n° 62
Sept. 2009

# POUR LA RECHERCHE

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

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

## Editorial

- Monique Thurin -

**Sommaire**

***CR du Symposium de Ulm***
**Stratégies de recherches pour le processus psychanalytique**



*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 N. Garret-Gloanec,***
***M. Thurin, M. Villamaux***

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

● En juin dernier, Horst Kächele* a organisé un symposium européen à Ulm sur les stratégies de recherche concernant le processus psychanalytique *(Psychoanalytic Process Research Strategies)*. Le présent numéro présente les résumés de quelques interventions, plus particulièrement celle de Fonagy (Londres) qui est intervenu sur « La mentalisation comme facteur commun dans le processus psychothérapeutique », celle de Lindfors et *al.* sur l'efficacité relative d'une approche brève centrée sur la résolution de problèmes et de psychothérapies psychanalytiques de différentes durées, celles de Grande et *al.* (Berlin) sur les conditions et les effets d'un changement structurel et de Sandell (Stockholm) sur l'abord des différences individuelles dans la recherche en psychothérapie.

Pendant ce symposium, le processus a été appréhendé à partir de l'amélioration du patient *au cours du déroulement* de la psychothérapie en impliquant ou non les processus de changement qui interviennent dans la psychothérapie et les ingrédients susceptibles d'y participer. Les modérateurs, facteurs initiaux dont l'efficacité peut dépendre et qui peuvent aussi devenir des médiateurs centraux de la thérapie, ont été généralement identifiés. C'est le cas, par exemple, du système d'attachement pour lequel plusieurs intervenants ont proposé des abords différents et complémentaires : l'attachement comme mécanisme de changement (Fonagy), comme prédicteur de résultat (Strauss), comme modèle de compréhension (Luyten).

Les instruments d'évaluation présentés dans beaucoup d'études ont été des auto-questionnaires centrés sur le diagnostic à partir des symptômes (SCL-90, BDI, STAI...) ou des troubles de la personnalité (MMPI, AAI,...). Lorsqu'il s'agissait d'hétéro questionnaires, ils étaient renseignés par des scrutateurs externes à partir de séances enregistrées. Ces méthodes permettent de faire reposer les recherches sur des cohortes, mais sur un axe limité, notamment celui des modérateurs de *gravité* des troubles. Le nombre de variables prises en compte reste relativement faible, ce qui réduit l'appréhension de la complexité des cas. Un autre point nous a semblé important, celui de la réduction de la tendance à la généralisation des effets d'une psychothérapie à partir d'un nombre de cas insuffisant d'un point de vue statistique. Dans plusieurs interventions ces effets sont reliés au type de pathologie et à sa gravité plutôt qu'au type de psychothérapie mise en oeuvre. Dans les études présentées, des comparaisons ont été réalisées entre les traitements courts et les traitements longs, tant en ce qui concerne les psychothérapies psychanalytiques dans leurs différentes modalités, qu'avec d'autres approches, notamment comportementale et cognitive. Il nous a semblé que les analyses sont beaucoup plus claires à ce niveau : on part d'une pathologie identifiée (par exemple la dépression), de sa gravité (différents instruments d'évaluation en attestent), on évalue les changements *au cours des étapes du processus* et plusieurs mois, voire années après la terminaison de la psychothérapie. La dynamique du changement et sa pérénité se trouvent ainsi intrinsèquement liées à l'approche utilisée sans réduction abusive à une technique. Une partie tout à fait intéressante de ce symposium a été la présentation par plusieurs intervenants de la première étape de la psychothérapie, montrant une amélioration systématique du patient, parfois avant même que le travail ne commence (à partir du moment où un rendez-vous était pris). Evidemment, cela pose bien des questions et permet d'affiner la prise en compte de différents facteurs, notamment celui de l'anticipation des effets liés à une représentation et des modérateurs ●

**Horst Kächele** a consacré beaucoup de son temps à la recherche sur les psychothérapies. Il a participé aux travaux de recherches sur les psychothérapies en France avec P. Gerin et A. Dazord dans les années 1990. Il a présidé la *Society for Psychotherapy Research* (1990-1991). www.horstkaechele.de/

# Peter Fonagy : Attachement, mentalisation, et mécanismes de changement en psychothérapie

Résumé par Jean-Michel Thurin

*Partant des questions actuelles de la recherche, Peter Fonagy propose un modèle de la psychothérapie fondé sur l'attachement et la mentalisation. Le point de départ de la relation psychothérapique peut être modélisé comme une situation à laquelle un sujet ne parvient pas à faire face. Il se dirige alors vers un autre sujet pour retrouver un niveau d'équilibre : « Je ne sais pas ce qui se passe et je viens vous rencontrer pour retrouver mon équilibre, comprendre le sens de ce qui se passe et trouver un mode d'abord différent, une façon de faire différente ». Cette demande enclenche un processus entre les deux personnes qui inclut leurs systèmes affectifs, cognitifs et biologiques. Les interactions réciproques de ces différents systèmes peuvent être objectivées au delà de la phénoménologie descriptive, le système biologique devenant accessible au niveau cérébral par l'imagerie fonctionnelle et au niveau général par le dosage de neuromédiateurs qui participent directement à nos reconnaissances interpersonnelles. Ce modèle s'appuie sur différentes études qui sont ici succintement présentées.*

## Où en sommes-nous dans la recherche en psychothérapie ?

La recherche en psychothérapie se recentre aujourd'hui sur trois objectifs : 1) Mieux identifier pourquoi une thérapie marche et les stratégies qui déclenchent les processus de changement ; 2) Optimiser ce qui est généralisable de la recherche à la pratique ; 3) Identifier les modérateurs et les médiateurs de traitement (les facteurs dont dépend l'efficacité).

Les essais contrôlés randomisés (ECRs) n'ont pas répondu à ces objectifs. La démonstration de la causalité des effets reste pour l'essentiel une illusion d'explication. Par exemple, l'alliance thérapeutique peut être un médiateur et un mécanisme de changement : plus l'alliance est forte, plus le changement est important (p.e. Horvaht et Bedi, 2002 ; Orlinsky et *al.,* 2004) et les études corrélationnelles montrent que l'alliance prédit une amélioration des symptômes. Mais peut-on dire que c'est la bonne relation avec le thérapeute qui traite, sans prendre en compte ses conditions et la façon dont le thérapeute et le patient participent à sa construction ?

