n° 79
Déc. 2013

POUR LA RECHERCHE

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

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Editorial

- Nicolas Juskewycz* -

Pratiques psychothérapiques et recherches dans le pôle borderline du RRFPP

- Le cas Victor : quand le quantitatif interroge le qualitatif.
- Modalités du changement chez 15 patients *borderline* en psychothérapie.
- Les cliniciens et la recherche sur les psychothérapies : réflexions d'un groupe de pairs.



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

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

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

● Le pôle borderline du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques présente dans ce numéro quelques aspects de son activité clinique et de recherche à partir de trois articles.

Avec le cas Victor, il s'agit de présenter un patient suivi en psychothérapie pendant un an. François Journet et Monique Thurin montrent le travail d'évaluation minutieux à partir de la méthodologie des études de cas réalisées dans le réseau en groupe de pairs. Sans complaisance, ils tentent de saisir les mouvements négatifs des analyses quantitatives qui obligent, si l'on ne veut pas tirer des conclusions trop hâtives, à revenir aux données cliniques et à les soumettre à une analyse qualitative. En travaillant aussi sur des cas dont les effets qui accompagnent la psychothérapie sont moins évidents, cet article montre de façon encore plus aigüe que la complexité de ces patients n'est pas un obstacle infranchissable pour appréhender les mouvements et les changements qui s'y produisent.

Le regroupement des cas permet d'ouvrir un second niveau d'analyse. Jean-Michel Thurin précise l'exploitation possible des données qualitatives et quantitatives en permettant de commencer à répondre aux questions « Pourquoi, comment et dans quelles conditions une psychothérapie marche et quels sont les aspects qui en facillitent ou en entravent la réussite ? ».

Magali Molinié, Marie-Françoise Gausset et Diogo Alves de Oliveira montrent la singularité de la rencontre d'un groupe de pairs, confronté à l'évaluation. Ils exposent les questions qu'ils se sont posées au cours de l'année de ce travail commun et les réponses qu'ils apportent de leur point de vue de cliniciens-chercheurs qu'ils sont devenus.

L'un des outils essentiels avec les cas difficiles, dont font partie les patients borderline, c'est le contre-transfert du thérapeute, c'est le transfert du thérapeute dirait Pierre Fédida. Le contre-transfert n'est pas seulement constitué par les contre-attitudes conscientes du thérapeute. Les outils proposés dans cette recherche permettent de cerner ce rapport patient-thérapeute et c'est un des point qui m'a beaucoup intéressé et apporté en participant moi-même à un groupe de pairs autour de l'évaluation de plusieurs patients borderline. Nous en avons une idée dès la formulation de cas. C'est « établir des liens avec un système de représentations nourri de fragments de l'histoire du patient, de matériaux théoriques et métapsychologiques et sans doute aussi de notre propre réalité psychique, autant d'éléments constitutifs du contre-transfert » pour citer Catherine Chabert.

La pratique psychothérapique chez les patients borderline n'est pas sans risque ! Citons Otto Kernberg : « Les principaux dangers que présentent les entretiens en face à face sont que le thérapeute contrôle moins bien l'expression de ses réactions contre-transférentielles et que le patient déploie des efforts accrus pour exercer un contrôle sur le thérapeute » (dans : Kernberg Otto, Les troubles limites de la personnalité, Dunod, Paris, 2001, p 247). Dans le RRFPP, les questions difficiles posées par la clinique trouvent des modalités pour les appréhender concrètement. Elles enrichissent la pratique des cliniciens. Ce sont deux raisons d'exister de ce réseau. ●

* Psychiatre-pedopsychiatre, Reims

Le cas Victor : quand le quantitatif interroge le qualitatif.

François Journet[1], Monique Thurin

« Il faut tôt ou tard, revenir au concret, puisque la première abstraction a déjà perdu le phénomène »
Gaston Bachelard (Le nouvel esprit scientifique)

● Appréhender le changement au cours d'une psychothérapie est relativement aisé : le patient allait mal, il va bien ou il va mieux. N'attachons pas pour le moment d'importance à cette modalisation « va bien » *vs* « va mieux ». Ce constat est fait par le clinicien, mais aussi souvent par le patient qui « se sent mieux » et qu'il le dit. Ou encore, lorsque l'arrêt de la psychothérapie devient un thème de discussion. Mais que s'est-il passé durant la thérapie ? Quelle est la part des actions thérapeutiques, de l'engagement du patient dans ce travail et/ou des événements extérieurs à la psychothérapie qui se sont produits ? Et pour aller plus loin dans les questions, Comment le patient a-t-il appréhendé les événements de sa vie au fur et à mesure qu'il allait mieux ? Quel impact cet effet a-t-il eu sur le cours de sa psychothérapie ?

Tant de complexité pousserait à refermer la boite à questions. Cependant, nous avons testé une méthodologie qui répond à certaines d'entre elles, qui pose des hypothèses fortes et ouvre des perspectives. Elle a aussi ses limites.

Le cas que nous présentons dans cet article est issu du travail de trois cliniciens, réunis en groupe de pairs dans le cadre du *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques* et de son pôle borderline. Nous avons présenté dans le numéro 60 (mars 2009) de *Pour la Recherche,* l'évaluation par le même groupe de pairs, d'un cas suivi pendant un an : le cas de Monsieur C. Ce dernier montrait une amélioration à chaque évaluation à la satisfaction d'abord de lui-même, de son thérapeute, mais aussi du groupe de pairs.

L'évaluation de Victor que nous présentons dans ce numéro n'est pas aussi clairement satisfaisante. Elle nous a obligés à approfondir les questions. Nous rappelons très rapidement la méthodologie de ces études de cas et renvoyons au *PLR* n° 58 qui la décrit plus longuement.

