n° 110-111
Sept. - Déc. 2021

POUR LA RECHERCHE

http://www.psydoc-france.fr

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE
CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE

8 €

Editorial

- Monique Thurin -

Au sommaire

Recherche et Pratique
Construction et utilisation d'un instrument pan-théorique adapté au processus de la psychothérapie : le Psychotherapy Process Q-set (PQS)



Directeur de la Publication :
Dr J-J Laboutière
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
Dr M.C. Cabié,
Dr N. Garret-Gloanec,
Dr D. Roche-Rabreau
M. Thurin

PLR électronique,
Comité Technique
J.M. et M. Thurin,

● Nous vous proposons, dans ce numéro de *Pour la Recherche*, la présentation d'un instrument d'évaluation du processus de la psychothérapie. Pourquoi ?

Une première réponse est que c'est un outil rare d'évaluation du processus de la psychothérapie et utilisable par tout clinicien formé à une méthode psychothérapique. Lorsque nous avons mis en place la méthodologie du *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (RRFPP),* nous avons d'abord testé ceux qui étaient validés (ils sont peu nombreux). Après une étude pilote et l'utilisation par plusieurs cliniciens, nous avons évalué le Psychotherapy Process Q-set (PQS) comme très pertinent, pour la recherche mais aussi pour la pratique. Pour la recherche, le PQS et le CPQ (la version enfant) ont fait partie de l'évaluation de chaque cas intégré dans le Réseau. Ils ont apporté des résultats très fins dont on peut retrouver les résultats dans les différentes publications. Récemment, grâce à une subvention de la *Fondation de France*, un livret (Processus et mécanismes de changement dans la psychothérapie d'enfants avec autisme), contenant les aspects principaux du pôle autisme a été publié. Il peut être obtenu dans sa version électronique sur demande.

Le but du PQS n'est pas de prescrire l'activité du thérapeute mais de décrire ce qu'il fait à différent temps dans sa pratique avec le patient qu'il accompagne. Pour ses auteurs, il s'agit de comprendre ce qui produit le changement thérapeutique. Cette compréhension n'étant possible qu'avec l'examen minutieux du processus, en plus de celui de ses effets.

Les auteurs du PQS avaient en tête l'idée que cet instrument pourrait se substituer avec bénéfice aux manuels, très statiques, pour former les étudiants, non plus à la façon de mener une psychothérapie, mais à observer comment se déroule un processus, qu'il soit Psychanalytique, Cognitivo-Comportemental, Interpersonnel ou autre. Cela permettrait au thérapeute en formation d'avoir une connaissance plus précise de ce qui se passe dans un tel processus, en gardant à l'esprit que c'est lui qui conduit la psychothérapie et qu'il est un des acteurs de la dyade. Cette possibilité s'est révélée également intéressante pour le clinicien chevronné, en groupe de pairs.

Dans la première partie, nous rapportons comment les auteurs ont construit l'instrument, son application dans différentes recherches avec comparaison des thérapies, construction de prototypes de différentes thérapies afin d'en faire un outil pan théorique. La présentation ne rapporte qu'une partie infime des travaux réalisés par les auteurs. Les questions posées dans chacune des études présentées impliquent une lecture attentive et progressive. Les personnes intéressées peuvent se reporter à chaque étude notée dans les références bibliographiques.

Dans la seconde partie, nous présentons quelques études menées par d'autres auteurs qui ont utilisé le PQS. Puis nous rappelons, brièvement, la méthodologie du Q-sort utilisée pour l'évaluation des séances de psychothérapie par la cotation du PQS.

L'outil nécessite une prise en main autour de quelques séances. ●

Construction et utilisation d'un instrument pan théorique adapté au processus de la psychothérapie : le Psychotherapy Process Q-set (PQS)

Monique et Jean-Michel Thurin

Introduction

Le Psychotherapy Process Q-set (Questionnaire de configuration du processus psychothérapique), l'instrument de Jones et al., utilisant la méthodologie du Q-sort, a été développé sur une période de plusieurs années. La première version de 1985 (non publiée) [1] a été revue et corrigée à partir de son application lors de différentes études. Jones propose alors un premier manuel de l'instrument réalisé à partir de l'expertise de plusieurs psychothérapeutes qui ont formulé des items correspondant à ce qu'ils appréhendent comme des ingrédients spécifiques pour leur technique. Ces items, au nombre de cent, sont une compilation de toutes ces approches. Ce sont des formulations simples que les cotateurs doivent apprécier à partir d'une séance transcrite de psychothérapie.

Nous présentons la version 2000 qui est utilisée à présent. Il peut être utile de s'y rapporter avant de lire la suite de cet article (tr. fr. PLR 61). Pour commencer, disons qu'une des grandes qualités du PQS est d'être pan théorique. Cette qualité lui donne la possibilité d'être utilisé par n'importe quel clinicien de n'importe quelle approche.

Analyser le processus dans le cadre des psychothérapies nécessite de bien en éclairer les différentes composantes. Quelles sont-elles ? D'abord le patient, le thérapeute, leurs interactions (incluant le cadre thérapeutique). Ensuite, concernant le patient, ses troubles, leur gravité et la situation de départ du patient pour les aborder ; concernant le thérapeute, son expérience (incluant sa théorie), son investissement et son empathie. Enfin, concernant la psychothérapie proprement dite, les effets de l'action thérapeutique sur les fonctionnements du patient et bien sûr, d'un élément non négligeable, le temps. Tous ces éléments sont identifiés et nous pouvons les retrouver classés en « facteurs communs » et « facteurs spécifiques ».

Utilisation du PQS en pratique et en recherche

Nous allons suivre le cheminement des auteurs du PQS. Ils ont cerné un certain nombre de questions très intéressantes qui ouvrent à une réflexion sur le processus et permettent d'aller plus loin. Aborder les caractéristiques du processus en psychothérapie n'est pas chose facile et la construction d'un instrument dédié à cet effet nous apporte de nombreuses informations. Nous verrons comment les auteurs ont tenté de caractériser les éléments qui concernent des situations particulières, à la fois directement et en les mettant en relation avec un modèle idéal d'approche. Après avoir situé les limites du manuel, à la fois pour aider des personnes en souffrance et aussi parce que différentes études ont montré que c'était un exercice qui allait à l'encontre de l'ajustement spontané que réalisent les praticiens chevronnés, ils ont élaboré une méthodologie permettant de distinguer les pratiques de psychothérapie suivant la référence théorique principale du thérapeute, leur idée/distance avec ce qui serait le modèle théorique caractéristique (prototype de chacune des thérapies) et en fonction des troubles pour lesquels la thérapie est mise en œuvre. Cette mise en rapport a été réalisée à partir des données cliniques à leur disposition. C'est ainsi que nous retrouverons un certain nombre d'études ayant pris les données cliniques des psychothérapies pour la dépression issues du National Institute of Mental Health (NIMH) pour le programme Treatment of Depression Collaborative Research Program (TDCRP). D'autres données issues de la clinique ont également été utilisées dans ces études, concernant notamment des troubles névrotiques, le PTSD et le trouble panique… C'est sur une période s'étalant de 1985 à 2008 que nous avons suivi cette construction et les applications qui en sont issues.

Aborder le processus nous fait entrer dans la complexité des facteurs qui le composent. C'est bien la question que se sont posée les auteurs dès 1988 qui ont cherché, dans une première étude, à déterminer « les effets des facteurs spécifiques », alors que la tendance était de considérer que c'était principalement les effets des facteurs non spécifiques qui faisaient avancer la psychothérapie. Autrement dit, la technique du thérapeute n'était alors que peu impliquée dans les résultats.

Ensuite, nous voyons apparaître des études concernant un axe particulier, par exemple celle de 1992 concernant « l'évolution des thématiques dans le cadre de psychothérapies psychodynamiques à partir de troubles névrotiques », ou celle de 2002, explorant « l'émotion du patient et les attitudes du thérapeute » à partir de deux types de thérapies, la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) et la Thérapie InterPersonnelle (IPT). Mais c'est surtout autour de la recherche portant sur la caractérisation du processus que l'on voit de nombreuses études comparant le processus en situation naturelle et celui évalué par des experts de différentes techniques (prototypes). Les différentes théories abordées, qui ont donné lieu à des prototypes sont les suivantes : psychodynamique, Cognitivo-Comportementale, Interpersonnelle et la dernière, que nous identifions sous le terme d'Intégrative (Control Mastering Théorie). Les études comparant le prototype à la psychothérapie en situation naturelle, abordent également un certain nombre d'autres questions à partir de pathologies diverses. C'est ce que nous allons voir maintenant.

a) Premières recherches avec le PQS

Recherche des effets des facteurs spécifiques, 1988 [2]

Une période importante de la recherche sur les psychothérapies a été la mise en évidence que, globalement, les résultats obtenus par les différentes « marques » de psychothérapie étaient les mêmes. Une tentative d'explication en a été que l'efficacité se situait dans les facteurs communs (les qualités inhérentes à toute relation humaine positive qui affectent les attentes où la conduite d'une personne). Cela aurait signifié que toute l'activité spécifique du thérapeute (telle que l'interprétation, l'identification des sentiments ou la correction des distorsions et des croyances à propos de la réalité) était sans objet et que l'action thérapeutique était à rapprocher de l'action placebo en médecine ou de l'alliance thérapeutique en psychothérapie. L'étude de 1988 a donc examiné les effets des facteurs spécifiques, c'est-à-dire d'actions bien définies du thérapeute et de « sa technique » (incluant son approche, son style et ses interventions qui peuvent évoluer au cours d'une thérapie) et des comportements et attitudes du patient, sur les résultats de la psychothérapie.

Jones et al. considèrent que le développement du débat à propos des effets non spécifiques est lié soit à un manque de démonstration d'effet différentiel de différents traitements, soit à l'absence d'identification d'une relation entre des classes particulières d'interventions du thérapeute et les résultats du traitement. De nombreux facteurs ont fait discuter la valeur des résultats constatés des thérapies, y compris avec de bonnes mesures : la taille modeste des échantillons, la durée courte des thérapies (en moyenne 15 séances) et le fait que les

patients changent rarement de façon identique. Même ceux qui ne sont que peu familiarisés à la recherche s'accorderont sur le fait que les questions cruciales de la recherche en psychothérapie restent l'association entre les processus, à la fois dans ses aspects relationnels et techniques, et les résultats. Cette association n'a longtemps été recherchée qu'à partir d'associations directes et non pas dans la complexité des interactions de variables multiples qui sont le fait de la psychothérapie.