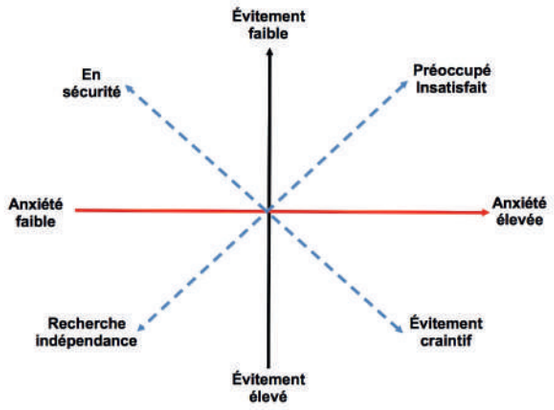
## Le système d'attachement comme mécanisme de changement

La découverte de John Bowlby se situe au niveau du système d'attachement. Elle peut être résumée de la façon suivante : l'humain a besoin de former des liens affectifs étroits avec des individus spécifiques. Durant une période étendue d'immaturité, l'attachement est notamment déclenché par la peur et ce système permet d'assurer la sécurité de l'enfant. Mais le processus initié par l'enfant s'étend à la personne auprès de laquelle l'aide est recherchée. Les comportements d'attachement de l'enfant font l'objet d'une réciprocité de la part de l'adulte dans les soins qu'il donne, ce qui en retour crée un attachement particulier à cet adulte.

Au niveau cérébral, la relation parent-enfant assure la régulation du système neuronal de l'enfant. Sa perte ou son dysfonctionnement peut impliquer une faible modulation et coordination de la fonction physiologique, de l'affect et du comportement.

L'attachement qui s'établit dans une situation de sécurité maîtrisée apporte une confiance que la peur est un état temporaire et que la recherche du réconfort réduira le trouble. Il détermine aussi les aptitudes socio-cognitives.

Une représentation schématique (ci-dessous) a été faite par Bartholomew de la relation entre le niveau d'angoisse et d'évitement et la qualité de l'attachement (sécurité, évitement rejetant, évitement avec peur, préoccupation).




*Modèle bidimensionnel des différences individuelles de l'attachement chez l'adulte*

## L'attachement de l'enfant prédit la personnalité de l'adulte

La sécurité entraine une santé émotionnelle, une estime de soi, une confiance en soi, un affect positif, une solidité du moi et une compétence sociale. Une des médiations de ces effets est la cognition sociale (qui s'exprime par exemple, dans les attentes interpersonnelles et l'évaluation des événements stressant).

Inversement, une mauvaise qualité de l'attachement de l'enfant peut prédire l'apparition de troubles mentaux. Un attachement désorganisé est susceptible d'entraîner une symptomatologie dissociative.

Les conduites d'attachement chez l'adulte prédisent le résultat de la psychothérapie : il sera positif si l'attachement est associé à un sentiment de sécurité, alors qu'un attachement associé à une peur élevée (évitement anxieux) prédit un plus mauvais résultat.

## Comprendre comment fonctionne le système d'attachement

### *Attachement et addiction*

MacLean (1990) a spéculé que l'abus et l'addiction à la drogue étaient des tentatives de remplacer par des opiacés les facteurs endogènes normalement fournis par les attachements sociaux.

Nelson et Pankseep (1998) propose une neurobiologie commune des relations mère-enfant, enfant-mère et sentimentales ultérieures. Autrement dit, une neurobiologie de l'amour.

Insel (2003) pose la question de savoir si « l'attachement social », un besoin excessif des autres pour fonctionner, est un trouble addictif.

Le circuit mésocorticolimbique dopaminergique est la base d'un processus d'addiction. Au niveau biologique, certains sites de réception de la vasopressine sont cruciaux pour la formation des liens d'attachement et une configuration particulière de ces récepteurs semble être liée avec l'organisation sociale monogame de certaines espèces.

### *Neuro-imagerie des relations d'attachement*

Il existe des zones particulières de l'attachement qui sont activées au niveau de l'amygdale, de l'hippocampe, du thalamus, de l'aire cingulaire et d'autres (Swain et *al.*, 2008). Une des façons de le démontrer est la présentation aléatoire d'images de visages de bébés à des proches dont on étudie la

réaction à l'imagerie fonctionnelle : son propre enfant, un enfant inconnu, un enfant familier ou un masque.

Est-ce que des états affectifs différents (un enfant qui pleure, qui rit ou qui est neutre) activent le système d'attachement de façon identique ? Quels sont les effets d'un sourire ? Pour aborder ces questions, Strahearn, Fonagy et *al.* (2008) ont observé les réponses cérébrales maternelles à la présentation de photographies de visages de bébés qui peuvent être le leur ou celui d'un inconnu, et qui sont joyeux, tristes ou neutres. Les réponses hémodynamiques du cerveau des mères auxquelles ces photographies ont été présentées montrent à la fois une différence s'il sagit ou non de leur son propre enfant et s'il est gai ou triste.

### Comprendre l'intersubjectivité, l'émotion et leur régulation

*Le développement de la régulation de l'affect*

La proximité de l'enfant envers un autre être humain facilite l'émergence d'un système représentationnel symbolique de ses états affectifs via des actions de *mirroring* contingent (les réponses positives ou négatives à ses actions, verbalement et à travers ses expressions affectives, et leur caractère approprié ou non) (Rizzolati et Sinigaglia, 2007). La congruence maternelle avec l'éventail des réponses de l'enfant accompagne le développement de la régulation sélective (et de l'attention sélective) et entraine un attachement avec sécurité.

Pour son développement normal, l'enfant a besoin de l'expérience d'un esprit qui a une expérience psychique de ce qu'il peut avoir en tête, qui est capable de réfléchir sur ses intentions en détail et qui ne l'écrase pas. On retrouve ces éléments en psychothérapie.

Il existe tout un cycle de régulation de l'affect et du self à travers la représentation qui se construit de l'autre dans la relation. L'enfant émet un signal, une expression non verbale qui est perçue par sa mère (ou un autre proche), fait résonance chez elle, se réfléchit et conduit à une expression de sa compréhension de l'affect qui permet à l'enfant d'avoir une représentation de son propre état associée à une internalisation de l'image de l'objet. Il se construit à travers ce processus une organisation symbolique de son état interne, de ses représentations primaires de soi (physiques) et des représentations secondaires qui constituent le self psychologique (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).

