FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

POUR LA RECHERCHE

n° 58
Sept. 2008

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

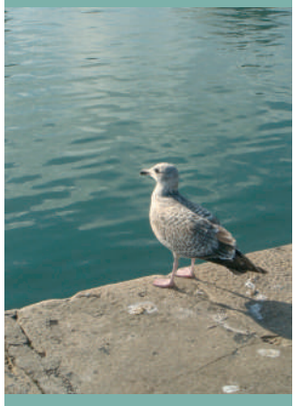
Editorial

- Marie-Christine Cabié -

Sommaire

◆ Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (4)

Point sur le pôle Borderline



Directeur de la Publication :
Dr O. Lehembre
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
Dr M.C. Cabié,
Dr M. Falk-Vairant,
Dr J. Garrabé,
Dr N. Garret-Gloanec,
M. Thurin, M. Villamaux

PLR électronique,
Comité Technique
J.M. et M. Thurin,
D. Vélea, M. Villamaux

● Moins d'un an d'existence et le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques a déjà montré que le fossé existant entre recherche et clinique pouvait être franchi !

Lors de la Journée d'étape du 5 décembre 2008, plusieurs groupes de pairs nous ont fait partager au cours de la présentation de leurs retours d'expériences, leur enthousiasme et les intérêts qu'ils ont déjà trouvés dans leur participation au réseau.

Tous ont beaucoup apprécié les échanges en groupe de pairs, les discussions autour de la formulation de cas, les questions suscitées lors de l'utilisation des différentes échelles. Certains ont exprimé l'inquiétude qu'ils avaient de ne pas arriver à maîtriser les différents instruments et leur satisfaction d'être parvenus à le faire. D'autres ont proposé des solutions pour en faciliter l'utilisation. Les uns et les autres y ont trouvé une ouverture sur d'autres points de vue, la possibilité d'enrichir leurs réflexions sur leur pratique, d'affiner leur diagnostic clinique…

Ce partage d'expériences a été très stimulant pour les cliniciens qui n'étaient pas encore inscrits dans le réseau ou qui n'avaient pas encore inclus un patient, renforçant ainsi la dynamique positive déjà installée… Huit mois après le premier séminaire d'information, nous comptons dans le pôle autisme 79 inscrits, dans le pôle alzheimer 18 inscrits et dans le pôle borderline 82 inscrits, à partir desquels se sont déjà constitués 26 groupes de pairs.

Cette première journée d'étape a été également l'occasion de percevoir comment la méthodologie s'est précisée au fur et à mesure des journées de rencontre et de réflexion au sein de chacun des pôles et entre les pôles. Ainsi, l'une des difficultés qui était de pouvoir prendre en compte plusieurs abords psychothérapiques, notamment lors de prises en charges institutionnelles, a pu être résolue et une modalité d'enregistrement des données a été proposée.

Le "coffre à outils" affiché sur le site, où sont regroupés les instruments et les documents dédiés à chaque pôle, et le livret d'évaluation sont à la disposition des cliniciens pour les guider dans leur démarche.

Ce numéro est spécifiquement dédié à la recherche que mène le pôle borderline.

Le trouble de la personnalité borderline peut s'exprimer dès l'adolescence et le début de l'âge adulte. Son retentissement personnel et familial est important et il engage des trajectoires de vie qui peuvent être très différentes selon le caractère favorable ou défavorable de son évolution. La constellation des causes qui participent à l'émergence de ce trouble, à ses manifestations et à ses complications, notamment sous la forme d'auto agressions et de conduites à risque graves, commence à être appréhendée. Le tableau est donc à la fois ouvert, conceptuellement accessible, et il existe déjà plusieurs approches psychothérapiques qui ont fait la preuve de leur efficacité. Cependant, les conditions de cette efficacité et la façon dont elle est obtenue en pratique sont loin d'être véritablement appréhendées. La réunion des compétences autour de la méthodologie d'études intensives de cas, qui est celle du réseau, peut permettre d'avancer beaucoup sur ces questions qui représentent aussi un véritable enjeu clinique.

La mise en oeuvre méthodologique de cet objectif est explicitée précisément dans ce numéro. Nous espérons qu'il permettra à chacun des praticiens concernés, déjà engagé ou non dans cette recherche, d'y participer et d'y trouver un prolongement concret dans sa pratique.●

Quelques questions préalables...

M-C. Cabié, D. Cohen, J-M. Thurin, M. Thurin

● Pourquoi avoir choisi de s'intéresser aux patients « borderline » dans le cadre du Réseau ?

Le trouble de la personnalité borderline (TPB) affecte environ 1 à 1.5% de la population adulte. Les patients qui en souffrent ont un recours important aux services de santé et leur pronostic apparaît comme incertain, notamment du fait des conséquences de l'impulsivité et des auto-agressions délibérées (Dahl, 2008). On estime que les troubles de la personnalité sont présents chez plus de 30% des personnes qui meurent par suicide, chez 40% des personnes qui font des tentatives de suicide et chez environ 50% des patients psychiatriques qui meurent par suicide. Si 60-70% des personnes avec TPB font des tentatives de suicide, les tentatives de suicides qui ne réussissent pas sont beaucoup plus fréquentes que celles qui aboutissent à un décès (in Oldham, 2006).

Les patients borderline se caractérisent par une fonctionnalité générale réduite dans des domaines essentiels (identité, autonomie, relations interpersonnelles, gestion du stress associée à des situations « banales ») et par des épisodes de mise en danger impulsive qui peuvent aboutir à des passages à l'acte graves dans un contexte de détresse extrême. Les comportements auto-destructeurs par suicide et par blessure ou automutilation ont été clairement distingués par Stanley et Brodsky (dans le guide de Gunderson « Comprendre et traiter le trouble de la personnalité borderline » 2005). L'intentionnalité de mourir chez les premiers ne se retrouve pas chez les seconds.

