les échelles ou les scores considérés dans les différents instruments.

Un autre exemple de ce type de raisonnement peut être appliqué à l'échelle 8 (Sc) du MMPI-2 et au PTI du Rorschach (Indice perception-pensée, Exner, 2000). Ces variables se recoupent considérablement, mais, en même temps, elles mesurent des aspects distincts du fonctionnement. Bien que des élévations des deux mesures soient associées de manière fiable à des troubles psychotiques, elles ne s'adressent pas à des aspects strictement identiques. En effet, alors que les items de l'échelle 8 (Sc) concernent un vécu psychotique, une confusion mentale, des perceptions étranges, une difficulté à distinguer ce qui est réel et ce qui est fantasmé, une aliénation sociale, des expériences sensorielles inhabituelles, un jugement de mauvaise qualité, les composantes du PTI impliquent la présence de fausses perceptions, de dérapages cognitifs, et un trouble de la pensée. Une grande partie du PTI concerne ainsi des erreurs de perception. C'est pourquoi il est particulièrement sensible aux perceptions

inhabituelles, troublées, ou très personnelles. Bien que l'échelle 8 (Sc) comme le PTI soient sensibles aux troubles de la pensée et aux perturbations concernant le rapport à la réalité, il est tout à fait possible que l'un des deux soit élevé alors que l'autre non. Par exemple, une personne pourra obtenir un PTI élevé et présenter un niveau normal à l'échelle 8 (Sc) en raison de difficultés de perception sans pour autant montrer des signes de troubles de la pensée. Ce type de résultat doit engendrer chez le clinicien une interrogation raisonnée sur les causes qui ont pu conduire à de telles configurations, d'autant plus lorsqu'il est question d'un diagnostic de psychose.

La qualité de la mesure

Lorsque des résultats divergents sont observés, la question de la fiabilité des résultats est centrale. A-t-on affaire à des échelles ayant des qualités psychométriques équivalentes ? Un des principaux critères de jugement permettant de trancher est le fait que certaines échelles, facteurs ou variables ont été validés à l'aide de critères externes. Par exemple, dans la pratique du MMPI-2, on se repose couramment sur les échelles qui ont été validées empiriquement : on accordera généralement plus de crédit aux échelles cliniques et de contenu qu'aux nouvelles échelles supplémentaires.

Si des résultats divergents sont obtenus à des échelles normalement corrélées, le clinicien devrait insister davantage sur les résultats dont on a montré qu'ils sont des prédicteurs puissants et fidèles de la variable psychologique considérée. Lorsqu'on considère le MMPI-2 et le Rorschach, l'expérience clinique montre qu'ils n'ont pas les mêmes qualités en fonction de la personne (il y a très peu d'études empiriques directement consacrées à ce thème) : par exemple, le MMPI-2 semble identifier de manière plus efficace les personnes ayant des préoccupations somatiques que le Rorschach. Dans ce cas, lorsqu'on a déterminé clairement qu'un instrument est associé de manière plus efficace qu'un autre à une variable psychologique spécifique, les différences de résultats doivent logiquement être arbitrées en faveur du meilleur des instruments.

Des revues critiques de littérature existent et doivent être prises en compte à ce sujet (certaines ne sont pas dénuées de parti pris et il est bon de les confronter les unes aux autres : par exemple, Lilienfeld, Wood & Garb, 2000, Meyer *et al.*, 2001).

L'identification d'un conflit

Les résultats qui apparaissent initialement comme manifestement contradictoires ou incohérents peuvent, en réalité, traduire des aspects significatifs de la personnalité d'un individu. Par exemple, des élévations simultanées aux échelles 3 (Hy) et 4 (Pd) du MMPI-2 sont, *a priori*,

contre-intuitives. En effet, un score 3 élevé indique l'utilisation du déni, du refoulement, de l'inhibition des émotions ainsi qu'un grand besoin de se conformer et de plaire aux autres. Une élévation à l'échelle 4 est souvent associée au passage à l'acte, à la décharge émotionnelle impulsive, sans préoccupation de l'effet que cela peut avoir sur les autres. Une élévation simultanée à ces deux échelles montre que la personne vit un conflit important concernant le contrôle de ses comportements et de ses émotions et a des difficultés à exprimer ses émotions d'une manière appropriée et modulée (cf. Greene, 2000 ; Bisson, 1997).

Cependant, ce qui apparaît au départ comme un conflit peut traduire une tendance de la personne à agir d'une façon à certains moments et d'une façon différente à d'autres moments.