*La transmission intergénérationnelle de l'attachement*

Selon que la mère se situe comme sécurisante ou insécurisante, le pourcentage des enfants sécurisés ou insécurisés s'inverse. Avec le père, l'effet de sécurité est plus fort et l'effet d'insécurité est moins fort (l'enfant reste davantage dans la sécurité quand le père est insécurisant que si c'était le cas avec sa mère).

Peut-on décrire ce qui se passe au niveau cérébral chez une mère selon qu'elle est en sécurité ou en insécurité avec son enfant ? L'étude de Stathearn, Fonagy, Amico & Montague (2009) tente de répondre à cette question à partir de données psychologiques, biologiques et d'imagerie recueillies au cours de 4 consultations :

- La première se situe au cours du 3ème trimestre de la grossesse. Elle concerne la mère et est accompagnée de la passation d'échelles d'attachement et d'anxiété-dépression, et d'un recueil de variables démographiques.

- La seconde, se fait avec la mère et l'enfant lorsqu'il a 7 mois. Elle comprend 4 temps d'interaction : séparation mère-enfant, interactions « jeu libre », interactions basées sur le miroir, et de nouveau séparation mère-enfant. Aux temps 1 et 4 de cette consultation, enregistrée en vidéo, la mère répond également à des échelles et questionnaires (PANAS, IBQ, PSI). Aux cours des temps 2 et 3, un dosage de l'ocytocine, du cortisol, de l'adrénaline et de la noradrénaline chez la mère est également réalisé. L'ocytocine s'élève chez la mère sécurisée durant la période d'interaction avec l'enfant, alors qu'elle se réduit chez la mère insécurisée.

- Deux autres consultations ont lieu 10 et 14 mois après la naissance (suivi). La première est consacrée à l'étude par imagerie chez la mère de ses réponses aux expressions émotionnelles de son propre enfant et d'autres enfants suivant le protocole de l'étude de 2008. La seconde, à une évaluation générale du développement du bébé.

Il ressort de cette étude qu'une mère sécurisée a une activation plus forte de la région hypothalamo hypophysaire qu'une mère insécurisée et qui se soustrait à la relation. Si l'enfant pleure, ce ne sont pas les mêmes régions qui sont activées chez les mères sécurisées (le striatum ventral) et chez les mères insécurisées (l'insula).

Selon Fonagy, ces réponses cérébrales des mères à l'expression de l'émotion de leur enfant peuvent donner la clé de la transmission intergénérationnelle des classifications de l'attachement. Les mères sécurisées montrent une réponse périphérique d'ocytocine plus importante avec une réponse hypothalamique et du striatum ventral à la vue de leur bébé. Il existe ainsi une indication d'une relation « spéciale », même quand le bébé ne sourit pas. Les mères « insécurisées » qui se soustraient présentent une activation plus forte de l'insula et peuvent vivre en miroir l'affect négatif de leur propre bébé. Mais leur réponse est moins « marquée ». Les enfants de mère insécurisée ont des enfants insécurisés parce que leur interaction avec leur enfant est moins correctrice.

### Attachement et cognition sociale

La mentalisation peut être définie de la façon suivante : c'est une forme d'activité mentale imaginative qui interprète l'activité, nommément le comportement, en terme d'états mentaux intentionnels (p.e. les besoins, les désirs, les sentiments, les croyances, les buts, les intentions et les raisons). On peut faire un test simple de la compréhension que l'on a de ce qui passe dans l'esprit de l'autre avec l'interprétation de son regard (assuré, joueur, amical, triste, surpris). Les influences de l'environnement sur le développement de la cognition sociale comprennent différents traits du climat émotionnel familial dont l'expression de l'autorité par les parents, et la façon dont ils prennent en compte la perspective psychologique de leur enfant, ce qui inclut leur aptitude à le comprendre dans l'interaction et à le décrire (Fonagy, Steele et Steele, 1996 ; Fonagy et Target, 1997 ; Sharp, Fonagy & Goodyer, 2006).

Cette aptitude a été mise en relation avec l'effet d'une injection d'ocytocine (24 UI) au cours du test d'interprétation du regard qui entraine une amélioration de la compréhension par rapport à un placebo dans les reconnaissances difficiles (Heinrich et Domes, 2008).

### Attachement et psychothérapie

*Activation du système d'attachement et mentalisation en psychothérapie*

La psychothérapie représente un éventail de tentatives de renforcer la mentalisation, en partie en générant le contexte d'une relation d'attachement. La discussion des relations d'attachement actuelles et passées intensifie les modèles internes des relations d'attachement. Elle aide la régulation de l'affect du patient à travers une réponse contingente marquée à son affect et en créant un environnement interpersonnel authentique, protégé et sensible. Elle crée également des perspectives alternatives d'expérience mentale par l'interprétation du transfert et la réparation des ruptures de l'alliance thérapeutique.

La psychothérapie s'appuie aussi sur le déplacement d'une mentalisation automatique-implicite vers une mentalisation explicite-contrôlée. Elle participe à l'élaboration de représentations internes des états mentaux de soi et des autres en discutant les jugements superficiels basés sur les « apparences », en reliant les sentiments avec les pensées et en allant au delà du clivage de l'affect et de la cognition (la perception des sentiments). Elle permet de différencier l'autre de soi en appliquant la perspective de l'autre à soi et en réduisant l'impact de l'autre sur soi.

*Le transfert, l'éveil du système d'attachement et la mentalisation*

Une situation émotionnelle de détresse et d'anxiété moyenne produit une activation de l'attachement qui entraîne une recherche de proximité. Celle-ci peut conduire à une expérience émotionnelle favorable ou défavorable.

Dans le contexte de la psychothérapie, la détresse et la recherche de proximité avec le thérapeute peuvent être encore plus importantes lorsqu'elles viennent en relation avec les expériences du patient dans le contexte d'un attachement associé à l'insécurité. Si cette détresse n'est pas régulée à ce stade, il se produit un cercle vicieux. Inversement, si le thérapeute est sensible à ces aspects, la psychothérapie est une opportunité pour le patient de faire l'expérience, d'exprimer, de réfléchir sur et de résoudre des modèles de relations intersubjectives très conflictuelles. Dans ce contexte, le thérapeute est amené à éviter une expression affective « en miroir », est capable de contenir une réponse émotionnelle trop marquée et d'éviter que la relation d'attachement devienne désorganisante. Il est attentif aux états mentaux du patient, notamment pour les choix des moments où une interprétation est possible.