Le but de cette étude a donc été de rechercher la contribution de facteurs spécifiques – c'est-à-dire – d'actions et de techniques du thérapeute bien définies, de comportements ou d'expériences aussi bien que de qualités particulières de l'interaction dans la dyade – au résultat d'un traitement dans une psychothérapie brève, dynamique.

Quarante patientes diagnostiquées souffrant d'un syndrome de stress consécutif à un événement traumatique ou à un deuil ont été prises en charge par un thérapeute d'obédience psychodynamique pour une psychothérapie brève de 12 séances. Ces patientes, pour être incluses, devaient avoir souffert de symptômes caractéristiques du syndrome post traumatique tels que des idées intrusives, des images ou des sentiments relatifs à l'événement traumatique ou une insomnie. Des cauchemars ou des flashbacks, des signes d'évitement (tels qu'une tentative de travail excessive ou la conscience d'éviter des rappels de l'événement), étaient également pris en compte dans l'identification du syndrome. Les résultats ont été évalués à partir de six instruments de mesure (BSI, GSI, IES, Experience of stress scale, SRRS, BPRS). Le processus a été évalué à partir des transcriptions des séances de thérapie avec le *Psychotherapy Process Q Sort.* Les patientes ont été revues par le même clinicien quatre mois après la fin de la psychothérapie.

Les résultats (pré-post thérapie) ont montré que les facteurs spécifiques étaient en effet prédictifs des résultats du traitement, bien qu'habituellement en interaction avec la gravité des troubles du patient avant le traitement. Les caractéristiques du processus concernant les résultats positifs, avec des patients plus ou moins perturbés, ont mis en parallèle la distinction reconnue depuis longtemps entre les approches « d'expression » et « de soutien ».

Les résultats montrent bien que ce qui intervient dans le changement du patient est plus complexe que ce qu'implique l'hypothèse de l'efficacité thérapeutique « non spécifique ». Les thérapeutes dont il a été constaté de meilleurs résultats ont clairement utilisé différentes techniques suivant le niveau de perturbation des patients. Leurs interventions ont probablement été guidées et déterminées par leurs évaluations des forces et des faiblesses caractérologiques et émotionnelles de leurs patients. Autrement dit, les thérapeutes qui ont eu de bons résultats avec des patients plus perturbés ont modifié le modèle « recommandé » du traitement des troubles post traumatiques de façon plus appropriée à la nature des difficultés de leurs patients. Les différences dans la nature du processus thérapeutique qui ont conduit à des résultats bénéfiques chez des patients plus ou moins perturbés rejoignent la distinction de Sifneos (1972), entre les approches de suppression de l'anxiété et de provocation de l'anxiété dans les thérapies brèves ainsi que les traitements « de soutien » et « d'expression » définis par l'étude Menninger (Wallerstein, 1986).

Il semble que jusqu'alors on se soit focalisé sur des associations simples et directes en omettant des corrélations cohérentes entre les aspects spécifiques et les résultats. On a ainsi exclu d'autres variables potentielles. L'évaluation du processus avec le PQS dans cette étude montre qu'un aspect particulier du processus isolé (par exemple l'activité du thérapeute ou les interprétations du transfert) pourrait ne pas être un indice cohérent de changement mais qu'il pourrait prédire le changement en interaction avec certaines qualités du patient.

L'étude présente pose la question de la distinction couramment utilisée entre technique ou pratique et facteurs généraux de la relation tels que l'alliance thérapeutique. Les données arguent fortement que les interventions spécifiques, intentionnelles importantes, forment et définissent les relations. Un thérapeute qui fournit une réassurance gratifiante, offre des conseils et des encouragements, aide le patient à se focaliser sur ses problèmes particuliers, évite d'évoquer les affects difficiles, crée une relation particulière, qui sera d'un autre ordre que celle du thérapeute qui insiste sur les expériences affectives du patient et discute la nature de la transaction entre elles.

Les limites de cette étude, comme le soulignent les auteurs, sont qu'il s'agit d'une part de psychothérapies brèves et que, d'autre part, la pathologie abordée est la même. Il ne convient pas ici de faire des généralisations, mais nous verrons que d'autres études peuvent appuyer certains des résultats ici avancés.

> *Le processus psychothérapique comme témoin de la transformation des significations attribuées à la réalité dans le cadre de troubles névrotiques, 1992* [3]

Dans un article de 1992, Jones et al. ont étudié l'évolution des thématiques au cours d'une psychothérapie psychodynamique brève (16 séances), réalisée en pratique privée chez trente patients (20 femmes et 10 hommes) présentant des troubles névrotiques [4].

Les transcriptions entières des séances de thérapie ont été évaluées par des cotateurs externes en utilisant la variation des scores de la SCL-90 et pour le processus à partir du PQS. L'échantillon a démontré un changement statistiquement significatif entre le début et la fin du traitement et une majorité de patients ont montré au moins un critère de changement cliniquement significatif. Une perspective longitudinale du processus suggère que ces traitements ont été caractérisés par ce qui pourrait être décrit comme une orientation graduelle, allant d'une construction externe de la réalité orientée par les difficultés personnelles vers un accent mis sur l'expérience intérieure et la relation avec le thérapeute. Les résultats sont modélisés par une conceptualisation du processus qui n'est pas celle d'un déroulement discret mais comme une série d'actions qui se définissent et se donnent mutuellement une signification ainsi qu'au contexte. Cette conceptualisation appréhende, de façon plus adéquate, les réalités cliniques et est un modèle plus intéressant pour la recherche que la vision conventionnelle des processus constitués d'éléments uniques et fixés qui, les uns après les autres, contribuent au résultat.

Les thérapeutes, au nombre de quinze utilisent le modèle de la psychothérapie psychodynamique. Le but de l'étude n'est pas de prescrire l'activité des thérapeutes mais de décrire ce qu'ils font actuellement dans leur pratique privée. Les évaluations des séances réalisées avec le PQS sont effectuées par des étudiants en psychologie clinique, formés à l'instrument.

Les résultats, à partir des items du PQS, montrent qu'au fur et à mesure que le traitement progressait, les patients exprimaient moins leur détresse psychologique en termes de symptômes et plaintes physiques, et blâmaient moins les autres ou les forces externes pour leurs difficultés. Avec le temps, les thérapeutes ont fait plus d'observations sur les sentiments et les idées qui étaient restés à distance ou rejetés de leur conscience, et les patients ont acquis parallèlement une meilleure compréhension, plus perspicace et plus aboutie, de leurs problèmes. Le changement s'est également manifesté dans le rapport thérapeute-patient : la discussion par les patients des événements se déroulant en dehors de la thérapie a diminué sensiblement et s'est trouvée remplacée par la relation thérapeutique. C'est-à-dire que les aspects de l'interaction ou du processus interpersonnel entre le patient et le thérapeute sont devenus un aspect important de leur dialogue. Les configurations des items ont confirmé, à l'appui des résultats, que les traitements réussis ont été caractérisés par ce genre de mouvement dans le processus de la thérapie. Moins de résultats positifs, par exemple, ont été associés à de nombreux facteurs qui semblent refléter une orientation plus extériorisée de la part des patients : compter sur leur thérapeute pour résoudre leurs problèmes ; résister à l'examen de leurs pensées et motivations ; et parler

sur un mode émotionnel distant. Les patients qui ont réalisé de meilleurs résultats ont atteint un insight plus important. Ils ont également pu vivre une expérience cathartique aidée par leur thérapeute, à la différence des patients qui ont eu des résultats moins positifs, qui ont lutté pour maintenir le contrôle de leurs sentiments et de l'interaction avec le thérapeute.

Cette étude souligne également l'importance d'obtenir non seulement des représentations « statiques » du processus, c-à-d, des descripteurs du processus à un moment donné, mais aussi des descriptions « en mouvement » de l'évolution des processus de changement. Cela permet une compréhension du processus comme une succession de configurations qui se prolongent dans le temps.

Comparaison des caractéristiques des approches psychodynamique et cognitivo-comportementale, 1993 [5]

Dans un article de 1993, Jones et Pulos rapportent les caractéristiques de 30 psychothérapies psychodynamiques brèves de patients présentant un éventail de troubles névrotiques et de 32 psychothérapies cognitivo-comportementales de patients présentant une dépression majeure. Cent quatre vingt six séances ont été enregistrées, transcrites et évaluées avec le PQS.

Les résultats montrent que, malgré plusieurs caractéristiques communes dans les deux thérapies, il existe des différences importantes entre elles. Les psychothérapeutes psychodynamiques donnent une importance particulière à l'expérience de l'affect par le patient, à la prise de conscience de sentiments qui lui étaient difficiles de reconnaître, à l'intégration du passé avec le présent et à l'utilisation active de la relation thérapeutique pour aider le changement. Les thérapeutes TCC utilisent la compréhension objective et la rationalité pour contrôler l'affect négatif, utilisent l'encouragement, le soutien et la réassurance. La question qui s'est alors posée a été de savoir s'il existait des facteurs fondamentaux que les deux traitements partageaient et, partant de là, si de telles dimensions pouvaient être associées à l'efficacité de chacun des traitements. Pour chacun des patients, tous les items des trois séances évaluées ont été soumis à une analyse factorielle (méthode des composantes principales). L'analyse factorielle a rapporté quatre facteurs conceptuellement interprétables après rotation Varimax, qui ont ensemble expliqué 42% de la variance dans les descriptions d'items : facteur 1 : technique psychodynamique ; facteur 2 : technique cognitivo-comportementale ; facteur 3 : résistance du patient (reflétant si le patient était capable ou non de créer une alliance thérapeutique …) ; facteur 4 : affects négatifs du patient. Pour déterminer si les quatre facteurs de processus étaient associés aux résultats du traitement, les auteurs ont calculé la corrélation partielle des scores de résultats et des scores des patients relatifs à chacun des facteurs.