Ce type de conflit peut aussi s'exprimer à travers des procédures différentes : par exemple, dans l'entretien, si l'on remarque que la personne se met en avant comme une personne forte et indépendante et, qu'au TAT, on met en évidence des désirs de proximité et de dépendance...

La déformation consciente des réponses

Toutes les personnes évaluées ne donnent pas forcément des protocoles valides car elles ne répondent pas forcément honnêtement aux consignes. Ce phénomène peut être produit par une tentative de nier ou de minimiser les difficultés ou, au contraire, de les exagérer consciemment. Par exemple, certaines personnes peuvent parfaitement réussir à éviter de révéler des difficultés émotionnelles à un questionnaire auto-administré parce qu'elles sélectionnent et contrôlent leurs réponses. Cela est beaucoup moins vrai pour les épreuves projectives, car les personnes ne savent pas comment leurs réponses vont être corrélées à des aspects de leur fonctionnement psychique (Ganellen, 1994). À l'inverse, certaines personnes vont être plus à l'aise lorsqu'elles répondent à un questionnaire dont elles connaissent le format à l'avance et vont être de ce fait moins défensives dans le cadre de certaines procédures. L'exagération de la gravité de la psychopathologie est possible aux questionnaires ou aux procédures dont le sujet connaît à l'avance le mode de dépouillement, mais beaucoup plus difficile aux tests dont l'exploitation est peu explicite comme aux épreuves projectives.

Différents niveaux d'expérience vécue

Le fait d'exprimer des difficultés psychologiques à certaines épreuves mais pas à d'autres peut se produire en raison de stratégies conscientes comme nous venons de l'évoquer, mais aussi à cause de processus défensifs ou inconscients. Par exemple, les personnes ayant une organisation hystérique de la personnalité répriment, déniaient ou refoulent leur anxiété ou la détresse émotionnelle qu'elles ressentent. Ceci les amène par

exemple à donner des réponses normales aux items du MMPI-2 ayant trait à l'anxiété et la dépression. Dans le Rorschach, certaines variables indiquent qu'elles vivent actuellement une détresse émotionnelle (par exemple, DEPI = 6 ; Y = 4 ; Col-Shd Blends = 2). L'apparent désaccord entre les mesures envisagées ici peut être compris en faisant appel aux différences de méthodes employées pour explorer la détresse émotionnelle. Alors que certains instruments se basent sur une reconnaissance consciente des difficultés enregistrées à partir d'une description de soi, d'autres fondent leur analyse sur des indices plus subtils comme des déterminants particuliers de réponses au Rorschach. Les deux méthodes s'adressent au même concept, mais avec des stratégies différentes. Il est tout à fait possible que les processus psychologiques impliqués dans ces approches multiples soient différemment accessibles à la conscience. En d'autres termes, il est possible que certains désaccords soient dus au fait que ce que les personnes « savent » sur elles-mêmes et peuvent décrire de leur fonctionnement diffère de certains aspects réels de leur fonctionnement qui ne sont pas conscients. Il est donc fondamental au plan clinique d'identifier les pensées, les émotions et les comportements que les personnes ne peuvent pas reconnaître ou exprimer consciemment afin d'élaborer une description la plus précise et la plus complète de leur fonctionnement psychologique.

La littérature comporte de nombreuses analyses de ces phénomènes où les résultats de l'examen psychologique peuvent être affectés par des processus contrôlés par les personnes mais aussi par des facteurs non conscients. Dans une discussion portant sur les réponses défensives au MMPI-2, Greene (2000) opère une distinction entre deux façons de rendre compte ou d'expliquer une certaine minimisation des difficultés psychologiques de la part des sujets. D'une part, il pense que les personnes gèrent, en quelque sorte, l'impression qu'elles souhaitent donner ; les individus tentent consciemment de créer une image particulière d'eux-mêmes. On rencontre le plus souvent ce phénomène quand une décision favorable ou défavorable au sujet est susceptible d'être prononcée à partir du diagnostic psychologique.