Suivant cette perspective, les bons thérapeutes régulent la relation, la maintiennent tout en écoutant, en évaluant la capacité de leurs patients de bénéficier de leurs efforts, et en participant à leur activité de mentalisation dans une dimension du ni trop, ni trop peu. ●

### Références bibliographiques


◆ **Horvath A.O., Bedi R.P.** (2002). The alliance, in Norcross J.C. (Ed.) : Psychotherapy relationship that work (pp. 37-70). New York, Oxford University Press.

◆ **Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U.** (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavioral change (5th ed., pp. 307–390). New York : Wiley.

◆ **Insel TR.** Is social attachment an addictive disorder? *Physiol Behav*. 2003 ; 79(3):351-7.

◆ **Nelson EE, Panskeep J.** Brain substrates of infant-mother attachment: contributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine. *Neurosci Biobehav Rev.* 1998 ; 22(3):437-52.

◆ **Swain JE.** Baby stimuli and the parent brain: functional neuroimaging of the neural substrates of parent-infant attachment. *Psychiatry* (Edgmont), 2008 ; 5(8):28-36.

◆ **Strathearn L, Li J, Fonagy P, Montague PR.** What's in a smile ? Maternal brain responses to infant facial cues. *Pediatrics* 2008 ;122(1):40-51.

◆ **Rizzolatti G, Sinigaglia C. (**2007). Mirrors in the Brain. How Our Minds Share Actions, Emotions, and Experience. Oxford University Press.

◆ **Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M.** (2002). Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self. New York: Other Press.

◆ **Strathearn L, Fonagy P, Amico J, Montague PR.** Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology* 2009 ; 34(13):2655-66.

◆ **Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M.** Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants : Evidence for a relationship-specific perspective. *Child Development* 1996 ; 67:541-555.

◆ **Fonagy, P., & Target, M.** (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology* 1997 ; 9:679-700.

◆ **Sharp, C., Fonagy, P., & Goodyer, I.M.** Imagining your child's mind: Psychosocial adjustment and mothers' ability to predict their children's attributional response styles. *British Journal of Developmental Psychology* 2006 ; 24:197-214.

◆ **Heinrichs M, Domes G.** Neuropeptides and social behaviour: effects of oxytocin and vasopressin in humans. *Prog Brain Res.* 2008 ;170:337-50.


## ● Patrick Luyten : Une approche psychodynamique interpersonnelle pour le traitement des patients présentant des troubles de la personnalité

http://ppw.kuleuven.be/psychotherapie/psychoanalyse/e/staff/patric-kluyten.html

En contraste avec le manque de consensus parmi les modèles issus de la recherche empirique, il existe une convergence à la fois descriptive et étiologique entre des modèles qui s'appuient sur la théorie : les troubles de la personnalité traduisent des déficits dans les représentations de soi et des autres et des conflits dans la définition de soi et de l'identité. Un parallélisme fondamental peut être réalisé entre le développement normal et le processus thérapeutique.

Suivant ce paradigme, il ne s'agit pas d'établir des traitements spécifiques relatifs à des troubles spécifiques différents (p.e., des manuels de traitement pour des troubles spécifiques), mais d'identifier les principes du changement thérapeutique dans les divers troubles et modalités de traitement, ce qui entraîne des modifications de la technique psychanalytique. Il s'agit d'une approche centrée sur la personne plutôt que d'une approche centrée sur le trouble.

Cette approche repose sur plusieurs hypothèses : 1) des groupes de personnes différentes nécessitent des actions sensiblement différentes ; 2) deux facteurs peuvent déterminer une relative accentuation/modification de la technique : l'équilibre dynamique que les patients ont atteint (leur position dans l'espace à deux dimensions de Bartholomew) et le niveau structurel (développemental) où ils se situent.

Suivant leur position dans ces espaces, les patients ont différents besoins et attentes, particulièrement dans les phases précoces du traitement. C'est ainsi que le transfert et le contre transfert sont dominés par des questions « congruentes » anaclitiques et introjectives (Blatt 2006) :

- *anaclitiques,* lorsqu'elles concernent des caractéristiques libidinales (soin, intimité, perte, séparation, abandon), qui vont s'exprimer par « vous n'allez pas m'abandonner ? » ;
- *introjectives,* lorsqu'elles impliquent l'autonomie et l'identité (puissance, contrôle, agression, culpabilité).

Il s'agit alors de constellations dynamiques figure-fond correspondant à différents niveaux de développement.

Est-ce que ces patients répondent à des dimensions différentes dans le traitement ?

- Les patients anaclitiques seront très sensibles à la dimension relationnelle et au soutien. Les interprétations sont acceptées, leur précision est moins importante. C'est le transfert positif qui est le plus important.
- Chez les patients introjectifs, le processus psychothérapique est davantage marqué par l'*insight*, l'interprétation et l'explication. La relation thérapeutique est plus ambivalente, moins confiante, avec plus de besoin de contrôle, plus de temps nécessaire pour une relation thérapeutique « suffisamment bonne ».

Finalement, le travail se déroule suivant l'organisation développementale. Le traitement peut être situé comme une « réinitialisation du processus normal de développement ». Ce qui n'a pu ou ne peut être mentalisé, a à l'être, à travers le rêve ou une première transformation dans le thérapeute à travers l' « espace potentiel » du transfert/contre transfert, la création d'un « espace de jeu », un « espace transitionnel ». L'hypothèse centrale est que les expériences dans la relation thérapeutique permettent aux patients de réviser et de transformer leurs représentations mentales limitées et distordues d'eux-mêmes et des personnes qui importent pour elles, et d'établir des schémas interpersonnels plus réalistes et adaptés qui conduisent à des capacités adaptatives accrues et réduisent la vulnérabilité au stress et à d'autres enjeux. ●


◆ **Blatt SJ, Auerbach JS, Zuroff DC et Shahar.** (2006). Evaluating Efficacy, Effectiveness and Mutative Factors in Psychodynamic Psychotherapies. In Psychodynamic Diagnostic Manual. PDM Task Force ; 537-572.

# Efficacité des psychothérapies brèves et longues sur les compétences professionnelles de patients anxieux ou dépressifs

## Résumé par Muriel Falk Vairant

● *Le programme finlandais sur les effets de différents types de psychothérapies courtes, brèves et longues (résolution de problèmes, psychodynamique brève, psychodynamique longue, psychanalyse) a été présenté dans un précédent numéro de PLR (M Thurin, 2005) auquel nous renvoyons pour la description de sa conception. L'équipe d'Helsinki a présenté à Ulm les résultats de l'étude de suivi qu"elle a menée et nous reprenons ici ce qui concerne l'axe particulier de l'effet sur les compétences professionnelles (Knekt, Lindfors et al. 2008).*

Les connaissances démontrées sur l'effet des différentes thérapies sur l'aptitude au travail pour des patients présentant des troubles psychiques sont encore limitées. L'étude comparative des effets respectifs de deux formes de psychothérapies, les brèves et les longues font l'objet de la recherche présentée dans cet article. Elle repose sur un essai clinique randomisé concernant les troubles anxieux et dépressifs.