Les auteurs s'attendaient à ce que les scores élevés au PQS dans chacune des deux thérapies soient corrélés à leurs résultats, mais ce ne fut pas le cas. La technique psychodynamique était corrélée de façon significative avec l'amélioration du patient sur quatre des cinq échelles de résultats pour l'échantillon de thérapie cognitivo-comportemental et la technique cognitivo-comportementale ne montrait pas ou peu d'association avec les résultats. La corrélation de la technique psychodynamique aux résultats dans les thérapies psychodynamiques a montré une tendance quasi significative, tandis que la technique cognitivo-comportementale a montré une association significativement négative de l'une des quatre échelles de résultats dans cet échantillon de traitement. Le facteur 3, résistance du patient, a été corrélé négativement de façon significative dans les résultats des deux échantillons de traitement (des cinq échelles de résultat dans les TCC et 2 des quatre échelles dans les TPD). Le facteur 4, affect négatif du patient a été corrélé négativement avec les résultats dans les thérapies cognitivo-comportementales sur le MMPI-D par contre, il était positivement associé avec les résultats sur l'une des quatre échelles (PPRS coté par le thérapeute) dans les traitements psychodynamiques. Cette corrélation contradictoire pourrait s'expliquer par le statut de l'affect dans chacune des thérapies, son contrôle dans les TCC, son exploration et son expression dans les TPD.

La question centrale de cette étude était de savoir jusqu'à quel point les données de processus sont utiles pour vérifier ou falsifier les constructions théorico cliniques dont ces deux approches thérapeutiques dérivent. Cette étude montre qu'effectivement les processus psychothérapiques dans les traitements psychodynamiques et cognitifs sont très différents. Certains théoriciens cognitivo-comportementaux ont fait l'hypothèse que les TCC réalisaient un changement chez le patient en modifiant des configurations de pensée spécifiques inadaptées telle que les attitudes dysfonctionnelles ou des biais d'attribution dépressifs. D'autres, cependant ont suggéré que le principal effet de la TCC se tient dans l'aide apportée au patient d'atteindre un contrôle plus grand de leur pensée dépressive et d'offrir des stratégies alternatives d'ajustement (*coping*) telles que la distraction, la gestion de la pensée négative et des activités apportant plus de plaisir et de maitrise plutôt que dans la modification des pensées dysfonctionnelles. Les données suggèrent ici que ces traitements, tels qu'ils sont conduits, renforcent le contrôle cognitif de l'affect négatif à travers la rationalité et l'intellectuel, combinés avec un encouragement vigoureux, un soutien et une réassurance de la part du thérapeute. Il existe en fait plusieurs approches cognitivo-comportementales, en particulier « rationalistes » et « développementales ». Beaucoup d'éléments de l'approche développementale sont contenus dans le facteur de processus qui est ici désigné comme technique psychodynamique (facteur 1). Le niveau suivant lequel les TCC contenaient des ingrédients de la technique psychodynamique a été associé à un résultat positif. En fait, c'était le facteur associé de la façon la plus permanente avec les résultats favorables de traitement dans les deux thérapies. Le cœur commun du processus thérapeutique dans les deux approches pourrait bien se situer dans ce domaine.

Cet article permet d'appréhender comment les auteurs ont cerné les items les plus caractéristiques et les moins caractéristiques à partir de l'utilisation du PQS pour chacune des thérapies en rapport avec les caractéristiques des patients. Les psychothérapeutes psychodynamiques ont suivi des patients avec des troubles névrotiques et les psychothérapeutes cognitivo-comportementalistes des patients souffrant de dépression majeure. Cette étude montre également comment l'analyse et la comparaison des facteurs actifs du processus dans différentes thérapies peut orienter vers ce qui serait un facteur commun de leur efficacité et également de leur inefficacité, ici la résistance du patient.

Interaction patient-thérapeute et changement, 1993 [6]

Dans un article de 1993, Jones, Ghannam, Nigg et Dyer présentent une étude qui exemplifie clairement un paradigme de la recherche sur cas clinique isolé dans le champ des psychothérapies.

Une patiente chez laquelle le diagnostic de trouble dépressif majeur avait été porté a été reçue pendant deux ans et demi dans le cadre d'une psychothérapie psychodynamique au rythme de deux séances par semaine. Chaque séance a été enregistrée au magnétoscope, et une évaluation des changements observés chez la patiente a été réalisée à intervalle régulier. Le fait de démontrer de manière convaincante le lien entre ce qui survient au cours de la séance et les changements observés chez le patient représentent un des défis majeurs de la recherche sur les psychothérapies. Les méthodologies conventionnelles de comparaison entre groupes ou d'essais cliniques contrôlés se sont avérées assez peu efficaces pour le repérage d'associations entre le processus de la thérapie et son issue (Garfield, 1990) ; il faut donc de nouvelles approches.

Cette étude intensive d'un cas clinique définit clairement un paradigme interactionnel et contextuel de l'étude du processus thérapeutique. Elle vise à saisir l'influence réciproque s'exerçant entre le thérapeute et le patient, les modalités de leur

relation, et le processus de changement dans un cadre longitudinal. Les auteurs ont choisi l'analyse de séries temporelles comme stratégie méthodologique, non seulement pour modéliser les fluctuations du processus tout au long de la psychothérapie, mais aussi pour établir des liens entre le processus et le changement chez le patient.

La patiente est âgée de 35 ans au début du traitement. Elle a divorcé environ dix ans plus tôt et a eu 3 enfants de ce mariage. Actuellement, la patiente et ses enfants vivent avec un homme qu'elle a épousé au cours de la thérapie. Elle se plaint d'être tombée dans une spirale émotionnelle lorsque son fils aîné, âgé de 16 ans, a exprimé le désir de vivre avec son père, son ex-mari. Son premier épisode de dépression sévère est survenu 6 ans plus tôt, au cours d'une année où elle a subi deux avortements. Elle a alors été traitée par un psychiatre qui lui a prescrit des antidépresseurs et a eu avec lui quelques séances de psychothérapie. La patiente dit que les médicaments ont alors allégé ses symptômes d'insomnie et de perte d'appétit, mais que cette thérapie ne lui a semblé aller nulle part.

Afin d'identifier les descripteurs du processus qui caractérisent le plus fortement la thérapie actuelle, la moyenne de chacun de 100 items du PQS a été calculée à partir des cotations respectives de ces items pour les 53 séances sélectionnées à intervalles réguliers tout au long du traitement (toutes les 4 séances). Les items ont été classés par ordre et les 10 items les plus et les moins caractéristiques ont été ainsi identifiés. Dans le récapitulatif de ces items les plus et les moins caractéristiques, la stratégie d'organisation des items a été choisie en fonction de leur cohérence sémantique plutôt qu'à partir d'un classement statistique, de sorte que les résultats puissent se prêter plus rapidement à une interprétation clinique. Par exemple : la patiente (Mme M), au cours de la thérapie a été docile (Q20,r), confiante (Q44,r) et pas exigeante (Q83,r), et elle coopérait avec sa thérapeute (Le Docteur X) plutôt que d'essayer de contrôler leur interrelation (Q87,r). Elle s'est sentie comprise par elle (Q14,r), a accepté en général ses commentaires et observations (Q42,r). Elle n'a que rarement eu des difficultés à commencer la séance (Q25,r) et, ce qui était compatible avec ce point, elle s'est montrée active en initiant des sujet de discussion (Q15,r) et en apportant des problèmes et des matériaux significatifs pour la thérapie (Q88). De son côté, la thérapeute s'est montrée empathique, impliquée sur le plan émotionnel avec la patiente (Q9,r) et confiante ainsi que sûre d'elle-même (Q86). Elle a assumé un rôle positif (Q45) et pédagogique (Q37), et n'a pas pris généralement la position d'un commentateur neutre (Q93,r). L'image qui émerge d'elle est celle d'une thérapeute qui explique, assume un rôle actif de soutien, donne son opinion et des encouragements directs à la patiente.

Les relations interpersonnelles de la patiente ont constitué un sujet d'importance majeure au cours des séances (Q63), et le discours thérapeutique a mis l'accent sur l'aspect cognitif, c'est-à-dire qu'il s'est centré sur les idées ou croyances de Mme M sur elle-même ou les autres (Q30). Les interprétations de sa thérapeute ont concerné plus généralement des personnes réelles de la vie de Mme M (Q40), et elle a fait des commentaires ou interprétations sur le sens éventuel des comportements perturbants de ces personnes (Q43). La nature psychodynamique de ce traitement se reflète dans certains aspects de la technique utilisée par la thérapeute, dont les plus importants concernent les interprétations qui ont établi un lien entre les sentiments ou expériences actuels de Mme M et ceux du passé (Q92), ainsi que l'identification de schémas récurrents dans son expérience de vie et son comportement (Q62).

Afin de déterminer si certaines dimensions du processus thérapeutique pouvaient être identifiées, on a soumis les notes Q obtenues pour chaque séance (N = 53) à une analyse factorielle exploratoire (méthode en composantes principales). Cette analyse a identifié quatre groupes analysables d'un point de vue conceptuel après "rotation varimax" : le facteur 1 « approbation/ neutralité du thérapeute », traduit l'approbation sans jugement du docteur X, son empathie et son travail d'aplanissement des difficultés comme sa perception précise de l'expérience qu'a la patiente de la relation thérapeutique. Le facteur 2 « interactivité du thérapeute », traduit les réponses personnelles et émotionnelles du docteur X à l'encontre de la patiente, son contrôle de l'interaction avec elle, et son style pédagogique, stimulant et faisant autorité. Il comprend également ce qui est vraisemblablement la réaction de la patiente à cette approche, c'est-à-dire sa difficulté à comprendre le docteur X et son sentiment d'être mal comprise. Le facteur 3, ou « technique psychodynamique », comprend les actions du docteur X que l'on associe conventionnellement à une approche psychodynamique, notamment l'interprétation des désirs, sentiments ou idées réprimés ou inconscients, l'accent mis sur les sentiments que la patiente considère comme inacceptables, l'interprétation des défenses, l'explication de la signification des fantasmes et le fait de rendre possible l'émergence des difficultés ou des conflits dans la relation thérapeutique sans chercher à apaiser ou satisfaire la patiente. Le facteur 4 « affect dysphorique du patient », traduit la dépression de la patiente, son anxiété et d'autres affects douloureux et aussi sa tentative de suppression ou de contrôle de tels sentiments au cours des séances. Les scores factoriels des séances de thérapie, en tant que première étape d'une tentative d'identification des aspects du processus associés aux résultats de la thérapie, ont été corrélés au GSI ou au SLC 90-R.