Méthodologie

L'évaluation de chaque cas est réalisée par trois cliniciens (dont le thérapeute) formant un « groupe de pairs ». Les données cliniques sont transmises par le thérapeute à partir de transcriptions de séances aussi complètes que possible. Les évaluations sont réalisées 4 fois au cours de l'année, sur la base de ces données cliniques, à partir d'instruments validés que nous présentons succintement ci-dessous.

La formulation de cas

L'étude commence et se termine par une formulation de cas. La formulation de cas nécessite des données riches issues d'entretiens avec le patient. La méthodologie du réseau propose trois premiers entretiens pour la rédiger. Les données recueillies sont organisées en différents points afin d'avoir une vision la plus claire possible du cas et d'envisager un « plan de traitement ». Le « plan de traitement » établi en tout début de prise en charge d'un patient n'est qu'une hypothèse, même si elle est forte, de ce qu'il apparaît le plus judicieux de faire à ce moment précis. Au cours du temps, la mise en place du suivi peut être modifiée. La formulation de cas est en quelque sorte un outil dynamique pour la formalisation des données cliniques.

Le changement

Il est qualifié et quantifié à partir de trois instruments validés.

L'Echelle Santé maladie de Luborsky (ESM) qui évalue en terme de maladie puis de santé différentes dimensions du patient.

- *Les Echelles psychodynamiques de fonctionnement (EPF)* de Höglend qui évaluent le fonctionnement psychodynamique du patient à partir également de plusieurs dimensions.

- *Le Psychotherapy Process-Q-set* de Jones qui évalue le processus interne de la psychothérapie.

Ce travail est engagé à partir de l'analyse intensive de cas sur une année de psychothérapie.

Le cas Victor

Le contexte est celui d'une demande urgente ! Victor a 28 ans. Il est envoyé par son médecin traitant qui le suit pour une maladie somatique (grave). Inquiété par son état psychique, il lui a conseillé une psychothérapie. V. est en grande détresse face à un comportement récurrent qui l'anéantit et fait craindre des passages à l'acte destructeurs. Il a une lourde histoire de maltraitance familiale.

Les premiers entretiens à partir desquels sera réalisée la formulation de cas initiale révèlent en effet une grande détresse et une problématique d'abandon. Pour des raisons de confidentialité, nous ne pouvons décrire complètement les symptômes et problèmes de Victor.

Les objectifs envisagés à partir de la transcription des trois premières séances ont paru s'imposer au groupe de pairs comme étant les suivants : réduire la dépression et les moments d'effondrement ; construire l'image de soi, la confiance en soi et dans les autres ; améliorer la gestion affective et le niveau de l'anxiété ; améliorer la mentalisation afin de trouver un mode relationnel moins agi et plus stable ; améliorer l'insight.

La stratégie paraissant la meilleure aux cliniciens est la suivante : le valoriser ; soutenir le narcissisme blessé et mal construit ; le laisser parler en étant attentif aux possibles ruptures et évitement ; être disponible ; évaluer la possibilité qu'il s'engage dans une psychothérapie psychodynamique avec un cadre fiable suivant une fréquence d'une fois par semaine. Une prudence est recommandée quant au risque d'intrusion par des interprétations approfondies. Par ailleurs, il semble nécessaire de s'assurer qu'il surveille son problème médical.

Les tableaux 1 et 2 présentent les évaluations aux instruments de fonctionnement, respectivement l'ESM et les EPF.

Les principaux résultats à l'ESM* montrent trois modalités : 1. ce qui ne bouge pas : l'utilisation des capacités, les relations interpersonnelles ; 2. ce qui s'aggrave : les sources d'intérêts ; 3. ce qui s'améliore : les symptômes et le malaise subjectif (variables au fil de l'année), l'effet sur l'entourage.

Dans l'évolution on note une variabilité entre 6 mois et 12 mois. Alors que les résultats s'améliorent dans leur ensemble à 6 mois, on note à 12 mois une stagnation ou même une aggravation dans la plupart des dimensions et surtout au niveau du malaise subjectif.

ESM (Luborsky, 1975)	T0	2 m	6 m	12 m	Gain 0-12m
Estimation globale Santé-Maladie	48	55	58	50	**2 pts**
Capacité d'autonomie	50	50	60	50	**-**
Gravité des symptômes	40	50	49	49	**9 pts**
Malaise subjectif	35	50	**65**	**45**	**10 pts**
Effets sur l'entourage	45	54	40	50	**5 pts**
Utilisation des capacités	60	60	60	59	**- 1 pt**
Relations interpersonnelles	55	55	50	52	**- 3 pts**
Sources d'intérêt	50	?	50	45	**- 5 pts**

Tableau 1. Évaluation de l'ESM au cours de l'année

Les évaluations aux EPF sont réalisées à partir de 2 mois de thérapie comme le préconisent les auteurs de l'instrument. Les résultats montrent également 3 modalités : 1. ce qui ne bouge pas : les relations familiales et amicales ; 2. ce qui s'aggrave : l'insight ; 3. ce qui s'améliore : les relations sentimentales/sexuelles et la tolérance aux affects, deux des difficultés majeures chez ce patient.