D'autre part, une seconde tendance existe chez certains. Il s'agirait d'un type de tromperie de soi. Ce « mécanisme » rendrait compte du fait que nous nous protégeons en ne reconnaissant pas les aspects peu flatteurs de notre personnalité ou de notre comportement. Cette protection contre des émotions inacceptables ou pénibles est assurée par des mécanismes de déni, refoulement, projection ou clivage afin de mettre hors du champ de la conscience une certaine partie du vécu. Les psychologues savent qu'on retrouve de tels mécanismes dans des contextes psychopathologiques extrêmement divers. Ainsi, telle patiente développe un trouble psychosomatique parce qu'elle a des difficultés à exprimer sa détresse

émotionnelle directement. Ou encore, telle personne aux traits narcissiques et antisociaux attribue la responsabilité de ses problèmes à l'autre et l'accuse systématiquement, etc. Plusieurs études ont montré que des erreurs majeures pouvaient être commises dans le jugement clinique quand les cliniciens ne se basent que sur des auto-descriptions, plus vulnérables par nature aux réactions défensives de toutes sortes destinées à minimiser l'expression ou la reconnaissance de ses difficultés par le sujet (voir Shedler, Mayman & Manis, 1993 pour un exemple).

Les remarques traditionnelles sur l'efficacité des tests projectifs mentionnent qu'ils permettent de mettre à jour des aspects « cachés » de la psychologie des personnes. Les discussions diverses sur le processus de réponse au Rorschach insistent toutes sur l'importance des émotions, des conflits, des défenses, et des préoccupations des personnes dans la production et la sélection des réponses (Schafer, 1954 ; Chabert, 1983 ; Exner, 1995 ; Andronikof-Sanglade, 1995). Ce point permet de comprendre la large utilisation qui est faite des techniques projectives malgré certaines faiblesses psychométriques reconnues par les cliniciens eux-mêmes (Meyer, 2000). Il semble que les approches « objectives » et les approches « projectives » n'aient pas accès au même niveau d'information.

Ces approches abordent l'information à différents niveaux de conscience, comme des résultats empiriques tendent à le montrer. McClelland et ses collaborateurs n'ont pu observer que des corrélations faibles entre des mesures projectives et objectives de besoins comme les besoins de soumission, de pouvoir, de réalisation, etc. (à l'aide du TAT, McClelland, Koestner & Weinberger, 1989). Le même résultat a été obtenu avec des mesures de la dépendance (à l'aide de la *Rorschach Oral Dependency scale*, Bornstein, Bowers & Robinson, 1995). On peut supposer que les résultats issus de méthodes projectives identifient des thèmes motivationnels ou émotionnels implicites ou sous-jacents, caractérisant la vie psychique des individus, et influençant leurs conduites d'une manière automatique, c'est-à-dire en dehors de toute conscience. À l'inverse, les mesures auto-descriptives identifient des caractéristiques psychologiques, des traits, des valeurs, que les personnes s'attribuent consciemment.

La conséquence de cette vision est claire pour notre propos. On peut s'attendre à ce que les conclusions des procédures auto-descriptives (type MMPI-2, ou questionnaire de symptômes comme la SCL-90 R) diffèrent significativement de celles des procédures projectives dans les cas où les deux types de procédure évaluent des fonctionnements psychologiques à un niveau différent de conscience ou de vécu personnel, et quand il y a un écart important entre le vécu, les valeurs, les désirs, les perceptions des autres et de soi, conscients et inconscients.

En conclusion, lorsque les résultats d'instruments de nature différente divergent, nous devons examiner si cette divergence est le fruit d'une tentative consciente pour déformer l'image que donne le sujet de lui-même, si la cause est plutôt un problème d'aisance ou de gêne vis-à-vis d'un format ou d'un mode de structuration de la situation proposée, ou encore si ces différences viennent d'une différence de niveau de vécu subjectif. Dans tous les cas, les explications constituent des hypothèses cliniques très riches. Afin de décider laquelle de ces explications est la plus probable dans un cas précis, il faut utiliser les instruments auto-descriptifs dans leur complexité en prenant en compte la situation d'examen et ses enjeux (pour le MMPI-2, les indices de validité), l'investissement du patient dans la passation de chaque procédure, l'organisation défensive du sujet, et ce que l'on sait de l'organisation psychopathologique de la personne, surtout si cette organisation favorise une séparation entre ce qui est reconnu consciemment et ce qui n'a pas accès à la conscience.