L'analyse du processus a montré que l'attitude neutre et facilitante du Docteur X, au cours de la première partie de la thérapie, s'est modifiée avec l'intensité de l'affect dépressif de Mme M qui a conduit graduellement le Docteur X à prendre une posture plus réactive et impliquée. Ce changement dans la nature du processus a entrainé une réduction graduelle du niveau symptomatique de la patiente. Ce changement d'attitude n'a concerné qu'un moment de la thérapie et a été interprété comme une attitude liée au transfert, relativement à l'histoire de Mme M avec sa mère.

Après ces premières recherches, les auteurs du PQS ont affiné l'outil en construisant des prototypes des principales thérapies : cognitivo-comportementale (TCC), psychodynamique (PPD), interpersonnelle (TIP), intégrative (CMT). Ils ont comparé les différentes thérapies à partir d'études menées à partir de différentes pathologies. Nous présentons le résumé de dix d'entre elles.

b) Construction de prototypes pour différentes psychothérapies : Psychodynamique, comportementale et cognitive, interpersonnelle et intégrative (CMT)

1. Recherche du degré de congruence entre trois psychothérapies menées en conditions naturelles et les « prototypes » d'un traitement idéal psychodynamique et cognitivo comportemental. Discussion des ingrédients de leurs efficacités respectives, 1998 [7]

Dans l'étude de 1998, Ablon et Jones présentent un complément important à la méthodologie novatrice qu'ils proposent pour identifier les caractéristiques du processus psychothérapeutique et ses ingrédients actifs.

Dans un premier temps, « des prototypes » des thérapies pychodynamique et cognitivo-comportementale ont été développés par un panel d'experts expérimentés pour chacune de ces deux thérapies. Chaque membre des panels de thérapeutes experts a été invité à classer les 100 items du questionnaire sur une échelle de 1 à 9, suivant sa concordance avec les principes de sa perspective théorique. A la fin de cette estimation, chaque expert a été invité à décrire un aspect important du processus thérapeutique qui n'aurait pas été fourni par les 100 items du PQS. Aucun des experts n'a indiqué qu'il manquait un domaine important du processus, suggérant ainsi que le PQS est pertinent pour créer des prototypes des deux types de thérapie.

Dans un second temps, des séances réelles de psychothérapie qui avaient été déjà évaluées en utilisant le PQS, ont été corrélées aux prototypes afin de déterminer à quel niveau de proximité les traitements réels se situaient par rapport aux prototypes idéaux. Trois ensembles d'exemples de traitement archivés, deux de traitements brefs psychodynamiques (N = 30 ; N = 38 (PTSD)) et un de traitement cognitivo-comportemental (N = 32) ont été utilisés dans les analyses. Quand plusieurs séances pour un patient donné avaient été évaluées, les items étaient ramenés à une moyenne pour obtenir un score par item pour chaque patient.

Une conclusion remarquable a été que des formulations du PQS ont été franchement corrélées avec le prototype cognitivo-comportemental dans les deux échantillons de traitements psychodynamiques. Les thérapeutes psychodynamiques ont appliqué une quantité notable de stratégies cognitivo-comportementales en plus des stratégies psychodynamiques dans le premier échantillon psychodynamique et presque autant de stratégies cognitivo comportementales que de stratégies psychodynamiques dans le second échantillon relatif au traitement psychodynamique avec des patients PTSD. En revanche, dans l'échantillon cognitivo-comportemental, la corrélation des items avec le prototype cognitivo-comportemental était positive et élevée, alors que la corrélation était négative avec le prototype psychodynamique. Les thérapeutes cognitivo-comportementalistes ont donc appliqué beaucoup plus leur méthode, et n'ont pas mis en œuvre un processus psychodynamique. Les traitements cognitivo-comportementaux ont semblé suivre le modèle cognitivo-comportemental de près. Les traitements psychodynamiques étudiés ont clairement inclus un ensemble d'interventions plus diverses. Les techniques cognitivo-comportementales ont constitué, d'une certaine façon, un sous-échantillon des techniques mises en œuvre par les thérapeutes psychodynamiques.

2. Étude de l'alliance thérapeutique, de ses composantes et de ses effets avec le PQS, 1998 [8]

Dans un article de 1998, Price et Jones examinent l'alliance thérapeutique à partir des formulations du PQS qui la concernent et évaluent ses effets comparativement aux résultats des quatre échelles de la CALPAS (California Psychotherapy Alliance Scales), dans un échantillon commun de séances de psychothérapie.

L'alliance thérapeutique est généralement définie comme la relation positive et de collaboration entre le patient et le thérapeute. Elle est une des peu nombreuses variables de processus dont la recherche a démontré la relation positive avec les résultats de la thérapie. Cependant, sa définition précise reste insuffisante et les mesures qui cherchent à la saisir s'organisent autour de deux grandes approches : les liens émotionnels entre le patient et le thérapeute d'une part, leur implication dans le travail de la thérapie d'autre part. Cette étude a comparé la cotation de l'alliance à partir du PQS avec ceux de la CALPAS, échelle qui est l'une des plus représentatives et utilisée dans ce domaine. L'étude utilise les données cliniques archivées de 30 psychothérapies psychodynamiques brèves de 16 séances en moyenne (déjà décrites dans les articles de 1992 et 1993). Les patients souffrent de troubles névrotiques divers : dépression, trouble dysthymique, trouble anxieux généralisé. Les séances 5 et 14 pour les 30 patients ont été évaluées à partir de la CALPAS et du PQS et comparées (n = 60 séances). Les auteurs ont fait l'hypothèse que la relation entre les items du PQS et ceux de la CALPAS serait relativement stable.

Trois facteurs du PQS permettent de rechercher l'alliance thérapeutique : l'interaction patient-thérapeute, la capacité du patient à s'engager dans la thérapie et le contre transfert du thérapeute. Après de multiples analyses de régression, il ressort que c'est l'interaction patient-thérapeute qui est le principal facteur de prédiction de l'alliance thérapeutique, comme l'ont constaté les évaluateurs utilisant dans cette étude un instrument spécifique de l'alliance thérapeutique, la CALPAS.

Des hypothèses ont été formulées concernant l'association de certains items du PQS avec des items concernant les 4 échelles de la CALPAS. Par exemple, l'item du PQS « le patient est introspectif, explore des pensées et des sentiments » (Q97) marque la capacité du patient de travailler dans la thérapie ; le patient est engagé dans le travail de la thérapie (Q73) marque que le patient est engagé ; Il y a une qualité concurrentielle dans la relation (Q39) reflète négativement la stratégie d'un travail en commun ; Le thérapeute est lointain, distant (vs sensible et impliqué affectivement) (Q9) reflète négativement la compréhension et la participation du thérapeute. Au total 33 items du PQS peuvent prédire la parenté avec l'alliance thérapeutique. Cependant, seuls 24 items du PQS ont été corrélés significativement avec les scores d'alliance mesurés par la CALPAS et lorsque les items du PQS ont fait l'objet d'une analyse factorielle, seuls 18 d'entre eux ont été corrélés significativement avec l'alliance.

Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire du PQS qui ont été présumés pour caractériser l'alliance suggèrent que l'alliance positive est associée à trois aspects du processus de traitement. Ces trois facteurs pourraient être vus comme correspondant aux trois dimensions qui, en partie, définissent la structure de plusieurs mesures d'alliance, à savoir les contributions du patient, les contributions du thérapeute, et les interactions patient-thérapeute.

Les analyses de régression multiples indiquent que l'interaction patient-thérapeute explique principalement la variance dans les estimations d'alliance prévues pour les items du PQS alors que les 2 autres facteurs n'expliquent aucune variance supplémentaire de manière significative. Ce résultat suggère que l'interaction patient-thérapeute joue un rôle majeur dans la construction de l'alliance, représentant probablement le noyau de la construction.

Le processus interactif décrit par ce facteur est en accord avec les modèles interactionnels courants des constructions telles que l'intersubjectivité, la capacité de tenir une place, et les structures interactionnelles répétées, qui soulignent l'interaction réciproque entre le patient et le thérapeute (Jones, 1997 ; Jones et Price, 1998).

3. Comparaison des psychothérapies cognitivo-comportementale et Interpersonnelle dans le traitement de la dépression (reprise des données cliniques du programme du NIMH), 1999 [9]

Dans un article de 1999, Ablon et Jones présentent une étude qui examine le processus de la psychothérapie dans le Programme de recherche collaborative sur le traitement de la dépression (TDCRP) du NIMH. Cette étude a réalisé une comparaison entre l'efficacité relative de la psychothérapie Interpersonnelle (TIP) et la psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC), un antidépresseur et une gélule placebo. 35 patients pour une IPT et 29 pour une TCC ont terminé la psychothérapie qui a duré en moyenne 16 séances (128 séances au total sont évaluées).

Des transcriptions de trois séances (début, 4ème et 12ème) de psychothérapies Interpersonnelles (TIP) brèves et cognitivo-comportementales (TCC) sont évaluées en utilisant le Psychotherapy Process Q-set (PQS). Les résultats montrent qu'il existe des domaines importants de chevauchement et des différences majeures dans le processus des deux thérapies. Les différences concernent en particulier le style du thérapeute, son activité et sa technique. Cependant, ces différences ne concernent que moins de la moitié des items car à la fois la TIP aussi bien que la TCC portent un accent sur des thèmes similaires telles que les relations actuelles et l'image de soi. Dans les deux modalités de traitement, les thérapeutes se sont révélés très soutenants et les patients compliants et « agréables ».

Les auteurs soulignent que, dans l'étude très bien menée du NIMH, les résultats ne concernent que les effets des thérapies et pas leur processus. Comprendre ce qui produit le change-

ment thérapeutique requiert l'examen du processus en plus de celui de ses effets. Différentes études ont montré le rôle de l'alliance thérapeutique en le présentant comme le facteur commun principal. Cependant, les auteurs notent que cette présentation peut introduire une confusion à propos du processus thérapeutique considéré alors comme un tout, ce qui n'explique pas vraiment comment une thérapie aide les patients à aller mieux. Pour le comprendre il est nécessaire d'utiliser un niveau d'analyse plus fine, ce qui a été réalisé avec le PQS.

Dans cet article, les auteurs décrivent précisément la TIP et la TCC dans leurs différentes phases. Cette étude représente également une réplication et une extension de l'étude de 1993 utilisant le PQS pour comparer le processus des thérapies psychodynamique et cognitivo-comportementale.