EPF (Höglend, 1997)	2 m	6 m	12 m	Gain 0-12m
Qualité des relations familiales	50	46	52	**2 pts**
Qualité des relations amicales	50	50	50	**-**
Relations sentimentales/sexuelles	47	51	53	**6 pts**
Tolérance aux affects	44	45	50	**6 pts**
Insight	55	40	46	**- 9 pts**
Résolution de problème et capacité d'adaptation	55	58	58	**3 pts**

Tableau 2. Évaluation des EFP au cours de l'année

Comment comprendre la baisse importante de l'insight ? Plusieurs hypothèses ont été discutées par le groupe de pairs qui a repris les données cliniques. S'agit-il :

- d'une meilleure connaissance du patient par les cliniciens qui a conduit à une interprétation différente de ses niveaux de compréhension et d'introspection, en lien avec l'impact (faible) qu'elles ont sur ses troubles ? ;

- d'une estimation liée au « contre-transfert » de notre groupe de pairs face à ce patient (une méfiance, une prise de distance critique vis-à-vis d'un patient qui a stimulé fortement la compassion au départ...) ? ;

- d'une probable surestimation du départ du fait de sa facilité de parole. Sa subjectivité (sans grande pudeur) a pu « éblouir » un peu. Au fil du temps, nous sommes confrontés à un discours n'approfondissant pas les questions : il les effleure, semble associer, mais sans élaboration évidente. Ce qui compte pour lui est peut-être de faire l'expérience d'une relation « brillante » dans ce cadre thérapeutique qui supporte ses changements d'humeur et constitue un modèle stable malgré ses absences et ses départs…

Ces questions sont importantes puisque l'insight est un des objectifs centraux de la thérapie. Mais que serait la prise de conscience à laquelle il pourrait se référer dans sa situation ? Nous y reviendrons.

Les principaux résultats *au niveau du processus* de la psychothérapie nous font entrer dans la complexité. Nous ne pouvons pas décrire tout le processus ici, mais nous en aborderons quelques éléments en nous posant la question des mécanismes de changement au cours de cette psychothérapie et de la façon de les aborder.

Pour le faire, nous nous référons aux travaux de Kazdin qui a proposé 7 critères concernant l'action thérapeutique mise en œuvre, notamment les deux suivants que nous allons nous limiter à traiter :

• 1. Les principaux médiateurs** qui ont participé à cette psychothérapie.

• 2. La cohérence du choix des interventions avec les mécanismes*** de changement envisagés et les objectifs visés.

Pour aborder le premier point, nous avons utilisé les scores des 20 items du PQS dont la moyenne était la plus élevée durant l'année de psychothérapie. Nous avons regroupé ces items en 3 médiateurs :

1. Le cadre construit par le thérapeute ;

2. L'investissement et l'utilisation de la thérapie par le patient ;

3. Le travail sur l'actuel.

Examinons le contenu du médiateur « cadre »

Les interruptions ou les ruptures dans le traitement ou la fin de la thérapie sont discutées (75)**** ; il y a discussion sur l'établissement des horaires de rendez-vous ou des honoraires (96) ; il n'y a pas discussion de tâches spécifiques à faire en dehors de la séance (38) ; le thérapeute est impliqué affectivement (9) ; le thérapeute perçoit avec justesse l'expérience qu'a le patient de la psychothérapie (28) ; il ne relève pas le comportement non verbal (2) ; ses réponses émotionnelles ne s'imposent pas dans la T de façon inappropriée (24).

Les mécanismes de changement attendus sont les suivants : l'attention portée au cadre du dispositif (régularité, gestion des absences), au cadre relationnel (neutralité « interne » du thérapeute avec implication affective), et à ce qui peut provoquer des problèmes sérieux (santé, travail), sa conjugaison à une approche relativement soutenante (au plan de santé physique et, en fin de thérapie, en questionnant le projet professionnel) doivent confirmer la place du patient dans la psychothérapie et dans l'esprit du thérapeute. La priorité est de permettre le déroulement d'une thérapie dont on attend de réels effets.

Le résultat attendu est de permettre le suivi, de prévenir une rupture et donc d'assurer une expérience relationnelle fiable qui permette au patient d'investir un travail d'introspection actif sur les fonctionnements cognitif et affectif et une amélioration de la sécurité de base et de son sentiment de soi.

Examinons le contenu du médiateur « Patient »

Le patient ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux) (26) ; ses aspirations ou ses ambitions sont des sujets de discussion (41) ; il aborde des questions et du matériel significatifs (88) ; il y a discussion des fonctions corporelles, des symptômes physiques ou de santé (16) ; l'affect et sa signification sont apparents, mais bien modulés chez le patient (56) ; il commence la séance directement (25) ; il est assuré (61) ; il n'exprime ni honte ni culpabilité (71) ; il est actif, initie des thèmes (15) ; il n'y pas de silence durant la séance (12).

Les mécanismes de changement attendus sont les suivants : le patient exprime un besoin de se faire entendre et d'obtenir une consolation qui sont entendus et respectés malgré les altenernances et le caractère instable de leur expression. D'un côté, authenticité dans l'expression de la souffrance, de l'autre, assurance et non expression de honte ou de culpabilité. Cet aspect semble orienter sur des mécanismes de défense (déni, projection) qui semblent freiner le changement.

Le résultat attendu pour le patient est d'être reconnu et entendu avec sa difficulté psychologique et la gravité de sa maladie somatique. C'est aussi qu'il puisse engager un travail d'introspection avec la mise en mots du ressenti interne et ses associations, travail de lien entre son vécu actuel, le vécu de son père malade, celui de sa souffrance dans son enfance : travail de lien et de compréhension.

On peut s'attendre également à une difficulté concernant la prégnance des mécanismes projectifs…

Examinons le contenu du médiateur « travail sur l'actuel »

Les relations interpersonnelles du patient constituent un thème (63) ; l'amour ou les relations sentimentales sont un sujet de discussion (64) ; la situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion (69).