L'efficacité des traitements pharmacologiques est faible, alors que celle de différentes psychothérapies a été démontrée sans que soient encore bien définies les conditions et les bases de leur efficacité. Les troubles borderline représentent donc une problématique qui appelle particulièrement des recherches, non seulement sur l'évaluation des résultats, mais également sur les mécanismes de changement, ce qui implique une perspective longitudinale, et une attention particulière aux processus de passage à l'acte. La méthodologie du réseau permet d'aborder ces questions.

Par ailleurs, ces patients représentent une proportion importante des cas traités en psychothérapie individuelle, mais aussi en psychothérapie familiale et en institution. Ils mettent souvent les cliniciens en difficulté par leurs passages à l'acte et leur impulsivité. Ils provoquent des clivages importants au sein des équipes qui les prennent en charge, ou entre les équipes et leurs familles. Les fluctuations relationnelles qu'ils imposent à leur entourage leur font courir le risque du rejet et de la désinsertion. Il s'agit de questions cliniques centrales et quotidiennes qui entrent dans les objectifs du réseau.

Une perspective mettant en relation les troubles majeurs du fonctionnement de ces patients, les causes potentielles de leur vulnérabilité actuelle et ancienne et des actions psychothérapiques caractérisées peut apporter non seulement des indications sur les conditions de leur amélioration, mais également des données qui contribueront à tester les hypothèses et les modèles théoriques actuels.

● Les études actuelles dans les courants théoriques

1. chez les adultes

Beaucoup d'études sont menées actuellement. Elles abordent les questions diagnostiques, étiologiques, développementales, psychophysiologiques et thérapeutiques. Une veille bibliographique à partir des termes *psychotherapy* et *borderline* est en ligne à l'adresse : http://193.49.126.9/Phorum5/list.php?8

Nous avons choisi de présenter un aperçu du travail actuel de définition précise des approches psychothérapiques sous la forme d'un tableau issu d'un article de Dierckx (2008). Ce tableau présente pour chaque psychothérapie, le dysfonctionnement principal, les champs de recherche sur lesquels s'appuie le modèle théorique de cette thérapie et les concepts qui en rendent compte, le dispositif et les techniques mis en oeuvre. L'ensemble constitue une configuration, non seulement cohérente, mais fondée sur des travaux qui peuvent être complétés et approfondis (tableau 1).

2. chez les adolescents

Les adolescents peuvent présenter des fonctionnements qui ont à voir avec la symptomatologie des troubles borderline : la fragilité de l'identité, la fragilité des processus de mentalisation et l'intolérance à la perte et à la frustration.

Par ailleurs, des éléments de quatre grands regroupements symptomatiques : instabilité affective, impulsivité, relations instables, difficultés cognitives, auxquels il faut ajouter l'hostilité, l'agressivité et les conduites suicidaires, sont retrouvés fréquemment chez l'adolescent.

Parmi les adolescents chez lesquels un diagnostic de TPB est posé, les études de stabilité montrent qu'un sujet sur deux va quitter la symptomatologie borderline spontanément au cours de son évolution, mais on remarquera en même temps que le diagnostic, quand il se confirme, reste stable.

Une remarque peut être faite à propos des troubles de l'attribution. Ils correspondent à une perception un peu « parano » de la réalité sans que l'on puisse parler de paranoïa. Il n'y a en effet pas d'attribution à certaines personnes, mais un sentiment plus général d'hostilité qui s'exprime dans certaines situations (par exemple, être regardé dans le métro ou à l'inverse ne pas susciter l'intérêt dans un groupe). Dans la thérapie dialectique comportementale notamment, cette perception est prise en compte et rapportée plus précisément au contexte dans lequel elle émerge.

L'engagement du patient dans un processus psychothérapique est l'objectif premier du clinicien qui aura à prendre en charge, en même temps, les épisodes de passage à l'acte mais aussi des moments dépressifs souvent extrêmement graves. Tout un registre d'interventions, qui ne sont pas à proprement parler psychothérapiques, sont souvent nécessaires : hospitalisation, consultations en urgence, utilisation des psychotropes, toutes mesures permettant une structuration du milieu. De façon générale, tout ce qui peut réduire l'anxiété et l'impulsivité et en particulier, la disponibilité qu'imposent les états limites graves et qui permet la prise en charge psychothérapique, sont importants. Le clinicien intervient souvent comme tiers incarnant la possibilité de transition du fait (1) des qualités d'*insight* assez limitées chez les patients borderline ; (2) de leur difficulté de mentalisation. Il s'agit de pouvoir investir en même temps les modes relationnels et émotionnels. Il aura en perspective la question des distorsions de la réalité et du transfert négatif pour essayer d'intégrer les processus dans une forme de continuité. La question des défenses et des réactions contretransférentielles se pose aussi. Cette disposition mentale du clinicien intervient également dans les soins d'urgence, d'où l'importance que prend l'existence d'un référent aux urgences.

Point de vue sur les études

Une étude portant sur l'effet d'interventions centrées sur le transfert a montré un effet quasiment quantitatif entre l'intérêt porté par les thérapeutes à ce mode d'intervention et les résultats. De nombreuses données ont montré l'efficacité des psychothérapies chez les patients borderline. Certaines concernent spécifiquement les adolescents (cf tableau dans le diaporama à l'adresse : http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/Seminaire160908/4-SpecificiteborderlineadoDC.htm).