Les descriptions du processus de la thérapie par le PQS montrent comment les théories de la TIP et de la TCC ont été conduites en pratique réelle dans le TDCRP. Dans l'étude du TDCRP, le dialogue est centré sur le contexte social immédiat du patient (c'est-à-dire, ses relations interpersonnelles actuelles plutôt que celles de son enfance ou concernant des questions développementales), ce qui est cohérent avec les techniques prescrites par la théorie TIP. Les techniques TCC dans le TDCRP sont quasi similaires à celles mises en œuvre dans d'autres thérapies cognitivo-comportementales qui ont été étudiées en utilisant le PQS (1993).

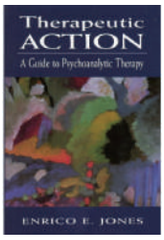
Les résultats montrent que les descripteurs patients, corrélés aux résultats, sont remarquablement similaires pour les deux traitements. Il n'y a donc aucune surprise à ce que les thérapies TCC et TIP produisent des résultats similaires. Seuls, 4 des 100 items se différencient de façon significative entre les séances du début et celles de la fin. Ainsi le processus de la thérapie a très peu changé au cours des traitements. Les auteurs se sont alors demandé quels pouvaient être les facteurs qui avaient produit les changements, au delà de l'alliance thérapeutique. Un examen soigneux a montré qu'à la fois dans la TIP et la TCC les items corrélés à un résultat positif semblent décrire deux types d'expérience du patient : un sentiment de soi positif et une vision idéalisée du thérapeute. Les descripteurs du processus du PQS, corrélés aux résultats, semblent ainsi identifier la présence d'un attachement positif et dépendant au thérapeute. Cela pourrait être un type de relation thérapeutique mobilisant le processus de changement. Différents investigateurs ont conceptualisé la vision idéalisée du thérapeute en terme de représentation mentale qui est une construction théorique centrale de la théorie psychanalytique, de la recherche en science cognitive et en psychologie développementale. D'autres auteurs, comme Blatt et al. se sont intéressés à cette question et ont proposé des modèles que les auteurs ont revisités. Par exemple, « les patients idéalisent leur thérapeute et projettent sur eux des qualités dont ils ressentent qu'ils manquent eux-mêmes. Ces qualités désirées, qui sont externalisées, sont ensuite internalisées par le patient par identification avec leur expérience dans la relation thérapeutique. Dans une perspective théorique d'apprentissage social, il est également probable que quand les patients s'identifient à certaines qualités du thérapeute, ils deviennent plus réceptifs à l'acquisition de nouveaux outils et de comportements plus adaptés en prenant le thérapeute comme modèle ». Une des questions que les auteurs posent est de savoir si ces changements, liés à un attachement positif et dépendant du thérapeute, sont susceptibles de durer à la fin du traitement lorsque le thérapeute n'est plus présent.

En définitive, ni la technique du thérapeute ni sa contribution n'ont été significativement associées aux résultats. Cela peut s'expliquer par le fait que la technique n'a d'effet que dans un certain *contexte*. Ces résultats sont liés aux modèles théoriques et peuvent aider à expliquer le rôle de facteurs non spécifiques associés à des résultats de traitement non différentiés dans la thérapie brève.

Les auteurs terminent leur article en soulignant l'importance en recherche psychothérapique d'une stratégie d'investigation qui alterne entre les méthodologies de groupe et les méthodologies intensives et quantitatives de cas isolés qui étudient directement comment les interactions réciproques du patient et du thérapeute affectent le résultat.

Cet article est riche d'enseignement, car partant du fait que les éléments du processus semblaient peu différents entre le début et la fin de la thérapie (rappelons qu'elle était brève), les résultats positifs ont permis aux auteurs d'en rechercher les causes et ont abordé des questions très importantes au niveau de la recherche. Rappelons également que les troubles relevés chez les patients n'atteignaient pas une gravité importante.

4. Publication de « Therapeutic Action » par l'auteur de l'instrument [10]



En 2000, Jones publie un ouvrage sur l'action thérapeutique et présente une version révisée du PQS, celle qui est actuellement utilisée. Cet ouvrage est centré sur l'action thérapeutique et offre une base de réflexion sur cette question très intéressante. C'est aussi dans cet ouvrage que l'on trouve l'instrument et son manuel, ainsi que plusieurs évaluations de cas cliniques.

5. Reprise des données du NIMH et de la construction des prototypes comparés à deux thérapie, la TCC et la TIP, 2002 [11]

Dans un article de 2002, Ablon et Jones rapportent une recherche qui prolonge la série des études qui ont examiné le processus de la psychothérapie. Les auteurs présument que les traitements psychothérapiques réalisés suivant les recommandations d'un manuel se recouvrent considérablement dans leur processus et leur technique, et que ce sont des stratégies communes aux deux traitements qui favorisent le changement du patient. Pour le démontrer, cette étude propose de comparer les prototypes idéaux des deux thérapies aux items les plus caractéristiques rencontrés au cours de thérapies menées en situation naturelle. Les hypothèses de la présente étude sont : 1) que les traitements réalisés à partir d'un manuel de psychothérapie et étudiés dans un essai clinique contrôlé se recouvrent considérablement dans leur processus et leur technique et 2) que les stratégies d'intervention communes aux deux traitements sont à l'origine de ce qui favorise le changement du patient.

Dans cette étude, un prototype additionnel a été créé pour la thérapie interpersonnelle. Les prototypes de la psychothérapie interpersonnelle et de la thérapie cognitivo comportementale ont été corrélés avec les cotations à partir du PQS de séances réelles de psychothérapie issues du programme de recherche du NIMH sur la dépression afin de déterminer dans quelle mesure les traitements étaient proches de ceux correspondant aux prototypes idéaux. En pratique la cotation, pour chaque patient de chacun des 100 items issus de séances en situation naturelle, a été corrélée avec celle des items du prototype correspondant à une pratique « idéale ». Ces corrélations ont été alors transformées en points de z, en utilisant la transformation Fisher r--z. Les points z représentent le degré suivant lequel une séance de psychothérapie est corrélée avec les prototypes idéaux.

Les résultats montrent que les psychothérapies interpersonnelle et cognitivo-comportementale mises en œuvre adhérent fortement au prototype idéal de la thérapie cognitivo-comportementale. En outre, l'adhésion au prototype de la thérapie cognitivo-comportementale entraine des corrélations plus positives avec les mesures de résultats pour les deux types de traitement.

Les auteurs en concluent qu'il peut être fallacieux de compter sur des noms de marque de thérapie pour les différencier.

6. Reprise des données du NIMH pour explorer, dans deux types de thérapies (TCC et TIP), l'émotion du patient et les interventions du thérapeute et les relations de ces processus pour les résultats, 2002 [12]

Dans un article de 2002, Coombs, Coleman et Jones présentent une étude réalisée à partir du Programme de recherche sur la dépression du NIMH (TDCRP). Il s'agit dans cette étude d'explorer l'expression émotionnelle du patient et l'attitude du thérapeute en relation avec elle dans les traitements conduits dans ce programme, et les relations de ces processus avec les résultats.

128 séances de thérapies TCC et TIP ont été transcrites et évaluées avec le PQS pour identifier le style général du thérapeute en ce qui concerne l'émotion du patient et caractériser d'autres aspects du processus de la psychothérapie. Il n'y a pas de différences significatives entre les niveaux de souffrance émotionnelle exprimée dans la TCC et la TIP. L'analyse factorielle des cotations du PQS fait apparaître trois facteurs principaux : le facteur 1., nommé « exploration commune de l'émotion par le patient et le thérapeute » a une relation significativement positive dans les résultats, que ce soit dans la TCC ou la TIP. Le facteur 2, nommé « processus éducatif/directif » ne l'a pas. Le facteur 3, nommé « Inhibition du patient » est plus élevé dans la TIP et est associé à des résultats positifs. Les patients avec de forts niveaux de souffrance émotionnelle ont eu tendance à avoir de moins bons résultats dans ces traitements brefs. De plus, au fur et à mesure que cette souffrance émotionnelle s'élevait chez ces patients, les thérapeutes ont eu plus de difficultés à appliquer des modalités d'interventions spécifiques.

Le centre de cette étude est d'explorer le processus et les techniques à partir desquelles les sentiments sont appréhendés pendant la séance de psychothérapie dans le programme NIMH et le rapport de ces derniers et des facteurs concernant la technique avec les résultats du traitement.

« Dans la présente étude, nous avons tenté de répondre à 4 questions de recherche et de tester les hypothèses qui leur sont associées. La première, a été celle de la nature des processus de traitement dans nos données et si l'attitude du thérapeute envers l'émotion représentait un trait important. Une partie de cette première question a été l'hypothèse que la TIP aurait tendance à explorer de façon accentuée l'émotion relativement à la TCC et que les séances de TCC redirigeraient l'émotion du patient dans le processus de la thérapie et se centreraient d'avantage sur des configurations cognitives et comportementales.

La seconde question était de savoir s'il existait des différences dans l'occurrence de l'expression de la souffrance affective dans les séances de thérapie TCC et TIP. Étant donné les différences théoriques dans les approches de la TIP et de la TCC, nous avons fait l'hypothèse que les séances TIP devraient contenir plus de sentiments du patient et que les séances de TCC en auraient moins. Pour tester cette question nous avons développé une mesure de souffrance affective utilisant un regroupement de trois items du PQS qui sont décrit dans la section méthodologique de cet article. Les trois items sont les suivant : **Item 26.** Le patient ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux) ; **Item 7.** Le patient est anxieux ou tendu (vs. calme et détendu) ; **Item 70.** Le patient lutte pour contrôler des sentiments ou des impulsions.

La troisième question de recherche a concerné la façon dont les caractéristiques des traitements TCC et IPT devraient varier dans des séances dans lesquelles des niveaux élevés de souffrance affective étaient caractéristiques. L'hypothèse était que les thérapeutes devraient répondre à l'émotion de leur patient d'une façon qui faciliterait des changements positifs en accord avec leur objectif particulier et la structure de leur modèle thérapeutique. Nous avons fait l'hypothèse sur la base de recherches antérieures (…) que les thérapeutes TCC devraient utiliser des techniques destinées à contrôler l'affect, à se centrer sur les cognitions, qu'elles adopteraient un style didactique et qu'elles utiliseraient des arguments rationnels. En contraste, nous avons fait l'hypothèse que les thérapeutes TIP devraient être plus enclins à évoquer l'émotion et à explorer sa signification et à relier ces sentiments à des situations interpersonnelles.