Les troubles psychiatriques s'accompagnent souvent de difficultés professionnelles. L'éventail des problèmes au travail dans les troubles anxieux et/ou dépressifs va de la simple perte d'efficacité temporaire liée à un manque d'énergie, jusqu'à une perte d'efficacité majeure, en passant par des troubles de la concentration et une baisse du sentiment de satisfaction au travail. Ces répercussions sont consécutives à des troubles cognitifs potentiellement durables, mais aussi à des troubles affectifs, des dysfonctionnements relationnels, des arrêts de travail répétés et une incapacité à agir.

Les problèmes rencontrés au travail sont des motifs fréquents de demandes de psychothérapie et de demandes de pension d'invalidité ou de remboursements des frais par les assurances. Jusqu'à présent, dans leur majorité, les études faites sur les psychothérapies se sont axées sur l'évaluation de l'amélioration des symptômes psychiatriques. L'efficacité des thérapies brèves a été démontrée dans des essais cliniques de psychothérapies brèves ou de simples consultations sans suivi particulier.

Une étude récente a démontré que l'amélioration des symptômes anxio-dépressifs était plus importante avec une psychothérapie de longue durée qu'avec une psychothérapie brève (Knekt et al. 2008). Cependant, les effets des différentes psychothérapies sur l'amélioration des aptitudes au travail sont encore mal connus car peu d'études ont été menées sur ce sujet. Selon Mintz, l'amélioration des troubles dépressifs survient avant celles des performances au travail. Lazar et *al.* (2006) ont mis en évidence une diminution du nombre de jours d'arrêt de travail grâce aux psychothérapies, notamment psychodynamiques.

Des études comparatives entre des patients bénéficiant d'une psychothérapie brève, des patients uniquement inscrits sur une liste d'attente ou des patients suivis en psychiatrie classique ont mis en évidence les effets positifs du traitement ou leur absence totale sur leurs aptitudes au travail. Une psychothérapie brève (psychodynamique) associée à des antidépresseurs est plus efficace sur les performances professionnelles et la réduction du nombre de jours d'arrêt de travail qu'un traitement avec les seuls antidépresseurs.

L'amélioration des troubles est proportionnelle à la durée du traitement et augmente progressivement en fonction de cette durée quand il s'agit de psychothérapie brève *versus* moyen terme (10 mois). Cependant, à la connaissance des auteurs, il n'y avait pas d'étude comparative sur les effets d'une psychothérapie brève *versus* longue durée sur les aptitudes au travail. Dans l'essai randomisé qui est présenté, Knekt et *al.* ont étudié l'amélioration des capacités professionnelles et du fonctionnement général des patients après une psychothérapie centrée sur la résolution des problèmes et des psychothérapies psychodynamiques brèves et longues sur un suivi de trois ans pour des patients souffrant de troubles dépressifs ou anxieux.

### *Méthodologie*

L'étude a été réalisée à partir de 326 patients présentant des troubles anxieux ou dépressifs. Ils ont été répartis de façon randomisée en deux groupes, ceux traités par une psychothérapie brève et ceux traités par une psychothérapie longue, psychothérapies orientées sur la résolution de problèmes ou sur la psychodynamique. Le suivi des patients s'est effectué sur une durée de trois ans à partir du début du traitement.

Les principales évaluations ont été faites avec le *Work Ability Index* (W.A.I.), la *Work Subscale* (SAS work) de la *Social Adjustment Scale* (SAS-SR) et l'échelle du fonctionnement psychologique peçu (PPFS) de Lehtinen (1991). Le statut social du patient, étudiant ou déjà inséré professionnellement, a aussi été pris en compte, ainsi que le nombre de jours d'arrêt de travail.

### *Résultats*

Les tests ont montré une réelle efficacité des psychothérapies sur la récupération des aptitudes professionnelles selon la WAI (15%), la SAS work (17%) et la PPFS (21%). Par contre, ils n'ont pas mis en évidence de différence significative entre les psychothérapies brèves, et même ont noté une amélioration plus forte qu'avec les psychothérapies longues à 7 mois. Cependant, cette différence disparaissait à 2 ans et s'inversait à 3 ans où les psychothérapies longues prenaient l'avantage. Il existe donc des différences dans le délai d'apparition des progrès et dans la vitesse de récupération de ces aptitudes.

### *Conclusion*

Les thérapies brèves donnent des résultats plus rapides que celles à longue durée mais à long terme se sont les psychothérapies longues qui donnent les meilleurs résultats. D'autres études sont nécessaires pour confirmer ces résultats. ●

**M Thurin.** Coût-efficacité de la psychothérapie : le projet finlandais. *Pour la Recherche* 2005 ; 46:7.

**Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA et al.** Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity - a randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. *J Affect Disord* 2008 ; 107(1-3):95-106.

**Knekt P, Lindfors O, Härkänen T et al.** Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med.* 2008 ; 38(5):689-703.

**Vous pouvez encore vous inscrire pour participer aux études du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques psychothérapiques**

**Informations sur le site**

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

# Pré conditions et effets d'un changement structurel Perspective d'abord des différences individuelles

## Résumés par Marie-Christine Cabié

● **Tilman Grande et ses collaborateurs** (Département de médecine et de psychosomatique de l'Université d'Heidelberg) ont présenté une étude naturaliste, prospective, et quasi expérimentale comparant deux approches thérapeutiques psychodynamiques représentant 65% de l'ensemble des psychothérapies financées par le système d'assurance maladie en Allemagne. Il s'agit d'une part, de la thérapie Psychodynamique (PD), approche focale comprenant des éléments de soutien et d'autre part, de la thérapie psychanalytique (PA) qui favorise les processus régressifs, travaille sur le transfert et a pour objectif des changements plus amples de la personnalité (des changements structuraux). Considérées toutes deux comme des thérapies à long terme, selon les critères internationaux, la PD et la PA diffèrent néanmoins par la durée de la thérapie et le nombre de séances hebdomadaires. Les PA durent plus longtemps et impliquent plus de séances par semaine. Le contenu de ces approches thérapeutiques, les techniques spécifiques, les différences de durée et le nombre hebdomadaire de séances ont été pris en compte dans l'étude.