Les mécanismes de changement attendus sont les suivants : une mise en travail des difficultés qui touchent aux plans cognitif et affectif ; une expérience de relation fiable et tolérante autour du travail commun, en dépit des aspects contradictoires du patient ouvrira sur des relations interpersonnelles plus stables ; la mise en travail à partir du récit et de ses associations permettra d'aborder le conflit interne entre l'engagement dans une relation sentimentale et le risque d'un abandon. Le groupe se réfère aussi à Kernberg dans l'« ici et maintenant » qui permet d'aborder le fonctionnement interne (clivage) et de le travailler par « une clarification des composantes dissociées ou clivées du monde interne des représentations d'objet du patient ».

Le résultat attendu est que le patient puisse reconnaître sa difficulté, sans complaisance. L'expérience de cette relation thérapeutique doit aussi lui permettre d'intégrer les différents aspects de sa personnalité, en dépit de ses aspects contradic-

toires. On attend donc une réassurance narcissique et l'ouverture à une possibilité de travail d'introspection, de mentalisation autour du vécu : ce qui importe est de travailler ces questions, non de « seulement » réagir affectivement.

Au total : les trois médiateurs, « Cadre », « Patient », « Actuel », renvoient à des mécanismes qui se recoupent (être reconnu, expérience de relation affectivée, impliquée et fiable avec transmission d'un vécu intime, partage d'une expérience de mise en mots et d'introspection à partir du vécu).

Les principaux éléments évolutifs rapportés par *la formulation de cas finale* montrent une légère distanciation d'avec le problème de sa « dépendance ». Il exprime le poids de son vécu de maltraitance infantile et donne une place plus importante aux questions de sa réussite socio-professionnelle et de l'image de soi.

Il y a eu une précision sur la pathologie somatique qui est en fait double. La gravité de ce facteur est confirmée ou *consolidée*…

Un diagnostic nosographique, suivant le DSM IV a été réalisé pour ce patient comme le préconise la méthodologie des études de cas dans le réseau, au début et à un an de la psychothérapie. Il a évolué. À un an, sur l'Axe 1, on ne retient plus les troubles anxieux non spécifiés. Sur l'Axe 2, nous avons confirmé les troubles de personnalité borderline et ajouté des critères de personnalité antisociale. En revanche, certains critères histrioniques ont été enlevé. Cette évolution peut traduire la dimension dynamique des troubles de la personnalité soulignée notamment par Shedler J. et Westen D. in Psychodynamic Diagnostic Manual (2006).

Pour terminer cette présentation, revenons sur l'intérêt du travail en groupe de pairs, des discussions à partir des *verbatim* des séances et sur le détail des séances, le processus, et les questions qui en émergent...

Ce cas de suivi réel, en situation, avec un patient qui n'évolue pas de façon nette confirme l'intérêt de travailler sur tous les cas. Cette évaluation montre que l'on ne cote pas toujours dans le même sens !

Dans notre cas, il se passe quelque chose à la fin où nous avons à faire à une instabilité récurrente (projets variables et risqués, humeurs changeantes, excitation peu raisonnable)… Le mouvement final semble lié aux circonstances (départ pour l'étranger qui suscite une attention spéciale du thérapeute pour maintenir la possibilité de poursuite de thérapie...

L'évolution faible aux évaluations ne doit pas omettre le fait que le patient a « tenu » sa thérapie (la fin se fait avec un départ pour un travail mais une perspective de reprise éventuelle, qui s'est faite). L'instabilité, les attaques du cadre (rendez-vous ratés, différés), n'ont pas mis en échec le traitement : expérience d'une fiabilité favorable. D'autre part, la souffrance liée à sa relation amoureuse a notablement diminué.

On note une évolution du « style » de la thérapie, avec un cadrage relativement plus important à la fin, relevant d'un soutien plus marqué (attention portée aux aspects d'attaque du cadre et d'acting) dans cette thérapie qui reste une thérapie d'expression, soutenant un travail d'introspection, de reconstruction narcissique et identitaire.

Nous avons noté l'importance dans « l'activité » du thérapeute pour soutenir le cadre, son attention à l'attitude de V., à sa tentative de bloquer les choses par un style provocateur, dans l'image, la surface. Le cadre est resté « malléable » avec possibilité offerte au patient d'appeler pendant ses déplacements, de différer certaines séances en lien avec sa non disponibilité (maladie, argent), sans doute utilisée aussi comme un « test » du cadre sans rupture. L'attitude du thérapeute que l'on peut supposer contenante oriente la thérapie, la soutient et lui permet de durer, constituant la base sur laquelle il accroche, s'accroche, ce qui permet d'adopter un style moins « contrôlant » jusqu'à la dernière séance où il faut de nouveau réagir...

Discussion

Nous avons avancé au début de cet article que le *changement* était qualifié et quantifié à partir de trois instruments validés. Ce que nous avons vu avec le cas présenté, c'est que grâce au quantitatif, nous avons pu focaliser notre attention sur des éléments qui nous sont apparus comme contradictoires. Nous n'allons pas commenter tous les résultats quantitatifs mais nous attarder à deux d'entre eux. Le premier, « le malaise subjectif », une des dimensions de l'ESM, est coté très bas au départ (35) mais il s'améliore, jusqu'à atteindre un score assez élevé à 6 mois (65). À 12 mois, le score chute de façon importante (45). Le retour aux données cliniques fait apparaître une période très difficile pour ce patient. Il enchaîne des propositions professionnelles compliquées qui le mettent face à un échec probable. Parallèlement, il souffre énormément de ses deux maladies qui le clouent au lit. Même si l'on peut poser une hypothèse forte que ces souffrances physiques sont aggravées par les actions qu'il doit faire pour aboutir, il n'en demeure pas moins que l'analyse qu'il fait de sa situation, dans les séances qui ont servi à l'évaluation, montre que le regard qu'il porte sur lui est plus authentique. Cela fait ressortir également, ses handicaps dont il prend conscience qu'ils ne sont pas que physiques.