La quatrième question de recherche à examiner était : 1/ le lien entre l'attitude envers l'émotion du patient et le résultat du traitement et 2/ la relation entre la souffrance émotionnelle du patient et le résultat du traitement. »

Pour répondre à la première question de recherche, une analyse factorielle des items du PQS des 128 sessions de thérapie a été conduite pour extraire des configurations d'items qui ont expliqué la plupart de la variance dans le processus de traitement. On a choisi une solution de trois facteurs avec rotation Varimax qui a expliqué 35% de la variance partagée. Le facteur 1 « exploration collaborative de l'émotion par le patient et le thérapeute » a expliqué 18% de la variance.

Un résultat clé de cette étude est que le facteur « exploration collaborative de l'émotion » a été positivement corrélé avec les effets du traitement, alors que le facteur 2 « processus éducatifs directif » ne l'a pas été. La distinction de ce facteur 1 avec l'alliance thérapeutique, en général, a été réalisée.

Le troisième facteur « inhibition du patient » a conduit à un résultat inattendu, à savoir des effets plus importants de la thérapie que ceux chez lesquels on ne retrouvait pas ce facteur. Ce facteur trois se trouvait décrit par une configuration caractéristique de la dépression représentée par un affect émoussé, une constriction émotionnelle et une passivité auto-inhibante. Une explication possible de ce résultat étonnant est que la TIP permettrait à cette inhibition du patient d'être plus apparente dans les transcriptions des séances, tandis que la TCC la masquerait dans sa nature hautement structurée et éducative. Les thérapeutes TCC ont une façon très activement structurée de commencer les séances en demandant aux patients s'ils ont fait leur travail à la maison et ce qu'ils en ont appris. La thérapie interpersonnelle a une approche moins directive, attendant du patient habituellement qu'il commence à parler et en parlant généralement moins que les thérapeutes TCC dans les séances. Cela expliquerait que l'inhibition du patient puisse être plus apparente dans la TIP dans ces circonstances. Une autre explication serait que l'expression émotionnelle, quand elle atteint un certain niveau, bouleverse les attitudes couramment utilisées, à la fois par les thérapeutes TIP et TCC. Dans ce contexte, l'inhibition jouerait en quelque sorte un rôle protecteur pour les thérapeutes d'assurer leur traitement dans des conditions qui correspondent à leur pratique.

7. Développement du prototype de la CMT, psychothérapie intégrative et comparaison avec des séances réelles de psychothérapie dans le cadre d'un cas unique d'une dépression majeure, 2002 [13]

Dans un troisième article de 2002 Pole, Ablon et 0'Connor, présentent une étude de 16 séances de psychothérapie conduite dans la perspective de la théorie "Control Mastery theory" (CMT), une théorie cognitive, psychodynamique et humaniste du processus psychopathologique et psychothérapique (que nous nommerons Intégrative).

Pour chaque séance, des mesures ont été réalisées concernant l'affect du patient, la technique du thérapeute et l'alliance thérapeutique. Les auteurs ont développé un prototype de la technique idéale de la CMT pour ce cas et ont déterminé les effets potentiels de ce prototype relativement à ceux de chaque séance de thérapie réelle. Le fait de mettre en œuvre une technique idéale CMT a été associé à de meilleurs résultats, même après avoir contrôlé l'affect et l'alliance thérapeutique dans la séance au cours du temps. La patiente, Maria, est une jeune femme de 30 ans qui souffre d'une dépression majeure dont le premier épisode est intervenu après son mariage et la naissance de son premier enfant. Lorsqu'elle demande à consulter pour une psychothérapie, elle vient de perdre sa mère (morte des complications d'une grippe), elle a trois enfants auxquels

elle se consacre ainsi qu'à son mari qui fait des études supérieures. Elle a dû arrêter les siennes à la naissance de son premier enfant, alors qu'à la mort de sa grand-mère (elle avait 25 ans) elle s'était jurée de ne pas faire comme elle et sa propre mère dont elle avait pris conscience qu'elles avaient toutes les deux omis de s'occuper d'elles-mêmes.

L'évaluation de l'affect s'est faite à partir de deux niveaux d'émotion : affect dépressif avec tristesse, fatigue ou peu d'amusement ; affect inaffectif avec inadaptation, infériorité ou sans défense.

L'alliance thérapeutique est évaluée à la fin de chaque séance par le thérapeute et des évaluateurs externes. Elle concerne trois items : comment le patient ressent le thérapeute durant la séance, comment le thérapeute comprend la détresse du patient et les buts de la thérapie et comment un accord est réalisé entre le thérapeute et le patient à propos du processus de la psychothérapie.

Les mêmes auteurs ont proposé une suite à ce modèle dans un article de 2008, inclus ci-dessous, dans ce chapitre.

> *8. Développement du prototype de la séance idéale de psychanalyse et comparaisons avec des séances de trois échantillons : psychanalyse, thérapie analytique longue et psychodynamique brève ; évaluation du processus de changement. 2 études de cas. 2005* [14]

Dans un article de 2005, Ablon et Jones présentent comment la méthodologie permet d'identifier et d'évaluer le processus de changement dans les traitements psychanalytiques. Un comité de psychanalystes expérimentés a développé un prototype de la séance idéale de psychanalyse à partir du Psychotherapy Process Q-Set (PQS). Ce prototype a été ensuite appliqué à des transcriptions intégrales de trois échantillons de traitements archivés : des psychanalyses, des psychothérapies analytiques longues et des psychothérapies psychodynamiques brèves. Le degré suivant lequel ces traitements ont favorisé le processus analytique tel qu'il est représenté par le prototype a été mesuré quantitativement. L'étude démontre que les psychanalystes sont d'accord sur la définition du processus analytique, et qu'il peut être exploité et évalué quantitativement. Une seconde étude montre qu'en dépit du consensus sur sa définition, il n'existe pas un seul processus analytique mais qu'au contraire, il y a des processus de changement propres à chaque dyade. Deux études de cas illustrent comment chaque dyade analysant-analyste a une configuration d'interaction unique, qui est liée au progrès du traitement. Ces « structures d'interaction » sont récurrentes, et influencent mutuellement les configurations d'interaction entre l'analysant et l'analyste. Ces configurations réfèrent non seulement comment les conflits du patient sont représentés dans le transfert, mais aussi les réactions du thérapeute à ces conflits. L'expérience, la reconnaissance et la compréhension apparaissent être un composant fondamental de l'action thérapeutique. Un modèle « bi personnel » est décrit qui tente de faire un lien entre les théories de l'action thérapeutique qui se centrent sur l'insight et la compréhension de soi, et celles qui mettent l'accent sur l'expérience qu'a le patient du thérapeute.

A partir de la construction d'un prototype psychodynamique, le PQS a confirmé qu'il était capable de distinguer un processus d'un autre, par exemple comme cela a déjà été présenté, un processus TCC, TIP ou CMT. Les auteurs rapportent que cela ne signifie d'ailleurs pas que l'on ne retrouve pas des éléments des prototypes d'autres thérapies dans les séances évaluées. Bien au contraire, les études montrent (Jones, 1998) que ceux-ci sont présents, notamment dans les psychothérapies brèves. Ce qui parait le plus important pour les auteurs dans cette étude, c'est qu'elle démontre que la définition consensuelle du processus analytique à laquelle sont parvenus les experts peut être mesurée empiriquement et fournir une méthode scientifique pour évaluer le degré suivant lequel un processus analytique a été réellement mis en œuvre. Il est possible, selon les auteurs, de mesurer le degré suivant lequel le processus mis en œuvre est en concordance avec ce qui caractérise un processus idéal pour la psychanalyse, la psychothérapie analytique à long terme et la psychothérapie psychodynamique brève. Leur étude valide empiriquement dans un premier temps que la psychanalyse favorise mieux le processus analytique que la psychothérapie psychanalytique à long terme, laquelle favorise mieux le processus analytique que la psychothérapie psychanalytique brève. Si le processus analytique peut être également mesuré empiriquement, le degré suivant lequel il participe au changement positif du patient peut être également testé empiriquement.

Le fait que le processus analytique puisse être mesuré a également des implications potentielles de formation et de supervision, notamment dans le cadre des programmes post-doctoraux et d'internat. Il semble que les auteurs du PQS aient en tête l'idée que cet instrument pourrait se substituer avec bénéfice aux manuels, très statiques, pour former les étudiants, non plus à la façon de mener une psychothérapie, mais à *observer comment se déroule un processus, qu'il soit Analytique, Cognitivo-Comportemental, Interpersonnel ou autre*. Cela permettrait au thérapeute en formation d'avoir une connaissance plus précise de ce qui se passe dans un tel processus, mais en gardant évidemment à l'esprit que c'est lui qui conduira la psychothérapie et qu'il sera un des acteurs de la dyade.

> *9. Étude des corrélations entre les prototypes de trois thérapies PPD, TCC et TIP et celles menées dans la réalité. Liens de ces corrélations avec les résultats, à partir d'un trouble panique, 2006* [15]

Dans un article de 2006, Ablon et al. présentent une recherche issue du débat intense sur le fait de savoir quelles méthodes empiriques de recherche présentent le mieux les résultats cliniques en psychothérapie. La tendance prévalente a été de tester des ensembles de traitements en utilisant des essais cliniques contrôlés randomisés (RTC). Récemment, l'orientation s'est modifiée en considérant comment l'étude du processus de changement des traitements naturalistes peut être un complément utile aux essais contrôlés.

Les buts de cette étude sont de 5 ordres : 1. examiner le degré de changement associé à la psychothérapie en situation naturelle pour un trouble panique ; 2. identifier quel processus de traitement idéal (prototype) caractérise le mieux les traitements ; 3. identifier quels processus idéaux sont les plus prédictifs de résultats positifs ; 4. identifier les éléments les plus et les moins caractéristiques du processus des traitements à un niveau spécifique et a-théorique ; 5. identifier quelles variables spécifiques du processus prédisent des résultats positifs.