Des psychanalystes d'exercice privé à Berlin et Heidelberg ont été invités à participer à une recherche sur l'efficacité des thérapies psychanalytiques. Pour pouvoir participer à la recherche, les thérapeutes devaient avoir terminé avec succès leur formation psychanalytique dans un institut reconnu par l'association allemande pour la psychanalyse, la psychothérapie, la psychosomatique et la psychologie des profondeurs (DGPT), association qui regroupe toutes les écoles de formation de psychothérapie en Allemagne.

Cette étude a porté sur deux groupes de patients aux diagnostics hétérogènes, un groupe de patients traités par PA et un groupe de patients traités par PD. Ces groupes ont été constitués en tenant compte de plusieurs paramètres importants. Le succès de cet appariement a été testé et la comparabilité a été examinée et établie par une large gamme d'échelles. Les patients psychotiques et les patients de moins de 18 ans étaient exclus d'emblée. Un autre critère de sélection a été un niveau suffisant de sévérité des troubles évaluée à partir de « l'Impairment Severity Score » et de « l'Operationalized Psychodynamic Diagnostic system » (OPD).

76 patients ont été inclus dans l'étude. Les thérapeutes ont évalué les modalités de fin de la thérapie en différenciant les fins dites « correctes » des abandons (drop-out). Dans la plupart des cas l'appréciation des thérapeutes correspond à celle des patients. Neuf abandons ont été enregistrés. Dans quatre cas, l'arrêt de la thérapie a été très rapide et a été lié à une motivation insuffisante du patient. Dans les cinq autres cas, les interruptions ont été plus tardives mais les motivations en étaient très individuelles.

Au total 62 patients ont terminé leur thérapie comme prévu. Dans trois cas les thérapeutes ont été amenés à changer considérablement le modèle thérapeutique. Ces cas ont du être retirés de l'étude. Celle-ci s'est appuyée sur 59 cas, dont 32 dans le groupe PA et 27 dans le groupe PD. 54 d'entre eux ont participé à la catamnèse.

La moyenne d'âge des patients était de 37,3 ans dont 66,1% de femmes et 33,4% d'hommes. 54, 2% d'entre eux avaient obtenu un diplôme de fin d'études secondaires (équivalent BAC). Les autres ont interrompu leur scolarité plus tôt.

Les diagnostics (ICD) les plus fréquents ont été les troubles dépressifs (66,1%), puis les troubles anxieux (40,7%), les troubles somatoformes (37,3%), les troubles obsessionnels compulsifs (22%), les troubles sexuels (22%), les troubles de l'adaptation (18,6%) et les troubles de l'alimentation (18,6%). Il était possible de donner plusieurs diagnostics. 52,5% des patients présentaient un trouble de la personnalité, le plus souvent narcissique (18,6%) ou borderline (10,2%).

La recherche a été naturaliste. L'exploration de ces approches a été faite dans leur contexte habituel d'application. En accord avec la conception naturaliste de l'étude, les thérapeutes et les patients se sont mis d'accord librement sur le modèle thérapeutique utilisé (PA ou PD). Par exemple il n'y avait pas d'attribution randomisée de patients à des thérapeutes ou d'obligation de choisir telle ou telle approche. Les thérapeutes ont conduit les thérapies à leur façon habituelle sans avoir à suivre un manuel. Au cours de la thérapie, ils ont enregistré régulièrement les objectifs thérapeutiques et les techniques choisies selon les deux formes de traitement. Les résultats pour le PA et le PD trouvés à partir de ces relevés ont montré des différences significatives entre les deux approches comme cela était attendu. C'est pourquoi, nous pouvons faire l'hypothèse que les thérapies PA et PD ont été conduites conformément aux intentions spécifiques et respectives, non seulement dans leur forme mais aussi dans le contenu de la thérapie. Pourtant, il est essentiel de noter que cette preuve d'adhésion au type de traitement repose avant tout sur une information fournie par les thérapeutes.

Une première réserve doit être mentionnée : ont été exclues de l'étude les thérapies au cours desquelles était constaté un mélange de ces deux approches, bien que ce « mélange » soit assez fréquent dans la pratique. Une enquête a montré que dans leur pratique habituelle, les thérapeutes conduisent les thérapies le plus souvent à raison d'une fois par semaine. Ce point est important parce qu'il montre que dans la pratique psychanalytique les thérapies comprenant plusieurs séances hebdomadaires ne sont pas la modalité thérapeutique la plus utilisée par les thérapeutes et donc celle dans laquelle ils ont le plus d'expérience.

Une autre réserve résulte du fait que certains patients n'ont pas été inclus dans l'étude bien que satisfaisant aux critères d'admission. Pour 20 d'entre eux, les analystes ont dit ne pas avoir inclus ces patients dans l'étude en raison de la gravité de leurs troubles. Quarante deux patients ont refusé de participer à l'étude. Néanmoins les notes des analystes montrent que les raisons de ces refus d'inclusion étaient identiques dans les deux groupes. Lors de l'étape de l'inclusion des patients, certains thérapeutes se sont abstenus de demander à leurs patients leur accord pour participer à l'étude parce que le trouble du patient était trop grave et parce qu'il y avait des raisons de craindre que cette participation n'aggrave l'état du patient. Dans d'autres cas, il y avait des raisons de penser que les patients pourraient utiliser le fait d'avoir été inclus dans cette recherche pour faire des passages à l'acte entrainant ainsi des complications difficiles à gérer sur un plan thérapeutique. D'un autre côté, dans les deux groupes, des patients ont refusé de participer en raison d'une anxiété paranoïde ou d'une crainte d'éprouver de la honte au décours de l'étude. De notre point de vue, un certain nombre de refus résulte de l'ambivalence des thérapeutes à participer à l'étude lorsque ceux-ci ont essayé de recruter des patients sans le degré de conviction personnelle nécessaire.