LE CAS DES RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES

L'utilisation conjointe d'instruments peut également être une opportunité pour interpréter les données de manière complémentaire, soit en identifiant à l'aide d'une procédure des informations qui ne seraient pas disponibles avec une autre procédure, soit en utilisant des données issues d'une procédure pour enrichir les interprétations obtenues par ailleurs (cf. Weiner, 1995). De nombreux exemples de ce type de raisonnement sont disponibles dans la littérature du MMPI / MMPI-2 (Greene, 2000 ; Duckworth & Anderson, 1995 ; Friedman, Webb & Lewak, 1989), ce qui est normal puisque ces instruments ont été mis au point à l'origine dans une optique de confrontation entre des échelles cliniques, de validité et supplémentaires. Bien que ces stratégies soient appliquées à des raisonnements intra-test, il est tout à fait possible de les appliquer à l'intégration des informations entre instruments. Par exemple, un score élevé à l'échelle 4 (Pd) pourra avoir moins d'implications psychopathologiques si la personne montre des signes de contrôle de soi et de tolérance à la frustration au Rorschach (par exemple, $D = +1$; $FC : CF + C = 5 : 2$).

Les résultats d'une procédure permettent également de différencier des patterns très différents de conduites. Par exemple, à protocoles Rorschach « similaires », les résultats au MMPI-2 peuvent aider à différencier des fonctionnements différents. En effet, le MMPI-2, comme le TAT ou d'autres tests thématiques, pourront apporter une aide précieuse dans l'identification de problèmes qui ne seraient pas apparus dans les protocoles de Rorschach. Il peut s'agir, par exemple, des aspects subtils du fonctionnement interpersonnel (au TAT) ou de la possibilité que l'abus de substance joue un rôle majeur dans le fonctionnement de la personne

(à l'entretien ou au MMPI-2). Quand ils sont utilisés d'une manière complémentaire, les résultats de ces « piliers » de l'examen psychologique peuvent mettre à jour ou accentuer certaines interprétations et en nuancer ou minimiser certaines autres. Par exemple, l'intégration des Rorschach et MMPI-2 est réputée apporter beaucoup de richesse et de profondeur à l'interprétation clinique des données sur la personnalité des sujets ; elle permet la mise en évidence de fonctionnements et d'informations spécifiques qui ne pourraient pas être disponibles par l'exploitation exclusive d'un seul instrument (Ganellen, 1996).

CONCLUSION

Ce chapitre a été consacré à la présentation des grands principes relatifs à la pratique de l'intégration des données cliniques qui est le socle du diagnostic psychologique. Ainsi, nous avons observé que la situation d'examen psychologique avait pour intérêt principal de manipuler des contextes plus ou moins standardisés sur certaines dimensions-clés. Nous avons distingué de grandes options théoriques à niveaux d'abstraction différents, dont la mise en œuvre dans le diagnostic psychologique peut être transversale, c'est-à-dire appliquée à des modèles divers utilisés par les cliniciens.

Après avoir évoqué les caractéristiques des situations et les orientations théoriques des cliniciens, nous avons développé les questions stratégiques et proposé une méthode pour l'intégration des données cliniques sous la forme d'une grille d'analyse des résultats de l'examen. Il s'agit donc d'une recommandation technique pour le travail du psychologue. Cependant, notre démarche souligne que cette recommandation est sous-tendue par des présupposés théoriques, voire épistémologiques, fondamentaux : intégration de données dont le statut est différent, interaction entre facteurs de situation et facteurs personnels chez le psychologue.

Il nous reste maintenant à appliquer cette proposition technique, à travers l'exploitation de deux cas de figures typiques : la planification des traitements et la prédiction des risques. L'objectif des cas cliniques qui suivent (Chapitres 7 et 8) est donc de fournir, d'une part, une application des recommandations techniques des Chapitres 5 et 6, et d'autre part, un développement concernant des thèmes rarement traités dans la littérature de l'examen psychologique.

POUR APPROFONDIR...

Il n'y a pas d'ouvrages en français centré sur ce thème. Une approche exclusivement psychanalytique est donné par Husain-Zubair (1992). Quelques indications sur l'intégration Rorschach – TAT sont données par Chabert (1994). Les ouvrages de Fischer (1994) et Ganellen (1996) sont plus techniques.

1. FISCHER, C.T. (1994). *Individualizing psychological assessment*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.
2. GANELLEN, R.J. (1996). *Integrating the Rorschach and the MMPI-2 in personality assessment*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum.
3. HUSAIN-ZUBAIR, O. (1992). *Essai sur la convergence des techniques dans l'examen psychologique*. Lausanne : Payot.
4. CHABERT, C. (1994). Les approches structurales. In D. Widlöcher (Ed.), *Traité de psychopathologie*. Paris : Presses Universitaires de France. (p. 105-157).