Thérapie basée sur la mentalisation	
Dysfonctionnement central	Sur-stimulation du système d'attachement conduisant à une non mentalisation
Base de recherche	Attachement ; observation de l'enfant ; théorie de l'esprit
Principaux concepts	États de mentalisation et de non-mentalisation ; théorie de l'esprit
Dispositif	Ambulatoire intensif (groupe et individuel) ; communauté thérapeutique
Techniques	Le thérapeute comme objet développemental ; association libre limitée ; interprétations « simples » pour réinitier la mentalisation ; nomination des états affectifs ; interprétation du transfert limitée ; relations identificatoires soulignées
Thérapie centrée sur le transfert	
Dysfonctionnement central	Trouble des relations d'objet
Base de recherche	Théorie des relations d'objet ; ego psychologie ; théorie de la pulsion
Principaux concepts	Unités « soi-autre-affect »
Dispositif	Psychothérapie individuelle 2 fois par semaine
Techniques	Association libre ; interprétation du transfert négatif ; thérapeute comme objet de transfert ; contrats analytiques
Thérapie cognitive analytique	
Dysfonctionnement central	Développement endommagé et déploiement d'une procédure de rôle réciproque
Base de recherche	Théorie des relations d'objet ; Thérapie cognitivo-comportementale ; Théorie de l'apprentissage social de Vigotsky.
Principaux concepts	Rôles réciproques ; zone proximale de développement ; procédures
Dispositif	Psychothérapie interpersonnelle brève
Techniques	Matériel écrit ; utilisation du transfert ; tâches entre les séances
Thérapie dialectique comportementale	
Dysfonctionnement central	Trouble de la régulation de l'affect
Base de recherche	Thérapie cognitivo-comportementale ; philosophie orientale
Principaux concepts	Dialectique ; résolution de problème
Dispositif	Individuel et de groupe
Techniques	Outils de régulation émotionnelle ; environnement validant ; méditation ; soutien téléphonique
Thérapie cognitivo-comportementale centrée sur le schéma	
Dysfonctionnement central	Distorsion cognitive à partir d'un schéma erroné
Base de recherche	Thérapie cognitivo-comportementale
Principaux concepts	Schéma
Dispositif	Psychothérapie individuelle
Techniques	Questionnement socratique ; exploration des schémas ; utilisation de la relation « dans la pièce »

Tableau 1. Mise en relation des différentes approches psychothérapiques du TPB, d'après A Dierckx.

Points de méthodologie pour des questions spécifiques

Le passage à l'acte

Le passage à l'acte est un acte impulsif : se donner des coups, s'automutiler, prendre des risques, avoir des pulsions de boulimie, d'alcoolisation ou autre, réaliser une tentative de suicide. Tous ces éléments se situent à la limite de la personne, de ce qu'elle peut supporter et des moyens qu'elle a pour intégrer une situation interne ou sociale.

Le cadre clinique général de l'intervention psychothérapique est une attention particulière au contexte de déclenchement du passage à l'acte et à sa signification pour la personne, la clarification et quelquefois l'interprétation du processus par le thérapeute, et le suivi de ses effets, non seulement immédiatement, mais dans les jours qui suivent.

La méthodologie de recherche est 1. de définir l'acte impulsif, de resituer la configuration précipitante et de saisir les enchaînements du processus d'*acting* à partir de ce que dit le patient, 2. de définir une stratégie ajustée qui peut être évaluée à la fois au niveau de l'évolution des passages à l'acte et des fonctionnements de la personne, 3. envisager la généralisation des résultats.

De nombreuses hypothèses existent dans la littérature, citons les suivantes :

Hypothèse 1. Les épisodes de mise en danger impulsive et de comportement d'automutilation rencontrés chez les sujets borderline sont associés à : a) un contexte de menace portant sur le lien et l'identité ; b) une expérience relationnelle insupportable impliquant la représentation de soi ; c) un bouleversement émotionnel réduisant la capacité de penser ; d) ...

A ce niveau les actes sont liés à des vulnérabilités actualisées et peuvent représenter a) un effondrement ; b) un retournement sur soi de la violence éprouvée envers l'autre ; c) une décharge émotionnelle relative à une tension insupportable ; d) ...

Hypothèse 2. L'identification de ce contexte (situation, vécu psychique, histoire personnelle, dysfonctions cognitivo-émotionnelles associées) permet au praticien de mettre en oeuvre une intervention psychothérapique ciblée adaptée (par exemple, reconnaître la personne et l'expérience qu'elle vit).

Hypothèse 3. L'analyse longitudinale du processus de la psychothérapie permet de mesurer l'évolution du fonctionnement psychique, relationnel et des compétences internes du sujet, de façon générale et face aux situations de détresse associées à ces épisodes de mise en acte. On devrait noter au cours du processus psychothérapique a) une réduction du nombre de passages à l'acte parallèle à une amélioration de l'*insight*, des relations interpersonnelles, de la gestion affective et de la relation à la réalité qui s'exprimera également dans la relation patient-praticien.

Hypothèse 4. L'analyse et la mise en relation des études permettront de décrire les interventions psychothérapiques adoptées, d'évaluer leur efficacité dans leur contexte et de définir plus précisément leurs spécificités et leurs indications.

Les variables à explorer sont le contexte avec la permanence du traumatisme, la situation structurellement instable, l'absence ou la présence de soutien ; les relations intersubjectives ; la capacité identitaire avec la distanciation de l'autre, la possibilité de contredire ou de dire non, la représentation de soi ; la régulation affective ; les interventions psychothérapiques.

L'inclusion et l'exclusion

Inclusion d'un patient

Tout patient, pour lequel un diagnostic de personnalité borderline est posé par le clinicien, peut être inclus. Le diagnostic impliquera deux registres de référence :

1. D'abord, l'expérience et le sens clinique du thérapeute.
2. Ensuite, les critères diagnostiques du DSM-IV. Citons-les :
   - Efforts effrénés pour éviter des abandons réels ou imaginés.
   - Modes de relations instables et intenses caractérisés par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.
   - Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.
   - Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet.
   - Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations.

- Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur.
- Sentiments chroniques de vide.
- Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère.
- Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

En résumé, peut être inclus un patient que le clinicien considère comme présentant une personnalité borderline, même si les critères du DSM-IV ne sont pas entièrement satisfaits. Lors de la première formulation de cas, le diagnostic du patient sera ou non validé par le groupe de pairs.

Exclusion d'un patient

Les patients borderline sont réputés pour interrompre leur thérapie, pendant des périodes plus ou moins longues, ou aller d'un thérapeute à un autre. Le protocole de recherche prévoit un suivi thérapeutique pendant un an. Un patient qui n'aurait été suivi que peu de temps et pour lequel il n'y aurait pas suffisamment d'évaluations réalisées ne pourra pas être maintenu dans l'étude.

L'interruption récurrente du traitement

Cette interruption est un problème majeur de la prise en charge des patients borderline. Peut-on l'éviter ? Faut-il la craindre ? Comprendre, prévoir et au final limiter ces interruptions représente potentiellement un sous-thème de la recherche. Mais nous n'aborderons ici que les problèmes méthodologiques auxquels ces interruptions nous confrontent.

Les interruptions peuvent être de différentes natures : définitives (le patient est perdu de vue) ou discontinues (le patient revient). Dans ce dernier cas un aménagement de la méthodologie est possible si toutefois, dans le laps de temps restant, un nombre suffisant de séances permet une évaluation des changements. Par exemple, la seconde évaluation est prévue à deux mois de thérapie. Si elle peut être réalisée à trois mois, cela reste pertinent. La prise de notes extensives des séances de psychothérapie, qui est préconisée, va permettre de suivre au plus près le déroulement qui a précédé l'arrêt des séances et peut être même une opportunité pour élaborer des hypothèses de compréhension et enrichir la connaissance des problématiques qui peuvent être à l'origine de l'interruption.

Le fonctionnement institutionnel et ses modérateurs

Différents modérateurs sont susceptibles d'influencer les résultats d'une prise en charge institutionnelle. Ils peuvent être abordés à partir des questions suivantes :

- Quels sont les critères d'entrée et de sortie de l'institution ?
- Le même clinicien prend-il en charge le traitement médicamenteux et la psychothérapie ?
- Existe-t-il des réunions cliniques ?
- Si plusieurs structures font partie de l'institution, que se passe t-il lorsque le patient passe d'une structure à l'autre ? Y a-t-il un praticien responsable de l'ensemble de la prise en charge ? Le patient doit-il changer de médecin, de thérapeute en changeant de structure ? Quels sont les liens entre les structures ? Y a-t-il des réunions cliniques et des réunions de synthèse régulières entre les structures et pour chaque structure ?

Références Bibliographiques

- **Dahl AA**. Controversies in diagnosis, classification and treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry* 2008; 21:78-83.
- **Oldham JM.** Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders. *Am J Psychiatry* 2007 ; 164(10):1465-1467.
- **Gunderson JG, Hoffman PD.** *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder. A Guide for Professionals and Families*. American Psychiatric Publishing Inc, 2005.

Une aide méthodologique : le livret d'évaluation et la boite à outils spécifiques au pôle borderline

Le livret d'évaluation

Il a été mis au point afin d'aider le clinicien à se repérer dans les différents temps de l'évaluation. Il reprend pas à pas toutes les étapes en indiquant quel instrument est requis, avec quelles données cliniques, à quel moment de la thérapie et quelles validations en groupe de pairs.

Une fiche récapitulative (p 3) permet de tenir à jour le travail réalisé. En ettet, le travail clinique et le travail d'évaluation se font en décalage suivant les possibilités du clinicien mais aussi des possibles rencontres avec le groupe de pairs. Parfois, du temps est perdu à retrouver et reclasser les documents.

La ligne de base de la méthodologie s'appuyant sur la « formulation du cas », les premières pages du livret insistent sur sa réalisation.

Des tableaux proposent l'organisation des éléments des évaluations pour chacun des instruments.

La boite à outils

Elle est disponible en ligne à l'adresse suivante : http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/BoiteOutils.html

Elle permet d'accéder aux vidéos et diaporamas de la presque totalité des interventions des différentes journées. Certaines concernent spécifiquement un pôle et d'autres les journées d'information générale et d'étape.

Concernant spécifiquement le pôle borderline, une présentation détaillée de la méthodologie, de la formulation de cas, des différents outils (ESM, EFP et PQS) est affichée.

Vous pourrez également à cette adresse télécharger une version de démonstration du livret d'évalution.

Rappel méthodologique des études

Au cours des différentes réunions du comité de pilotage du pôle borderline, la méthodologie s'est précisée et les outils ont été définitivement sélectionnés. Les éléments déterminant cette sélection ont été la facilité d'utilisation des instruments en pratique clinique et leur correspondance avec les indicateurs de diagnostic, de fonctionnement et de processus nécessaires à l'étude.

Nous allons présenter brièvement les quatre outils utiles dans les études. D'abord, la formulation de cas, ligne de base de l'évaluation de la psychothérapie. Ensuite L'ESM, les EPF et le PQS. Un instrument supplémentaire est proposé en complément du DSM pour les adolescents, il s'agit du Rétro-DIB de Gunderson et *al. (voir boite à outils)*.

Indicateurs dans le cadre des études des patients borderline

Indicateurs de fonctionnement	9. insight 10. résolution de problème, affirmation et capacité d'adaptation.
1. autonomie 2. gravité des symptômes 3. malaise et détresse subjective 4. conséquences de l'état du patient sur l'entourage 5. utilisation de ses capacités par le patient, notamment dans le travail 6. qualité des relations interpersonnelles du patient 7. ampleur et profondeur des intérêts du patient 8. expression et tolérance affective	**Indicateurs de processus** 11. représentation de soi, capacité de penser 12. évolution des conflits psychiques 13. alliance thérapeutique 14. engagement dans la thérapie 15. évolution des mécanismes de défense 16. conduite thérapeutique (évolution du type d'intervention).