Pour évaluer la comparabilité des deux groupes, de nombreuses caractéristiques ont été prises en compte. Les différences trouvées étaient minimes. Il y avait néanmoins une légère

tendance à retrouver chez les patients du groupe PA de plus sévères déficiences. Nous avons pu établir que les patients du groupe PA avaient été malades pendant plus de jours au cours de l'année précédant l'étude et qu'ils avaient bénéficié d'hospitalisations plus fréquentes ou de séjours dans des stations thermales au cours des cinq années précédant la thérapie. De plus, le score total moyen à l'IIP était un peu plus haut dans le groupe PA. Ces tendances doivent être prises en considération conjointement avec les estimations plus nombreuses ne montrant pas la moindre différence quant à la nature, la sévérité et l'intensité du trouble avant le traitement. Il est également important de retenir que les diagnostics reliés au symptôme ont été posés par les thérapeutes eux-mêmes, ce qui réduit leur validité. Bien que les troubles de la personnalité aient été évalués par des personnes ayant une très bonne expérience de l'utilisation des diagnostics ICD, il n'a pas été procédé à des entretiens standardisés. En gardant cela à l'esprit, on peut dire qu'il y avait un pourcentage légèrement plus élevé de troubles obsessionnels compulsifs et de troubles de l'alimentation parmi les patients du groupe PA. En même temps, la différence notée à propos des troubles de l'alimentation est la seule différence statistiquement significative.

Les effets des traitements ont été analysés en se référant au *Global Severity Index* (GSI) de la *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL-90-R) et de l'Inventaire de Problèmes Interpersonnels (IIP) en fin de thérapie et une année après. Aussi bien le GSI de la SCL-90-R que le score total de l'IIP ont montré des résultats hautement significatifs pour le groupe entier à la fin de la thérapie et à la catamnèse. Une plus grande efficacité a été montrée pour le groupe PA au score total de l'IPP pour le changement avant/après, avec une tendance correspondante pour les changements avant/catamnèse. Une investigation supplémentaire des effets spécifiques des thérapies psychanalytiques, notamment en ce qui concerne les changements structuraux, est requise pour une appréciation correcte de leur potentiel. ●

● ***Rolf Sandell*** *(Stockholm) a coordonné au cours des années 90 une grande étude suédoise sur les résultats de la psychanalyse et des psychothérapies psychanalytiques dont nous avons rendu compte dans le PLR 30 (2001) et dans l'expertise collective Inserm (2004). Un de ses thèmes d'intérêt est celui de la différence individuelle des trajectoires et des résultats de la psychothérapie que les présentations sous forme de courbes moyennes ont pour effet de masquer. Il distingue ainsi la psychologie générale qui porte sur les universalités et que la recherche sur les résultats en psychothérapie a plus ou moins involontairement adoptée et la psychologie différentielle qui aborde les différences individuelles et tente de les expliquer. Cette question a été reprise à la Conférence de Ulm en demandant si nous ne devrions pas donner la préférence à cette seconde approche plutôt qu'à la première dans la mesure où ces différences font que ce qui marche pour l'un ne marche pas forcément pour l'autre et que les chemins empruntés pour qu'une thérapie soit efficace ne sont pas forcément les mêmes chez un individu que chez un autre, sans exclure que l'on puisse définir des typologies dans un groupe défini par un diagnostic commun. Sa présentation a porté sur une population de 120 patients burnout et a souligné l'importance du thérapeute. Nous présentons ici un de ses articles abordant la même question suivant une démarche méthodologique analogue et prenant aussi en compte le rôle des modérateurs. Il porte sur l'utilisation, après psychothérapie, des services de santé et a donné lieu à une publication très complète et récente (Lazar, Sandell et Grant 2007). Nous avons en effet pensé que la complexité de la méthodologie exigeait la possibilité de se référer à une publication originale. JMT*

Il existe beaucoup de preuves (voir bibliographie dans l'article) que les interventions psychologiques – la psychothérapie proprement dite ou plus généralement le traitement de la santé mentale – peuvent générer une réduction significative du médical. Cependant, selon Chiles et *al.* (1999), cet effet est contingent à ce que cette réduction fasse partie des objectifs spécifiques du traitement ou non. La preuve qu'il existe des effets collatéraux de la psychothérapie « ordinaire » sur le soin en général semble alors faible. Et de fait, Lazar, Sandell et Grant (2006) n'ont pas trouvé de changement significatif sur un certain nombre de variables d'utilisation des soins en santé chez des patients en psychothérapie longue *en dépit d'un changement robuste au niveau des mesures subjectives de santé*. Ils ont souhaité approfondir cette question.

L'objet de cette étude a donc été d'explorer systématiquement, chez un groupe de patients, les variations constatées dans l'utilisation du système de santé à partir d'un certain nombre de variables et d'identifier les caractéristiques des patients liées à ces variations. Trois vagues de données recueillies à partir de 420 patients de l'étude STOPPP de Stockholm (Blomberg, Lazar et Sandell 2001) ont été analysées. En ce qui concerne les variables d'utilisation du système de santé, trois à six classes ont été identifiées, avec des différences importantes quant aux modalités de changement constatées. L'axe I diagnostic, la chronicité, l'incapacité professionnelle, le sexe et le niveau d'éducation sont, parmi les caractéristiques des patients, celles qui ont permis de différencier les classes.

Tenant compte des résultats d'études antérieures, montrant la faiblesse des liens existant entre l'utilisation du système de santé et la santé subjective des patients et les variations importantes dans les deux types de variables, l'hypothèse générale testée ici a été l'existence d'une hétérogénéité parmi les patients en ce qui concerne les changements dans l'utilisation du système de santé durant le traitement et le suivi après terminaison. Cette hétérogénéité était partiellement expliquée par des variables démographiques et psychiatriques antérieures au traitement.

### Description de la recherche

Il s'agit d'une étude quasi-expérimentale, en partie longitudinale et en partie par coupes transversales. Sa conception est celle d'une enquête par voie postale en trois vagues auprès d'un panel de patients en psychothérapie et en psychanalyse, complétée par une enquête auprès de leurs thérapeutes.

*Méthodologie*

Un échantillon de 756 personnes a été sélectionné. Cet échantillon comportait des patients ayant terminé leur traitement, des patients en cours de traitement et des patients sur liste d'attente.

Le questionnaire de bien être (*Well-being Questionnaire* (WBQ)) qui inclut de nombreuses échelles d'auto-évaluation a été distribué à l'ensemble des 756 personnes en 1994, puis en 1995 et en 1996 à tous ceux qui avaient répondu au premier questionnaire. Les taux de retour ont été respectivement de 78%, 86% et 88%. Quatre cent quarante-cinq personnes (59%) ont répondu aux trois questionnaires.

Avec ces trois étapes possibles au niveau du traitement (pré traitement, traitement et post traitement) et ces trois vagues de questionnaires, il a été possible d'établir une chronologie comprenant neuf temps successifs correspondant aux étapes du traitement : trois avant le traitement, trois pendant le traitement, trois après le traitement. Chaque patient du panel a été situé chaque année sur l'échelle correspondant à l'étape de traitement dans laquelle il se trouvait.