Les hypothèses posées par les auteurs pour répondre à ces questions sont les suivantes : (1) la psychothérapie naturaliste pour le trouble panique est un traitement fortement efficace avec des gains du même ordre que ceux réalisés par des traitements prescriptibles ; (2) les traitements sont caractérisés par un niveau élevé de processus psychodynamique et, à un niveau significativement moins élevé, par des éléments de processus interpersonnel et cognitivo-comportemental ; (3) ces résultats positifs sont prévisibles à partir du degré suivant lequel le processus psychodynamique (plutôt qu'interpersonnel et cognitivo-comportemental) est engagé ; (4) les traitements sont caractérisés par des éléments typiques de psychothérapie psychodynamique comprenant l'attention à l'alliance et à la relation thérapeutique, l'interprétation des mécanismes de défense, l'identification de sentiments et de désirs inconscients considérés comme dangereux, et la liaison des symptômes, comportements et sentiments actuels à des expériences antérieures ; (5) ces variables spécifiques mises en œuvre, un accent porté sur la facilitation de l'expression des émotions est le plus prédictif de résultats positifs.

Des cliniciens se définissant eux-mêmes comme étant d'orientation psychodynamique ont traité 17 patients présentant un trouble panique par une psychothérapie réalisée en conditions naturelles et durant en moyenne 21 séances.

Les patients ont obtenu des réductions statistiquement significatives de leurs symptômes dans tous les domaines. Les taux de rémission et le changement cliniquement significatif, ainsi que les tailles d'effet, ont été du même ordre que ceux des thérapies du trouble panique validées empiriquement. Les gains du traitement se sont maintenus au suivi de six mois. L'analyse intensive du processus des différents traitements a révélé que les traitements étaient caractérisés par des éléments intégratifs : l'adhésion au processus cognitivo-comportemental a été la plus caractéristique, l'adhésion au processus interpersonnel et psychodynamique a été, cependant, l'élément le plus prédictif de résultats positifs. Des facteurs prédictifs du processus spécifique des résultats ont été identifiés en utilisant le Psychotherapy Process Q-Set.

Ces résultats montrent comment la recherche sur le processus peut être utilisée pour valider empiriquement des processus de changement dans des traitements naturalistes comme alternative aux essais contrôlés concernant des packages de traitement.

10. Étude de l'adhésion au prototype de la psychothérapie CMT comparé à celui de modèles alternatifs (PPD et TCC) sur un cas unique, 2008 [16]

Dans un article de 2008, Pole, Ablon et O'Connor présentent leur méthode pour tester les modèles de changement pour des cas en psychothérapie individuelle à long terme. Un patient dépressif a été traité avec 208 séances de « Control Mastery Therapy » (CMT), une approche non manuelisée qui intègre des éléments de la thérapie psychodynamique (PPD) et de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Un panel d'experts a développé des prototypes idéaux pour les thérapies PPD, TCC et le processus de la TCM, en utilisant le PQS.

Des observateurs indépendants ont évalué chaque 4ème séance (N = 53) avec le PQS. En utilisant des corrélations entre les cotations idéales et réelles du PQS, les auteurs ont comparé l'adhésion au prototype TCM à celle de modèles alternatifs plausibles, préconisés par les experts en matière de PPD et de TCC. Des analyses de séries chronologiques bivariées ont déterminé si l'adhésion au prototype permettait de prédire le degré de changement des symptômes.

Cette étude poursuit 3 buts : 1. développer et établir les propriétés psychométriques d'un prototype quantitatif de CMT idéal ; 2. déterminer si un traitement à long terme CMT adhère plus étroitement au prototype CMT qu'au prototype PPD ou TCC ; 3. déterminer si l'adhésion au prototype CMT uniquement prédit un changement symptomatique.

Les auteurs ont trouvé que l'adhésion au prototype de la CMT se situait à un niveau modéré. C'est en accord avec l'importance accordée par les thérapeutes au fait que la flexibilité soit appliquée au principe de la CMT dans ce cas. Certains ont argué qu'une adhésion aussi modérée devrait être la règle chaque fois qu'un modèle de thérapie est appliqué en pratique car les idéaux théoriques doivent être ajustés pour répondre aux spécificités du cas (Barber et al. 2006). Contrairement aux scores conventionnels d'adhésion (…), l'adhésion complète au prototype n'était pas seulement limitée aux comportements du thérapeute : ils évaluaient aussi les comportements du patient et l'interaction thérapeute-patient.

Les scores d'adhésion par composants, nouveauté de l'étude présente, ont clarifié les résultats du prototype dans son ensemble. Par exemple, contrairement à notre hypothèse, les scores d'adhésion au prototype global ont suggéré que la thérapie de Mme M ressemblait très étroitement à la TCC idéale. Cependant, les scores d'adhésion par composants ont révélé que ce résultat était largement conduit par le comportement du patient qui ne correspondait pas à celui d'une TCC idéale.

Les analyses de séries temporelles ont été élucidées de la même manière par l'attention aux scores par composants. Notre résultat que l'adhésion au prototype CMT complet a prédit que le changement symptomatique estimé a été confirmé par la preuve qu'à la fois les composants thérapeute et comportement du patient contribuaient de façon significative à ce changement. Ainsi, nous recommandons de faire suivre les analyses de prototypes complet avec des analyses concernant les composants significatifs. Ensuite, la méthodologie du Q-sort oblige à une plus grande discrimination dans les cotations que ce qui se produirait sans elle.

D'autres auteurs ont utilisé l'outil dans la méthodologie de leurs recherches. Nous en présentons, ci-dessous, deux en exemple.

c) Application du PQS par d'autres chercheurs

1. Confrontation de trois approches et individualisation des processus comme facteurs prédictifs, 2004 [17]

Dans un article de 2004, Sirigatti présente une recherche dans laquelle le PQS a été appliqué à trois types d'approches psychothérapiques : la thérapie systémique relationnelle (TSR), la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie stratégique brève (TSB). L'utilisation de cet instrument a permis d'identifier des différences et des similitudes entre les trois approches.

L'objectif de la recherche s'est focalisé sur trois points : 1/ identifier les différences et les similitudes dans le processus relatif à différentes pratiques : systémique, TCC et stratégique brève ; 2/ individualiser les processus comme facteurs prédictifs des résultats de la psychothérapie examinée ; 3/ détecter les différences et les similitudes dans le processus en relation aux différences psychopathologiques.

La recherche a été menée suivant une approche observationnelle systématique. Elle a porté sur 49 séances de thérapie (15 TSR, 4 TCC, et 30 TSB), concernant 17 participants adultes et adolescents souffrant de dépression (3), de troubles anxieux (5), de troubles des conduites alimentaires (3) et de troubles non identifiés (5).

Afin de déterminer les descriptions du processus qui caractérisent le mieux chaque traitement, les items qui sont les plus et les moins caractéristiques ont été identifiés. Des similarités ont été retrouvées entre les trois approches : le praticien intervient surtout dans la reformulation ; le patient ne recherche pas un rapprochement avec le thérapeute et n'exprime pas de sentiments particuliers.

L'évaluation initiale n'apporte pas d'éléments permettant de prédire les résultats ; les évaluations suivantes semblent apporter une prévision favorable à partir de l'attitude du patient vis-à-vis de la thérapie ; les processus qui caractérisent les séances finales indiquent avec une clarté suffisante si le traitement s'est conclu positivement. Le patient est moins sujet à des émotions négatives, il exprime davantage sa colère et son agressivité, présente moins de résistance à exprimer ses problèmes. Quelques spécificités des processus sont décrites suivant les pathologies.

En conclusion, l'auteur estime que le PQS est une tentative de systématiser l'étude de la psychothérapie afin de mieux comprendre les mécanismes qui mènent à la résolution des problèmes du patient, en surmontant la dichotomie entre le processus et les résultats et en allant vers une intégration des deux. Cette démarche pourrait offrir une nouvelle clef de compréhension de la psychothérapie dans sa complexité.

Cette étude n'est qu'un premier pas vers un approfondissement des questions soulevées et des observations recueillies.

2. Confrontation de trois approches et comparaison en pratique réelle. Ajout d'items pour un prototype de thérapie familiale (non scoré), 2005 [18]

Dans un article de 2005, Kramer et al. ont appliqué le PQS dans une recherche pour tenter de saisir si les thérapeutes font bien ce qu'ils disent faire. La méthode a été à nouveau d'identifier des prototypes dans trois approches et de les comparer à des psychothérapies en pratiques réelles.

L'instrument a été utilisé pour les premières séances de psychothérapie de six cas provenant de trois orientations différentes (psychodynamique, familiale–systémique, et cognitivo-comportementale). Les résultats montrent que les thérapeutes appliquent bien leur méthode, mais utilisent également certaines techniques et adoptent des attitudes qui correspondent à d'autres approches. Cette étude exploratoire permet une réflexion sur les aspects communs et différentiels des différentes formes de psychothérapies au-delà des idéologies.

Construction de deux nouveaux prototypes du PQS. Les auteurs ont ajouté cinq items qu'ils ont considérés très spécifiques de la thérapie familiale :

item 101 : Le thérapeute aborde dans la séance les liens conjugaux, parentaux et filiaux.

item 102 : Lors de la séance le thérapeute ou le patient accordent de l'importance aux liens intrafamiliaux.

item 103 : Le thérapeute élabore des hypothèses fondées sur la réalité des relations avec la famille et avec les personnes significatives de l'entourage.

item 104 : Le thérapeute accorde son attention aux événements marquants de la vie familiale à travers les générations.

item 105 : Le thérapeute questionne le client autour de perceptions et de croyances des membres de sa famille.

En ce qui concerne la psychothérapie psychodynamique brève nous avions vu que les auteurs du PQS avaient conçu un prototype psychodynamique consensuel pour les trois types de traitements : psychanalyse, psychothérapie psychanalytiques longue, et psychothérapie psychodynamique brève. Dans cet article, le prototype pour cette technique est différent. Notons que les scores ne semblent pas avoir été fournis par la même méthode.

Les auteurs concluent que les thérapeutes font bien ce qu'ils disent faire mais ils ont recours en plus à d'autres pratiques valorisées par d'autres modèles. Ils font preuve de souplesse et adaptent leur intervention en fonction du contexte.

Le PQS s'est révélé intéressant pour comparer des processus thérapeutiques différents afin de spécifier leurs éléments communs et spécifiques.

Les versions enfants et adolescents de l'instrument

Le Child Psychotherapy Q-set (CPQ) développé par Celeste Schneider et al., 2004 [19]

Pour Celeste Schneider, il existe deux buts principaux de l'instrument. Le premier est d'établir des prototypes ou constellations d'items représentant les aspects du processus thérapeutique et de l'action jugée la plus pertinente suivant différents points de vue théoriques. Ces prototypes pourraient ainsi être utilisés dans d'autres études et la discussion à propos de la nature de l'action et du processus psychothérapeutique dans différents modes et conceptualisations des thérapies d'enfants.