- **Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., & Frankenburg, F. R**. The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders* 1989 ; 3, 10-18.
- **Dierckx A.** Psychoanalytic and psychodynamic therapies : the state of the art. *Psychiatry* 2008 ; 7(5): 212-216.

Présentation des outils du pôle Borderline

Monique et Jean-Michel Thurin

La formulation de cas

La formulation de cas est un outil conceptuel et clinique majeur qui peut être également utilisé comme outil de recherche dans les études de résultats et de processus en psychothérapie.

Plusieurs terminologies rendent compte de ce concept : Formulation clinique de cas, Formulation diagnostique, Formulation de cas en psychothérapie, Conceptualisation de cas.

Définitions

De nombreuses définitions ont tenté d'appréhender la complexité du contenu et du processus de construction de la FC. En voici deux :

- Une formulation de cas est le processus d'utilisation de cadres théoriques solides pour, d'une part, organiser les données d'entretien, les données d'observation et les données d'évaluation (psychologique, psychiatrique et/ou psychosociale), et d'autre part, formuler des hypothèses qui peuvent expliquer la dynamique fondamentale d'un problème actuel, afin de construire un plan de traitement basé sur des forces appropriées (Nelson et Hastie).

- C'est un processus intégratif de synthèse des facteurs complexes en interaction impliqués dans le développement des problèmes présentés par le patient. Sur cette base, un ensemble d'hypothèses est généré à propos de l'étiologie et des facteurs qui perpétuent ces problèmes. Il prend en compte les forces et les aptitudes de l'enfant et de sa famille (ou du patient adulte) qui peuvent aider à identifier des approches thérapeutiques potentiellement efficaces et traduit le diagnostic en interventions thérapeutiques spécifiques et individualisées (Winters 2007).

Différence entre FC et diagnostic catégoriel (DSM)

Dans le DSM, l'existence (ou la disparition) d'un trouble repose sur l'objectivation d'un ensemble de symptômes en relation à un diagnostic établi. La réponse est globale (0 ou 1) et ne renseigne pas sur les différences individuelles. D'autre part, bien qu'en principe « athéorique », ce diagnostic se rapporte au concept de maladie et n'apporte pas d'éléments précis sur une autre nature du problème. Sa construction conduit à l'application d'une technique standardisée à dose établie en vue d'un résultat centré sur les symptômes.

La formulation de cas apporte davantage de précision et une perspective dimensionnelle (les problèmes sont abordés dans une continuité du normal au pathologique). Elle comprend une recherche étiologique (compréhension des causes sous-jacentes) et prend en compte les dimensions intra et interindividuelles du trouble. Elle ouvre sur des objectifs et une stratégie d'action individualisés.

Cadre de la formulation de cas

La FC est une formalisation de la démarche clinique. A ce titre, tout en restant ouverte à une multi causalité, il est important de veiller à ce qu'elle ne devienne pas une « usine à gaz » qui comprendrait tellement d'éléments qu'elle serait inutilisable dans la pratique. Ses éléments sont organisés de façon à dessiner une configuration permettant de relier l'observation, les hypothèses causales et l'action thérapeutique.

FC et modèles psychothérapiques

La formulation peut se décliner, suivant les approches, en formulation psychodynamique, cognitivo-comportementale, biopsychosociale (facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels) ou pluraliste (prenant en compte plusieurs modèles théoriques). Cette distinction permet de préciser les relations entre les hypothèses étiologiques et les objectifs de chaque approche relativement au cas suivi.

Différentes FC ont été élaborées pour répondre aux spécificités des différentes approches quant aux inférences causales qu'elles proposent et aux objectifs qu'elles poursuivent pour répondre aux problèmes qu'elles traitent.

Approche	Inférences causales	Objectifs
psychodynamique	Déficits de la représentation de soi, mauvaises relations d'objet internalisées, troubles de l'attachement, conflits inconscients.	Etablir une sécurité de base et un espace d'échange, développer l'espace intérieur et la cohérence du soi, réguler l'expression pulsionnelle et affective.
comportementale et cognitive	Erreurs des schémas cognitifs et du traitement de l'information conduisant à maintenir les symptômes. Activation de cognitions en relation à origines précoces.	Identifier les croyances négatives associées à des événements relationnels négatifs, générer une restructuration cognitive et des stratégies d'ajustement.
systémique	Influence de l'environnement, notamment familial sur le comportement du patient.	Réduire les dysfonctionnements et améliorer l'économie du système familial.

La formulation de cas dans le réseau

Une organisation de la FC en quatre axes

Elle permet d'accueillir la pluralité des approches à partir d'un plan simple partagé.

1. Problèmes du sujet, leur place dans le contexte de sa situation de vie actuelle, de son histoire et de son développement.

2. Facteurs non dynamiques qui peuvent avoir contribué à son problème.

3. Intégration synthétique des données disponibles ouvrant à une interprétation des facteurs précipitant et des influences qui maintiennent les problèmes.

4. Première définition du *but* et des *objectifs* intermédiaires de la psychothérapie et de la *stratégie* pour les atteindre.

Trois étapes de formulation

1. A partir des informations réunies (séances de psychothérapies retranscrites), **chaque participant du groupe de pairs (GP) établit**

- la plainte principale, les principaux symptômes et problèmes, leur sévérité, leurs contextes d'apparition et de déclenchement, le fonctionnement du patient dans les principaux domaines de la vie, les aspects positifs sur lesquels s'appuyer ;
- une ou plusieurs hypothèses sur la façon dont un ou plusieurs facteurs contribuent à la situation actuelle et sur les causes fonctionnelles, structurelles et contextuelles auxquelles les difficultés et les troubles peuvent être associés ;
- les objectifs thérapeutiques et la stratégie pour commencer à les atteindre.