Sur les 445 réponses, 344 étaient en psychothérapie, 76 en psychanalyse et 13 dans différentes formes de thérapie à faible dose.

*Caractéristiques des patients*

Les données concernant les patients ont été les suivantes : (a) le patient type est une femme (77%), célibataire (58%) ou divorcée (17%) avec enfants (52%) ; (b) la majorité des patients (79%) est allée à l'université ou a terminé ses études secondaires et travaille dans la santé, l'éducation, ou le secteur social ; (c) l'âge moyen est de 38,7 ans ; (d) plus de la moitié des patients (58%) ont au moins un diagnostic de l'axe I du DSM-IV, le plus souvent anxiété ou trouble de l'humeur, 12% présentent un trouble de la personnalité, 5% ont à la fois un trouble de la personnalité et un diagnostic de l'axe I ; (e) la moyenne des

évaluations du fonctionnement global (GAF) montre un niveau moyen de dysfonctionnement ; (f) plus de la moitié des patients (66%) ont fait une démarche de psychothérapie antérieure.

*Traitements et thérapeutes*

Les traitements ont été formellement définis comme une psychanalyse (trois à cinq séances par semaine) ou une psychothérapie (une à deux séances par semaine) suivant les indications. Dans les deux cas, il s'est agi de thérapies individuelles à long terme. Par contre, il n'y avait pas de nécessité de suivre un manuel ou de standardisation de la durée, de la technique, de la fréquence des séances etc. Les deux formes de traitement n'ont pas été différenciées dans cette étude.

Les 294 thérapeutes ayant participé à l'étude étaient diplômés par le *National Board of Health and Social Welfare* et certains étaient également formés par, et membres de l'une des deux sociétés psychanalytiques de Suède. Quatre-vingt quinze pour cent des thérapeutes se définissaient comme étant « fortement » ou « assez fortement » d'orientation psychanalytique ou psychodynamique et 11% comme partageant également « fortement » ou « assez fortement » une position éclectique.

*Procédures d'évaluation*

Les évaluations WBQ ont porté sur les axes suivants : (a) situation démographique et socio-économique, familiale, professionnelle et financière ; (b) psychothérapie en cours ; (c) traitements antérieurs, y compris la psychothérapie, relatifs à une détresse psychologique ; (d) état de santé actuel et utilisation du système de soins au cours des 12 derniers mois ; (e) sévérité des problèmes psychologiques actuels et antérieur ; (f) activités occupationnelles (incluant les études) au cours des douze derniers mois.

Cette évaluation a été complétée par 3 auto-questionnaires : SCL-90, SAS, et SOCS.

*Evaluations des patients faites avant le traitement*

Les données démographiques ont été recueillies principalement à partir du WBQ. Un autre item du WBQ a donné des informations sur la durée des troubles psychiatriques actuels selon le patient.

Différents indicateurs de diagnostic ont été évalués sur la base des indications. Ainsi, il a été possible d'attribuer un diagnostic grossier à chaque patient à partir des axes I ou II du DSM-IV. De plus, ces patients ont été évalués à partir de l'échelle globale de fonctionnement (GAF). En plus de l'évaluation de l'état actuel, une évaluation du plus bas niveau de fonctionnement après l'âge de 18 ans a été réalisée. Enfin, une échelle d'évaluation des difficultés professionnelles a été spécialement conçue pour l'étude, allant de 0 (pas de trouble) à 5 (incapacité totale de travailler pendant plus d'un an).

*Evaluations réalisées en fin de traitement*

Les variables sur l'utilisation du système de santé ont été évaluées à partir des auto évaluations des patients sur le WBQ. Ont été pris en compte : (1) le nombre de consultations avec des médecins somaticiens ; (2) le nombre de consultations avec un psychiatre ; (3) le nombre de semaines d'hospitalisation, de soins à domicile pour des troubles somatiques ; (4) le nombre de semaines d'hospitalisation, de soins à domicile ou autre pour un trouble psychiatrique ; (5) le niveau de consommation de médicaments pour des problèmes somatiques ou psychiatriques , (6) le nombre de jours d'arrêt de travail ou d'absence d'une activité régulière.

Un groupe de contrôle a également été évalué. Pour établir un standard de comparaison, le WBQ a été distribué à deux groupes ne présentant pas de signes cliniques. Ces groupes ont répondu au questionnaire WBQ une seule fois. Ce groupe était quasiment similaire sur le plan démographique au groupe de patients.

Les données recueillies ont fait l'objet d'analyses statistiques rigoureuses, notamment à partir de la méthode de la régression utilisée pour analyser la relation d'une variable par rapport à une ou plusieurs autres.

*Résultats*

Ils vont dans le sens d'une hétérogénéité d'utilisation des services de santé liée à celle des patients. Pour pratiquement chaque variable d'utilisation, il existait plusieurs classes, avec pour certaines une élévation et pour d'autres une réduction ou une absence de changement. Une des constatations intéressantes a été la sous-utilisation par certains patients des services de santé antérieurement à la psychothérapie (négligence pathologique de soi). La question de la variabilité parmi les thérapeutes et de son influence a également été posée. Si l'on simplifie la question en réunissant les classes à tendance non négative, les réductions de l'hospitalisation et des consultations psychiatriques ou somatiques ainsi que de l'absentéisme sont impressionnantes (de 70 à 100%). La question qui se pose est alors de savoir dans quelle mesure les résultats négatifs peuvent être attribués à la psychothérapie. Bien que la perspective psychosomatique soit le cas général dans ce contexte, on ne peut exclure pour autant que les personnes puissent tomber malades pour différentes raisons qui ne tiennent pas toutes au style de vie du patient, à ses façons de faire, à son tempérament, etc.

*Conclusion*

L'utilisation du système de soins ne semble pas être un critère d'évaluation pertinent d'une psychothérapie, à moins que ce ne soit l'objectif même de la psychothérapie. ●

**Blomberg J, Lazar A, Sandell R.** Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies : first findings of the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis study. *Psychotherapy Research* 2001 ; 11 : 361-382.

**A. Lazar A, Sandell R, Grant J.** An individual differences perspective on change in psychotherapy: The case ofhealth care utilization. *Psychotherapy Research* 2007 ; 17(6):690-705.

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 2010)**
**à**

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

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

Impression : ARTHEO