Le second est l'insight, une des dimensions des EFP, qui chez ce patient était assez fort au départ puis qui a régressé. L'évaluation initiale de l'insight était peut-être trop élevée paradoxalement, plus haute lorsqu'il se sentait moins bien (déprimé, comme c'est le cas dans les premières séances et la FC 1), il a pu sembler faible lorsque le patient se sentait mieux (animé, faux self). Le patient stimule la compassion quand il va mal, on éprouve un sentiment d'authenticité. Quand il va « bien », c'est sur un registre d'euphorie proche du déni, provoquant une irritation : il semble en non demande. Allant mal, il est comme un enfant souffrant et dépendant, allant bien, comme un être tout-puissant, niant ou minimisant l'importance de l'autre.

Cet écart et cette « incohérence » a ouvert une recherche qualitative. Il a semblé important au groupe de pairs de comprendre ces écarts. La discussion clinique autour des données des séances a permis de poser plusieurs hypothèses pour finir sur la plus forte qui était que ce patient avait brouillé les cartes de l'évaluation avec son faux self de départ. Au fil du temps et des séances, il a paru beaucoup moins bien comprendre les principales dynamiques de ses conflits internes qui étaient associés à ses comportements répétés, et à les relier à ses expériences passées. Il en était même loin au début de la thérapie. Paradoxalement, cette régression sur l'échelle n'a pas permis de montrer qu'en fait une amélioration s'était produite. L'analyse qualitative, en revanche, a permis de situer l'insight au travail chez ce patient. Nous avons posé la question « Quel serait l'insight dans la situation de ce patient ? ». Sans doute s'inscrire dans une continuité d'introspection, en abandonnant le clivage comme mécanisme barrant le travail psychique, ce qui lui permet d'accèder à une compréhension de ses problèmes. Nous avons vu que son problème central (la dépendance à l'autre impliquant des actions opposées, souvent psychiquement violentes tantôt pour lui, tantôt pour l'autre) s'était déplacé sur la réussite professionnelle et l'image de soi. Le problème devient « son » problème. En cela, c'est une bonne amélioration chez ce patient, non décelable directement avec le quantitatif, mais c'est ce même quantitatif qui a ouvert sur le qualitatif et a permis d'approfondir l'analyse. ●

1 Psychiatre, Villefontaine en Isère

* La cotation de l'ESM se fait de 0 (situation la plus déficitaire) à 100 (situation de la santé psychique la meilleure)

** Le médiateur est une construction qui montre des relations importantes entre une action et un résultat, mais ne peut pas expliquer précisément le processus à partir duquel le changement est advenu.

*** Le « mécanisme » essaie de saisir les étapes et les actions à partir desquelles la thérapie produit un changement. Le mécanisme explique comment l'intervention se traduit en événements qui conduisent au résultat.

**** Les nombres entre parenthèses désignent la numérotation des items dans le PQS.

Psychothérapies de 15 patients borderline. Modalités du changement

Jean-Michel Thurin

● Le regroupement de cas étudiés individuellement (comme présentés dans les deux autres articles de ce numéro), ouvre à un second niveau d'analyse des études de cas. Au cours des dernières années, la *recherche observationnelle* a pris une place importante aux côtés de la *recherche expérimentale* dans ce domaine. Dans cette recherche, les variables ne sont plus manipulées par l'investigateur, elles sont « manipulées par la nature ». L'investigateur évalue l'impact de ces variables chez les personnes qui ont été sélectionnées pour l'étude (Kazdin 2014). Bien que la recherche observationnelle permette d'abord de décrire la nature de nombreuses caractéristiques et d'identifier de nombreuses configurations d'associations (corrélations), le but est de comprendre des relations causales, pratiquement de la même façon que la recherche expérimentale. Ainsi, la prise en considération de « Pourquoi, Comment et dans quelles conditions ?» certains traitements marchent et quels aspects du traitement tendent à faciliter ou entraver le changement thérapeutique est revenue au premier plan de la recherche clinique en psychothérapie.

C'est un des objectifs du Réseau d'essayer de commencer à répondre à ces questions. Cet article présente concrètement comment elles sont abordées à partir des résultats de 15 cas terminés de psychothérapies de patients présentant un trouble de la personnalité borderline.

Méthodologie

Elle est présentée en détail dans le *PLR 58.* Nous en rappelons les principaux éléments

Critères et modalités d'inclusion des cas

Tout patient, pour lequel un diagnostic de personnalité borderline est posé par le clinicien, peut être inclus. Le diagnostic implique deux registres de référence : 1. D'abord, l'expérience et le sens clinique du thérapeute. 2. Ensuite, les critères diagnostiques du DSM-IV.

Formulation de cas et modérateurs

Une formulation de cas à partir des 3 premiers entretiens est réalisée chez chaque patient. Elle porte sur les éléments suivants : 1) 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 sa vie, les aspects positifs sur lesquels s'appuyer ; 2) 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 ; 3) les objectifs thérapeutiques et la stratégie pour commencer à les atteindre.

Les modérateurs : variables générales (genre, âge, …) et de contexte (comorbidités, sévérité des troubles, cadre et fréquence des séances de psychothérapie, référence théorique principale et expérience du thérapeute) susceptibles d'intervenir sur le cours de la psychothérapie sont recensés.

Instruments

L'Echelle d'Evaluation Santé-Maladie (*Health-Sickness Rating Scale*, Luborsky 1975) permet au clinicien d'établir un indice de santé de son patient, d'un point de vue global et à partir de 8 dimensions : Estimation globale Santé-Maladie ; Capacité d'autonomie ; Gravité des symptômes ; Malaise subjectif ; Effets sur l'entourage ; Utilisation des capacités ; Relations interpersonnelles ; Sources d'intérêts.