2. Le clinicien du patient rédige une formulation initiale suivant le plan en quatre points présenté précédemment. Il y associe les informations de base telles que les variables démographiques, les résultats de la première évaluation avec les instruments, les modérateurs et le DSM.

3. La formulation est discutée et validée par le GP. La discussion inclut la façon dont les différentes interventions vont se situer dans le temps et le pronostic. Il est essentiel de créer un climat de non jugement dans lequel toutes les idées de formulation sont acceptables et perçues comme ayant un intérêt.

Echelle Santé Maladie

L'Echelle d'Evaluation Santé-Maladie (*Health-Sickness Rating Scale*, Luborsky 1975) a été conçue pour permettre au clinicien d'établir un indice de santé de son patient, d'un point de vue global et à partir de différentes dimensions que nous allons décrire.

Rappelons que cet outil a demandé plusieurs années d'élaboration à un groupe de cliniciens de la clinique Menninger, engagés dans la recherche en psychothérapie. Une de leurs questions de départ a été : « Comment et avec quel degré de qualité, des cliniciens qualifiés appréhendent-ils le concept de «santé mentale » ? Quelques vingt années plus tard, l'usage de l'ESM montrera que la santé mentale peut être valablement appréciée et située sur une échelle linéaire simple par des observateurs cliniques expérimentés. Dix huit études confirmeront la fiabilité et la validité de l'échelle (durée 12 années). L'outil sera importé en France à partir de la traduction de Gerin, Peyras et Tissot en 1982, période où l'évaluation des psychothérapie commence en France sous l'impulsion de Gérin et Dazord.

Le document pour la cotation de l'echelle se compose de plusieurs éléments :

34 descriptions de "cas types" (16 hommes et 18 femmes représentant une variété de diagnostics) permettent d'attribuer globalement un score santé-maladie (de 100 à 0) au patient, à partir de ses symptômes et de son fonctionnement. Une table de correspondance des degrés de l'échelle, avec les grands cadres nosologiques, complète cette aide à la cotation.

Utilisation de l'echelle

1. Parcourir la définition des points (degrés) de l'échelle et des cas-types situés à chaque point.

2. Lire les "cas type" relatifs au degré de santé/maladie que vous avez estimez.

Votre cas peut correspondre à l'un d'eux ou à l'interface d'une paire de cas types. Ceci pour rappeler qu'il s'agit d'une cotation analogique.

3. Coter l'échelle globale puis chacune des sept échelles analogiques centrées sur des dimensions de fonctionnement. Vous avez donc à votre disposition 8 fiches d'évaluation à coter de 100 à 0 :

1. Estimation globale.
2. Le besoin du patient d'être protégé et/ou aidé par le thérapeute ou l'hôpital, et à l'opposé, la capacité du patient de fonctionner de façon autonome.
3. La gravité des symptômes du patient (le degré de désorganisation de la personnalité qu'ils traduisent).
4. Le degré subjectif du malaise et de la détresse du patient.
5. Les conséquences de l'état du patient sur son entourage (danger, malaise, etc ...).
6. Le degré d'utilisation par le patient de ses capacités, notamment dans le travail.
7. La qualité des relations interpersonnelles du patient (chaleur, intimité, authenticité, proximité, degré de distorsion de sa perception de la relation, contrôle de l'impulsivité dans la relation).
8. L'ampleur et la profondeur des intérêts du patient.

4. Renseigner la fiche résumé - ESM

Année - semaine :
Patient (code) :
clinicien (code) :
cotateur 2 (code) : cotateur 3 (code) :

Evaluation : début de psychothérapie
fin de psychothérapie
suivi ultérieur après psychothérapie
autre

1 - Estimation globale Santé-Maladie
2 - Capacité d'autonomie
3 - Gravité des symptômes
4 - Malaise subjectif
5 - Effets sur l'entourage
6 - Utilisation des capacités
7 - Relations interpersonnelles
8 - Sources d'intérêts

5. Comparer et discuter les cotations en groupe de pairs

Chacun des membres du groupe de pairs fait sa propre cotation.

Réunion du groupe de pairs pour comparaison et discussion pour la validation.

La cotation et la validation de cette échelle est très rapide.

Les résultats sont réunis dans un tableau pour comparaison des évaluations.

Exemple d'évaluation Mme X (à 2mois et à 1 an)

	2 m	1 an	+	-
1. Estimation globale santé-maladie	50	60	10	
2. Capacité d'autonomie	50	55	5	
3. Gravité des symptômes	40	50	10	
4. Malaise subjectif	40	55	15	
5. Effet sur l'entourage	50	55	5	
6. Utilisation des capacités	60	60	-	
7. Relations interpersonnelles	40	55	15	
8. Sources d'intérêt	45	55	10	

Nous voyons dans cet exemple que si la patiente s'est améliorée au niveau global, certaines dimensions de fonctionnement ont peu évolué et que la gravité des symptômes reste encore dans les cotations moyennes. Cette évaluation peut permettre au clinicien de réajuster éventuellement la prise en charge. Dans le protocole proposé dans les études, cette évaluation sera recoupée avec les données issues des autres instruments.

Echelles de fonctionnement psychodynamique (EFP) de Per Hoglend et al. (1997)

Un des objectifs de l'instrument est d'apporter une réponse à deux critiques qui sont souvent faites aux évaluations des psychothérapies : 1. Elles sont centrées sur les *symptômes* principaux et ne prennent pas en compte le *fonctionnement* de la personne dans des domaines tout à fait essentiels ; 2. Elles méconnaissent l'importance des « *symptômes négatifs* » qui se traduisent par une réduction symptomatique obtenue par des restrictions de vie comme le retrait ou l'isolement.

Le contexte d'utilisation de ces échelles est une analyse du corpus des entretiens explorant six dimensions : qualité des relations familiales ; qualité des relations amicales ; relations sentimentales/sexuelles ; tolérance affective, *Insight*, résolution de problème, affirmation et capacité d'adaptation.