Le second but est d'évaluer et de mettre en valeur la capacité descriptive de cet instrument par les comptes rendus des experts cliniciens du degré suivant lequel cet instrument décrit la thérapie de manière robuste et polyvalente. La validation du CPQ s'est réalisée au terme de 4 années et autour de 3 études.

Le Réseau de recherche fondées sur les pratiques Psychothérapiques

Rappelons l'utilisation du PQS et du CPQ (sa version enfant) dans les études du *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques*. Le PQS a été utilisé dans son pôle borderline et le CPQ dans son pôle autisme (enfants et adolescents). Une étude pilote a été réalisée avec le PQS chez des patients adultes autistes (*PLR* n°99). Un écho de ces recherches a été donné aux lecteurs de *Pour la Recherche* depuis 2008.

Les versions françaises validées de ces deux instruments ont été publiés dans Pour la Recherche (61 et 66) et sont disponibles.

APQ développé par Michael Bambery et al., 2007 [20]

Une étude de 2007, de Bambery et al. présente les résultats initiaux pour le développement d'une version adolescent du Child Psychotherapy Q-set (CPQ, Scheider, 2003). Ce nouvel instrument, l'Adolescent Psychotherapy Process Q-set (APQ) a été développé pour être pan théorique dans l'évaluation du processus de psychothérapie avec les adolescents. Un comité d'experts théoriciens et praticiens des thérapies psychodynamiques (PPD) et cognitivo-comportementales (TCC) a coté les 100 items de l'APQ, et ces cotations ont fait l'objet d'une analyse factorielle pour développer des prototypes généraux de la thérapie idéalement conduite dans chaque orientation respective.

L'accord entre et parmi les experts a été examiné afin de déterminer la fiabilité, et le désaccord partagé entre chaque prototype. Les fiabilités de coefficient alpha étaient hautes pour les orientations PPD (.94) et TCC (.93). Une corrélation significative entre les points de facteur de chaque prototype ($r = .31$; $p \leq .01$) a été trouvée. Dans une deuxième étude, un exemple de cas est fourni pour démontrer les applications de l'APQ et les prototypes dans la formation et la supervision de la psychothérapie.

Une version plus récente de l'APQ a été validée par Ana Calderon et al., 2011 [21]

Considérant que l'APQ de Bambery et al. ne prenait pas en compte les caractéristiques distinctes des adolescents comme l'émergence de l'intérêt sexuel, le développement de l'identité de soi, la recherche d'autonomie vis-à-vis des parents, etc., les auteurs de cette nouvelle version ont adapté plus finement l'instrument à la population des adolescents.

Le PQS utilise la méthodologie du Q-sort

La méthodologie du Q-sort, n'est pas nouvelle. Son créateur, William Stephenson (1902-1989) la présente dans un ouvrage qu'il publie en 1953 [22] après plusieurs années de travail et d'élaboration pour la mettre au point. Cette méthodologie prend son origine dans l'analyse factorielle, mise au point par Charles Spearman (1863-1945) dont il fut un proche collaborateur. Pour mémoire, l'analyse factorielle a permis à Spearman d'établir un facteur G (général) qui était commun à toutes les épreuves d'intelligence, au cours de tests spécifiques, et qu'il a interprété comme une capacité différentielle, innée, d'énergie mentale et de raisonnement logique.

Stephenson a remis en question cette interprétation issue de l'analyse factorielle en faisant valoir que des dimensions importantes échappaient à l'observation des évaluateurs et des chercheurs. C'est ainsi qu'il a proposé la méthodologie du Q-sort qui permet de prendre en compte les différences intra individuelles que l'on rencontre particulièrement dans l'étude des cas isolés. La méthodologie du Q-sort permet à la fois de factoriser les variables, de les corréler et de prendre en compte leur importance dans une situation donnée.

La première étape est de recueillir chez un panel d'experts un grand nombre de formulations de la question à l'étude de façon à cerner le plus largement possible et de façon concrète, la description d'un contexte particulier (pour le PQS, il s'agit du processus de la psychothérapie et comme nous l'avons vu précédemment, le panel d'experts pour en établir les 100 formulations était issu de différentes approches théoriques).

La seconde étape est de déterminer la distribution attendue selon une courbe gaussienne établie en fonction du nombre d'énoncés.

Ces formulations sont ensuite soumises à un évaluateur à partir de données (transcription, vidéo, enregistrements, images…). Il doit attribuer à chacune d'elle une valeur (définie pour le questionnaire).

Par exemple pour le PQS, les valeurs s'étendent de +4 à – 4 suivant 9 catégories (cf. tableau ci-dessous).

C	1	2	3	4	5	6	7	8	9
V	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Nb	5	8	12	16	18	16	12	8	5

C = catégories, V = valeur (moins caractéristiques, neutre, plus caractéristiques), Nb = nombre des items dans chaque catégorie.

Un nombre déterminé d'énoncés doit se trouver dans chacune des catégories (ici 9) auxquelles une valeur est attribuée (du plus au moins caractéristique, en passant par une valeur 0). Du fait de cette obligation (tri forcé), l'observateur est amené à ordonner les énoncés suivant la valeur qu'il lui accorde dans le cas précis (séance de psychothérapie transcrite). Par exemple, admettons que l'énoncé 22 *La thérapie se centre sur les sentiments de culpabilité du patient* soit « très caractéristique de la séance +4 » et que 5 énoncés soient déjà classés dans +4, l'observateur devra évaluer, quel est l'élément qui semblerait un peu moins caractéristique que les autres afin de le situer dans une valeur inférieure.

La méthodologie permet une analyse assez fine mais, bien entendu, elle présente aussi une difficulté parfois pour classer les énoncés dans les « petites » valeurs (+1, -1) et surtout les éléments considérés comme neutre ou non pertinents (0).

Références bibliographiques

1. Jones, E. E. (1985). Manual for the Psychotherapy Process Q-Set. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.

2. Jones EE, Gumming JD & Horowitz MJ. Another Look at the Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988; 56(1): 48-55.

3. Jones EE, Parke LA & Pulos S. How therapy is conducted in the pirate consulting room : A multivariate description of brief psychodynamic treatments. Psychotherapy Research 1992; 2(): 16-30.

4. Échantillon présenté dans l'article 1992 (Jones, Parke, Pulos). Il est constitué de patients souffrant des troubles diagnostiqués suivants : dépression, trouble dysthymique, dépression atypique, trouble phobique, trouble panique, trouble anxieux généralisé, hypocondrie, trouble dissociatif et dysfonction psychosexuelle (DSM III, 1980)

5. Jones EE & Pulos SM. Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1993; 61(2): 303-316.

6. Jones EE, Ghannam J, Nigg JT & Dyer JFP. A paradigm for single-case research: the time series study of a long-term psychotherapy for depression. J. Consult. Clin. Psychol.1993; 61(3):381-394.

7. Ablon, JS, Jones EE. How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. Psychotherapy Research 1998; 8: 71-83.

8. Price P B, Jones EE. Examining the alliance using the psychotherapy Process Q-set. Psychotherapy 1998; 35 (3): 392-404.

9. Ablon JS, Jones EE. Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1999; 67(1): 64-75.

10. Jones EE Therapeutic Action. A Guide to psychoanalytic Therapy. Jason Aronson Inc. 2000; 253 :270.

11. Ablon JS, Jones EE. Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. American Journal of psychiatry 2002; 159: 775-783.

12. M. M. Coombs, D. Coleman, and E. E. Jones. Working with feelings : the importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH treatment of dépression collaborative research program. Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training 2002; 39 (3): 233–244.

13. Pole N, Ablon S, O'Connor L, Weiss J. Ideal control mastery technique corrélâtes with change in a single case. Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training 2002; 39(1): 88–96.

14. Ablon JS, Jones EE.. On analytic process. J Am Psychoanal Assoc. 2005 ; 53(2): 541-568. [1] Voir en annexe le prototype élaboré par les experts pour la psychothérapie psychodynamique

15. Ablon JS; Levy R, Katzenstein TAI. Beyond brand names of psychotherapy: identifiying empirically supported change processes. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 2006; 43(2): 216-231.

16. Pole N., Ablon JS, 0'Connor LE.. Using Psychodynamic, Cognitive Behavioral, and Control Mastery Prototypes to Predict Change: A New Look at an Old Paradigm for Long- Term Single-Case Research. Journal of Counseling Psychology 2008 ; 55 (2): 221-232.

17. Sirigatti S. Application of the Jones' Psychotherapy Process Q-Sort. Brief Strategic and Systemic Therapy European Review 2004; 1(): 194-207.

18. Kramer U, de Roten Y, Despland J-N. Do therapists do what they say they will do? A comparison between ideal prototypes and actual practice in several psychotherapeutic approaches. Pratiques psychologiques 2005; 11(): 359-370.

19. Schneider, Celeste. The Development and First Trial Application of the Child Psychotherapy Q-Set. IPA. http://www.ipa.org.uk/default.aspx?page=282&file=schneider&lang=fr

20. Bambery M, Porcerelli JH, Ablon JS.. Measuring psychotherapy process with the adolescent psychotherapy Q-set (APQ) : development and applications for training. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 2007; 44(4): 405-422.

21. Calderon, A., Schneider, C., Target, M., & Midgley, N. (2017). The Adolescent Psychotherapy Q-set (APQ): A validation study. Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy, 16(1), 106–120.

22. Stephenson, W. (1953). The study of behavior : Q-technique and its methodology. Chicago : University of Chicago Press.

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE
CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE

Pour la Recherche

ffp@internet-medical.com
Tél. : 01 48 04 73 41 - Fax : 01 48 04 73 15

Remerciements

■ A la *Direction Générale de la Santé*
dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.

■ *A* la *S.I.P. et à la S.F.P.E.A.*, pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7696
e.ISSN : 2263-7230

ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,
de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

(4 numéros - abonnement 2023)
à

Fédération Française de Psychiatrie
Hôpital Sainte Anne
26 boulevard Brune - 75014 PARIS

*Secrétaire de rédaction et maquette : **Monique Thurin***

Impression : Graffik plus - 01 48 12 11 62