Les Échelles psychodynamiques de fonctionnement (EPF) de Per Höglend et *al.* (1997) permettent de prendre en compte les « symptômes négatifs », comme le retrait et l'isolement, ainsi que les fonctionnements de la personne dans 6 domaines essentiels : la qualité des relations familiales ; amicales ; sentimentales et sexuelles ; la tolérance affective ; l'Insight ; l'affirmation et la capacité d'adaptation.

Le Questionnaire de processus psychothérapique (PQS, Jones 2000), qui 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 et éviter les références à une théorie spécifique. Le PQS est en grande partie neutre et peut être utilisé pour n'importe quelle thérapie. Il permet de représenter un éventail d'interactions thérapeutiques et notamment de caractériser systématiquement l'interaction thérapeute-patient.

Résultats

Formulation de cas et modérateurs

L'analyse des formulations de cas montre que tous les patients présentaient initialement une instabilité de l'environnement social et familial durant l'enfance, une fragilité du soi et de l'identité, un comportement opposant causant un isolement avec impossibilité de fonctionner sans aide, un sentiment général d'être rejeté, abandonné ou débordé, une souffrance psychique et une position dépressive.

Les cliniciens ont donné une importance spéciale au cadre psychothérapique, avec des objectifs de développement de l'identité et de réduction des passages à l'acte. Leur orientation théorique générale est psychodynamique.

Tous les patients réunissent les critères du DSM-IV de trouble de la personnalité borderline. Treize d'entre-eux ont des comorbités psychiatriques (dépression, anxiété, addiction). Sept d'entre eux ont des comorbidités somatiques.

Concernant les modérateurs, les patients sont pour 12 d'entre eux de sexe féminin, ont entre 14 et 60 ans, avec 5 tranches d'âge, 10 d'entre eux ont subi 1 ou 2 événements traumatiques durant l'enfance. Les praticiens ont entre 4 et 30 ans d'expérience, la psychothérapie se déroule au rythme de 1 ou 2 séances de 30 à 45 mn par semaine.

Mesures issues de l'Échelle Santé-Maladie et des Échelles psychodynamiques de fonctionnement

L'ESM repose sur le fait que la pathologie et la santé peuvent se décrire suivant une continuité dans laquelle différentes dimensions interviennent. Pour la pathologie, par exemple, la gravité des symptômes et l'intensité de la détresse subjective se conjuguent souvent. La santé peut-être évaluée à travers la réduction des symtômes, mais aussi à partir de l'utilisation par la personne de ses capacités et de l'ouverture du champ de ses intérêts. Si les dimensions pathologiques se réduisent, la santé augmente et réciproquement.

Changement statistique : la taille d'effet pour l'estimation globale (rapport de la différence des moyennes des scores à T12 et T0 sur l'écart type de la variation) est importante : 2.1 ($p < .001$). Les 3 critères spécifiques qui varient le plus sont la gravité des symptômes (2.6), la détresse subjective (2.0) et le retentissement sur l'entourage (2.7). Les différences importantes entre patients ont tendance à s'accroître : l'écart-type varie pour l'estimation globale de 6.5 (baseline) à 10.5 (T12).

Changement clinique : Avec L'ESM comme avec les EPF, la population fonctionnelle (« qui ne se situe pas dans la pathologie ») commence à 65. Le score 50 est donc, avec cette échelle, pré fonctionnel. Au moment de l'inclusion, 14 patients avaient un score d'estimation globale égal ou inférieur à 50. Ils n'étaient plus que 4, 12 mois plus tard. C'est à peu près la même évolution pour toutes les dimensions.

ESM (Luborsky, 1975)	T0	6 m	12 m	TE
Estimation globale Santé-Maladie	44	48	58	**2.1**
Capacité d'autonomie	45	52	56	**1.2**
Gravité des symptômes	40	46	55	**2.6**
Malaise subjectif	40	45	57	**2**
Effets sur l'entourage	45	46	58	**2.7**
Utilisation des capacités	49	49	59	**1**
Relations interpersonnelles	44	47	55	**1.3**
Sources d'intérêt	41	46	54	**1.5**

Échelles psychodynamiques de fonctionnement

Changement statistique : La taille d'effet montre que les dimensions qui varient le plus sont la tolérance affective (1.5), les relations familiales (1.0) et l'adaptation/résolution de problèmes (1.0). Dans chaque dimension, les différences de variations inter-sujets sont importantes. Par exemple, avec la tolérance affective, la taille d'effet varie de 0 à 4, avec les rapports familiaux, de - 0,8 à 3,5.

Changement clinique : Au départ, les 15 patients avaient un score de tolérance affective en dessous de 50. Ils n'étaient plus que 6, 12 mois plus tard. Les autres dimensions, sauf l'insight, ont une évolution clinique significative.

EPF (Höglend, 1997)	2 m	6 m	12 m	TE
Qualité des relations familiales	49	52	56	**1.0**
Qualité des relations amicales	49	51	56	**0.9**
Relations sentimentales/sexuelles	44	47	53	**0.7**
Tolérance affective	42	52	54	**1.5**
Insight	51	52	57	**0.6**
Résolution de problème et capacité d'adaptation	49	56	59	**1.0**

Le processus de la psychothérapie

Ses éléments les plus caractéristiques sont les suivants :

Le thérapeute. 1) *Par son approche et son style*, il est sensible aux sentiments du patient, à son écoute, empathique (6)*. Il est réactif et impliqué affectivement (9), n'adopte pas une attitude de supériorité (51), ses commentaires reflètent la bienveillance, la considération ou la prudence (77), ses propres réactions émotionnelles ne s'immiscent pas dans la relation (24). 2) *Il communique* avec le patient dans un style clair et cohérent (46), ses remarques visent à faciliter la parole du patient (3). *Ses interventions* montrent qu'il adopte une position de soutien (45), demande davantage d'informations ou d'élaboration (31), perçoit avec précision le processus thérapeutique (28), transmet un sentiment d'acceptation non critique (18).