La cotation s'effectue de 1 à 100 pour chaque échelle, par paliers de 10, chacun définissant un niveau de fonctionnement.

La qualité des relations à la famille ou à ses substituts importants (si les parents ne sont pas disponibles). Une bonne

qualité implique une réciprocité appropriée, une aptitude à donner et à recevoir, un engagement adéquat, une aptitude à faire confiance et à être digne de confiance, une sensibilité émotionnelle, une aptitude à considérer la perspective de l'autre, une aptitude à décrire de façon vivante les proches dans leurs dimensions externes et internes. Elle implique un sentiment d'être nécessaire et un sens de l'appartenance. Si les parents proches ne sont pas vivants, évaluer les relations à partir du souvenir/de la relation d'objet internalisée. La capacité de concilier les imperfections des parents et de tirer le meilleur des relations devrait être considérée.

La qualité des relations interpersonnelles (amicales) implique une réciprocité appropriée comme l'aptitude à donner et à recevoir des autres, un engagement adéquat, une aptitude à faire confiance et à être digne de confiance, une sensibilité émotionnelle, une aptitude à prendre en compte la vision de l'autre, une aptitude à décrire de façon vivante les autres dans leurs dimensions externe et interne. Elle implique un sentiment d'être nécessaire et un sentiment d'appartenance.

La qualité des relations sentimentales implique l'intérêt sexuel, l'éveil, le plaisir, l'initiative et la souplesse. Elle repose sur un sentiment de sécurité de base, de signification émotionnelle et de confiance. La dépendance mature implique l'aptitude à devenir émotionnellement dépendant de son partenaire, mais également celle de faire un deuil. Voir le partenaire comme une personnalité unique implique de pouvoir décrire l'autre dans une large palette de dimensions internes et externes et un développement dans le temps. S'il n'y a pas de relation sentimentale actuelle du fait d'une mort ou d'un divorce, la capacité du patient d'établir des relations pourra être évaluée à partir d'expériences antérieures.

La tolérance affective recouvre l'aptitude à éprouver, différencier et exprimer (verbalement et non verbalement) des affects variés. Elle inclut l'aptitude à établir un espace de temps entre les sentiments et l'exécution de défenses et de comportements automatiques. Le contrôle de l'impulsivité et la tolérance à la frustration font partie de cette dimension. Des variables telles que l'alexithymie et l'inauthenticité sont partiellement associées à cette dimension.

L'Insight recouvre la compréhension cognitive et émotionnelle des principales dynamiques de conflits internes, des configurations interpersonnelles associées, des comportements répétés qui leur sont relatifs et de leur connexion à des expériences passées. C'est une aptitude à comprendre et à décrire sa propre vulnérabilité, ses réactions au stress et ses aptitudes d'adaptation.

La résolution de problèmes, la capacité d'affirmation et d'adaptation recouvre l'aptitude à prendre en main de façon souple toute situation difficile et à s'affirmer sans développer de symptômes, un évitement ou des actions inadaptées. L'auto-observation et la planification peuvent ou ne peuvent pas être utilisées pour renforcer la performance. L'aptitude à intégrer les domaines habituels et aussi à en explorer de nouveaux s'accorde avec le plaisir dans des activités enjouées et de récréation et la poursuite de buts ayant une signification.

Avant de faire les évaluations, prendre en compte les recommandations des auteurs :

- Lire chaque échelle, écrire le score au niveau descriptif approprié dans la marge.
- Coter 0, s'il n'est pas possible pour vous de réaliser une évaluation ou si l'échelle n'est pas applicable.
- Baser le score sur le fonctionnement moyen durant les trois ou quatre derniers mois.
- Ne pas coter simplement les comportements de surface mais également les compétences, aptitudes et capacités personnelles qui sont accessibles au sujet.
- Les attitudes, *Insights*, planifications, compétences relationnelles, etc., peuvent changer (ou ne pas changer) indépendamment de la psychopathologie.
- Ne pas utiliser uniquement les cotations situées au milieu de l'échelle.
- Éviter les effets de halo (la pathologie sévère dans un domaine contamine la cotation de l'item suivant).
- Éviter de coter une pathologie sévère en restant en surface.
- Réfléchir sur ses propres traits et attitudes afin d'éviter de donner au patient « de sévères » cotations pour des traits opposés aux siens, ou des cotations « hautes » pour des traits qui gratifient ses besoins.
- Être explicite sur les jugements de valeur inévitables.

Ces échelles permettent une appréciation assez fine du fonctionnement dans le registre interpersonnel, de la relation à la réalité et de l'expression des affects. Elles concernent donc le sujet en interaction. Il s'agit d'un instrument qui répond bien à l'appréciation clinique psychodynamique.

Fiche de cotation EFP

Date :
Patient(e) :
Cotateur(s) :
Évaluation de :

Groupe de pairs	cot. a	cot. b	cot.c	Valid.
1. Qualité de relations familiales				
2. Qualité de relations amicales				
3. Relations sentimentales/sexuelles				
4. Tolérance affectives				
5. Insight				
6. Résolution de problème, affirmation et capacité d'adaptation				

● Questionnaire de configuration psychothérapique (version adultes)

Le *Psychotherapy Process Q-set (PQS, Jones 2000)* a demandé une dizaine d'années de travail et a bénéficié de la contribution d'un panel de cliniciens se référant à différentes théories.

Le PQS constitue un langage commun pour décrire et classer le processus de la thérapie à partir de 100 items. Chaque item est conçu pour être observable, éviter les références à une théorie spécifique. Il est destiné à être en grande partie neutre et à pouvoir être utilisé pour n'importe quelle thérapie. Le PQS permet de représenter un éventail d'interactions thérapeutiques et notamment de caractériser systématiquement l'interaction thérapeute-patient.

L'évaluation se fait à partir de séances entières (notes extensives, éventuellement complétées d'enregistrements audio), ce qui offre une grande possibilité de cerner les éléments importants et de mieux évaluer leurs effets dans le processus de la thérapie. Le but général de l'instrument est de fournir un index significatif du processus thérapeutique qui puisse être utilisé dans des analyses comparatives ou pour des évaluations pré et post thérapies.

Le PQS utilise la méthodologie du tri forcé. Cette méthodologie conduit à hierarchiser l'importance de chaque items descriptif. Elle oblige à classer un nombre défini d'items dans les 9 catégories qui vont du plus caractéristique (+4), au moins caractéristique (-4), en passant par une case neutre (0) (cf. tableau).

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 d'items dans chaque catégorie

Chacun des items est accompagné d'un commentaire pour en faciliter la cotation.

Le PQS comprend trois types d'items

Ils portent respectivement sur :

1. Les attitudes, les sentiments, le comportement ou l'expérience du patient.

2. Les actions et les attitudes du thérapeute.

3. La nature des interactions au sein de la dyade, le climat ou l'atmosphère de la séance.

Exemples des différents types d'items :

1er type : Item 26. Le patient ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux).

• Placer vers caractéristique si le patient exprime des sentiments de honte, de culpabilité, de peur, ou de tristesse au cours de la séance. Un placement extrême indique l'intensité de l'affect.
• Placer vers non caractéristique si le patient n'exprime pas de tels sentiments pénibles, ou exprime des sentiments de confort et de bien-être.

2ème type : Item 2. Le thérapeute porte attention au comportement non verbal du patient, c-à-d, à la position du corps et à la gestuelle.

• Placer vers caractéristique si le thérapeute porte attention au comportement non-verbal du patient, tel que des expressions faciales, rougeur, rire, gorge nouée, ou les mouvements de corps. Par exemple, le thérapeute précise que bien que le patient dise qu'il (elle) est fâché, il sourit.
• Placer vers non caractéristique s'il y a peu ou pas d'éléments sur le comportement non verbal.

3ème type : Item 39. La relation présente une qualité concurrentielle.

• Placer vers caractéristique si soit le patient soit le thérapeute semble en compétition avec l'autre. Cela peut prendre la forme de vantardise, d'une attitude de surenchère, ou de rabaisser l'autre ; par exemple le patient suggère que le thérapeute vit une vie cloîtrée alors qu'il vit lui-même et travaille dans le monde réel.
• Placer vers non caractéristique s'il y a peu ou pas de sentiment de compétitivité entre le patient et le thérapeute.

Il existe trois ordres de cotations :

• **Caractéristique** = présence d'éléments caractéristiques selon définition.

• **Neutre** = non pertinent ou sans importance dans la séance.

• **Non caractéristique =** absence d'un comportement ou d'une expérience remarquable.

Les évaluateurs sont parfois incertains pour placer un item dans la catégorie « neutre », ou dans la catégorie « non caractéristique ». Un élément devrait être placé dans la catégorie « neutre » quand il est vraiment **non pertinent** ou **sans importance** *dans le contexte clinique actuel*. Un placement plus extrême (-3 ou -4) dans le « non caractéristique » signale que **l'absence** d'un comportement ou d'une expérience particulière **est remarquable**. En d'autres termes, un événement dont il serait important de noter l'absence afin de réaliser une description plus précise de la séance devrait être classé dans la catégorie « non caractéristique » plutôt que « neutre ».

Par exemple, l'item 92. Les sentiments ou les perceptions du patient sont liés aux situations ou comportement du passé.

• Placer vers caractéristique si plusieurs liens ou des connexions essentiels sont réalisés entre les perceptions par le patient, d'une expérience ou d'événements actuels avec celles et ceux du passé ; par exemple, le thérapeute fait remarquer (ou le patient réalise) que des peurs actuelles d'abandon proviennent de la perte d'un parent durant l'enfance.
• Placer vers non caractéristique si les expériences actuelles et passées sont discutées mais non reliées ouvertement.
• Placer vers la catégorie neutre si ces sujets ne sont que très peu discutés ou pas du tout.

Un logiciel permet de faire une cotation informatisée, ce qui facilite le travail et en réduit le temps. La cotation de chacun des pairs est insérée dans un document word pour la validation en commun. La version validée sera conservée dans une base de données, ce qui permettra l'analyse ultérieure du processus et son éventuelle comparaison avec celui de cas analogues.●

● Informations pour démarrer les études

1. Être inscrit au réseau : en faire la demande et avoir rempli la fiche d'information (la demander par mail à mthurin@techniques-psychotherapiques.org).

2. Inclure un patient que le clinicien considère présenter une personnalité borderline et dont il souhaite étudier le déroulement et les résultats de la psychothérapie sur une période d'un an.

3. S'organiser en groupe avec deux pairs qui suivent également un patient qu'ils incluent dans les études. Les évaluations des trois patients sont réalisées par chaque membre du groupe de pairs. Elles sont faites individuellement et validées en groupe.

4. Au moment de l'inclusion d'un enfant : *envoyer un e.mail à Monique Thurin* afin qu'elle vous donne un code pour ce patient et un code d'identification pour vous-même (anonymisation des données cliniques).

5. Lors de l'envoi de ce code, MT vous adressera également le livret d'évaluation pour vous aider à suivre la méthodologie.

Suivez l'information sur le site du Réseau

http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/

POUR LA RECHERCHE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

ffp@internet-medical.com
tel : 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 l'A.F.P.*, à la *S.I.P., la S.F.P.E.A. et au C.N.U.P.*, pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7695

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 2009)
à

Fédération Française de Psychiatrie
Bâtiment B - Hôpital Sainte Anne
1, rue Cabanis - 75014 PARIS

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

Impression : ARTHEO