Le patient est animé ou excité (13) et n'a pas de difficulté à commencer les séances (25). Il initie des thèmes, est actif (15), soulève des questions et apporte du matériel important (88). Il est engagé dans le travail de la thérapie (73).

Les interactions. Les relations interpersonnelles du patient constituent un thème majeur dans la séance (63), la situation de vie du patient actuelle ou récente est soulignée dans la discussion (69), la relation n'est pas concurrentielle (39).

De nombreux items inclus dans les prototypes idéaux de la psychothérapie interpersonnelle (63, 6, 69, 45, 31, 18), de la psychothérapie psychodynamique (6, 3, 46, 18) et la thérapie cognitivo-comportementale (69, 88, 45, 28, 73, 31) (Ablon et Jones 1998 & 2002) se retrouvent dans les éléments les plus caratéristiques de la psychothérapie des 15 patients. Cette observation montre que, au delà de la référence théorique principale, la psychothérapie réalisée est intégrative.

Une analyse factorielle, réalisée à partir de la moyenne des scores à T0, T6 et T12 de chacun des 100 items du PQS pour chacun des cas, confirme le facteur commun présenté ci-dessus à partir des éléments les plus caractéristiques pour l'ensemble des patients. Elle identifie également 2 configurations (complémentaires) F2 et F3 caractérisant certaines thérapies. Ces configurations associent le patient, le thérapeute et leur interaction dans un tableau commun, une « forme » dont la structure est dessinée par certains items. Une même psychothérapie peut regrouper plusieurs configurations ou au contraire être spécifiée par une configuration particulière.

La configuration F2 est constituée pour l'essentiel d'items spécifiques des approches psychodynamique (items 91, 100, 92, 90, 93) et cognitivo-comportementale (items 27, 85, 80, 49, 30). Ces derniers sont cotés négativement. F2 distingue donc un sous-groupe avec lequel l'approche est plus spécifiquement psychodynamique. La configuration F3 se réfère à la distance que le patient entretient avec sa réalité psychique et avec autrui (résistance, mécanismes de défense, culpabilité, confiance, insight), aux actions du thérapeute par rapport à ces mécanismes et fonctionnements (essentiellement, l'interprétation) et aux thèmes (sexualité, désir).

Ces trois facteurs orientent sur des profils de thérapies dont la correspondance à des étapes et à des approches spécifiques reste à préciser.

On peut déjà distinguer des patients pour lesquels le poids d'un des facteurs est particulièrement élevé et qui deviennent ainsi le point d'ancrage de patients « analogues » du point de vue de leur processus psychothérapique.

Cette première analyse permet de souligner deux points. D'abord, que l'action psychothérapique et les effets qui en découlent ne dépendent pas seulement du thérapeute, mais aussi du patient et de leurs interactions. Ensuite, que chaque psychothérapie, tout en ayant un air de famille avec les autres, prend en compte les particularités du patient.

Une corrélation entre le processus et les résultats ?

L'item 63 du PQS, « Les relations interpersonnelles sont un thème central » obtient un score « très caractéristique » à toutes les évaluations (2 mois, 6 mois, 12 mois) chez les 15 patients.

Cet item, qui représente une variable potentiellement active du processus, est-il corrélé avec les changements dans les scores des relations interpersonnelles dans l'ESM et les EPF ? (score global de l'ESM ; scores des relations familiales, relations amicales et relations amoureuses des EPF).

A l'ESM, les scores évoluent de 44 à 2 mois, 47 à 6 mois, à 55 à 12 mois.

Aux EPF, les scores des relations familiales varient de 48 à 2 mois, 52 à 6 mois, à 60 à 12 mois ; les relations amicales de 49 à 2 mois, 51 à 6 mois à 56 à 12 mois, et les relations sentimentales de 44 à 2 mois, 47 à 6 mois à 53 à 12 mois.

Ces résultats sont cohérents avec une implication de l'importance de la focalisation des séances sur les relations interpersonnelles et leur amélioration. ●

* les nombres entre parenthèses désignent la numérotation des items dans le PQS.

Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians'prototypes of an idéal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8(1), 71-83.

Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry*, 159(5), 775-783.

Kazdin, A. E. (2014). *Research Design in Clinical Psychology, Fourth Edition* (Pearson Ed. Fourth ed.), 233-264.

Thurin, M., Lapeyronnie, B., Thurin, J. M., & Ablon, J. S. (2009). Traduction française du Psychotherapy Process Q-set (PQS, E.E. Jones, 2000). *Pour la Recherche*, 61(2), 1-12.

Les cliniciens et la recherche sur les psychothérapies : réflexions d'un groupe de pairs

Magali Molinié[1], Marie-Françoise Gausset[2], Diogo Alves de Oliveira[3]

● Le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (RRFPP) se propose d'évaluer les psychothérapies à partir d'une méthodologie (cf. *PLR* 58) qui permette dans le même temps de réduire le fossé entre cliniciens et chercheurs. Y parvient-il et de quelle manière ? C'est à partir de notre expérience de cliniciens inclus dans ce dispositif de recherche que nous avons cherché à apporter des éléments de réponse à la question.

Comment s'est concrètement opérée pour nous la réduction souhaitée par le Réseau du clivage entre recherche et clinique ? Dans cet article, nous chercherons à évaluer si nos échanges en groupe de pairs au sein du Réseau comportent des différences significatives d'avec les échanges qui existent dans les pratiques *d'intervision* groupale ordinaires (clinique) couplées avec le fait d'assister à des colloques sur les psychothérapies (recherche).

Notre inclusion dans la recherche s'est organisée autour de la constitution d'un groupe de pairs de trois cliniciens, dont deux d'entre nous ont inclus un patient que nous suivions en psychothérapie et dont le diagnostic de « borderline » était posé*. C'est à l'issue de ce travail en groupe de pairs, après l'évaluation d'une année de ces deux psychothérapies que nous nous sommes penchés sur ces questions.

Première question : Existe-t-il des différences significatives d'avec l'inclusion dans un groupe d'intervision (clinique) complété par le fait d'assister à des colloques sur les psychothérapies (recherche) ?

Nous poserons plusieurs arguments pour répondre positivement à cette question. D'abord du point de vue des conditions d'inclusion : notre groupe de pairs a été constitué de manière aléatoire, sur la base d'une communauté d'appartenance au Réseau, mais pas à une obédience psychothérapique, un référentiel théorique commun. Cette caractéristique nous a d'emblée ouverts sur des propositions pluri référencées, intégratives. Nous étions réunis autour de l'objectif commun d'identifier ce qui marche dans les psychothérapies avec les patients borderline. Dès lors, l'objet de nos échanges était moins centré sur la clinique à proprement parler des patients que sur l'identification des facteurs de changement qui y interviennent. De plus, l'abord de la clinique, parce qu'il est appuyé sur des mesures standardisées, en devient différent : plus systématisé, moins en risque de déboucher sur des querelles d'experts. Ajoutons à cela que nos échanges n'ont pu avoir lieu que grâce aux ressources internet, aucun d'entre-nous n'habitant la même région, ce qui constitue une autre différence de taille avec les pratiques d'intervision.

Deuxième question : Comment s'est opérée concrètement pour nous la réduction souhaitée du clivage entre recherche et clinique ?

Avec plus d'un an de recul, il semble qu'elle s'opère à la faveur d'un double mouvement qui va de la clinique vers la recherche et vice-versa, que ce mouvement est médiatisé par les outils d'évaluation validés, utilisés dans cette recherche, et que ceux-ci ont des effets pragmatiques identifiables en termes d'inductions.

Premier temps, le mouvement qui va de la clinique vers la recherche. Notre inclusion s'opère via nos cas cliniques évalués, en respectant le milieu naturel d'une prise en charge. Mais la prise de notes extensives, non seulement des paroles du patient mais de celles du thérapeute, place d'emblée celui-ci en situation contrainte d'auto-observation (« Qu'est ce que je dis vraiment ? Comment j'interviens ? ») qui augure déjà d'une modification du rapport à sa propre clinique. Lors des réunions entre pairs, les outils non seulement structurent les échanges autour de la clinique, mais ouvrent à des questionnements sur leur construction, sur les savoirs à propos des psychothérapies auxquels ils réfèrent.

Les discussions en groupe de pairs autour de la formulation de cas (FC), restent encore très proches de la clinique. La FC fournit cependant un premier cadre qui va structurer les échanges, en contraignant à spécifier la problématique du patient et à planifier la stratégie thérapeutique. Les échelles de fonctionnement (Échelle Santé-Maladie de Luborsky et Échelles Psychodynamiques de Fonctionnement de Höglend) font franchir un pas supplémentaire vers la recherche en ce qu'elles aident à discriminer des dimensions de la personnalité et à identifier leurs évolutions à un an avec, en prime, la satisfaction pour le clinicien de voir validée son intuition que son patient va mieux. Les items de l'instrument du processus (PQS) modèlisent les caractéristiques patient-thérapeute et leurs interactions. Ils éclairent de ce fait sur les savoirs que le clinicien mobilise en réponse aux singularités du patient et le fait que ses interventions se distinguent souvent du canon de son école psychothérapique. Ces effets structurants et réflexifs sont potientialisés dans les réunions du Réseau, par la mise en comparaison des cas et la restitution des résultats généraux.

Le deuxième temps, c'est celui de la recherche vers la clinique. Le premier élément de réduction du clivage tient ici évidemment au fait que chercheurs et cliniciens ont en commun l'objet de recherche : comprendre l'efficacité des psychothérapies. Une méthode centrée sur les savoirs-faire des cliniciens, attentive au respect de leur cadre de travail habituel, aux échanges entre pairs et à la restitution des résultats ne peut qu'intéresser et valoriser ceux-ci. D'autant que le Réseau fournit en retour de leur investissement des données qui nourrissent leur réflexion clinique et qu'ils peuvent réinjecter dans leur pratique. Par exemple, l'importance de l'alliance thérapeutique, de l'ajustement du thérapeute...

En conclusion, il y a bien une réduction du fossé entre cliniciens et chercheurs du fait de l'objet commun de la recherche (les psychothérapies), de l'objectif partagé d'en démontrer l'efficacité et d'en préciser les ingrédients, la restitution des principaux résultats. Les outils fournis par le Réseau en sont l'interface : en effet, tout en permettant de fournir des données cliniques exploitables aux chercheurs, ils introduisent les cliniciens aux catégorisations et aux méthodes de ces derniers. Avec cet effet pragmatique de les en instruire et de leur ouvrir de nouveaux horizons d'analyse de leurs pratiques. Cette méthodologie de recherche sur les psychothérapies tient les deux bouts du cas au singulier et de l'étude de cohorte, sans perdre ni la complexité, ni l'intérêt clinique pour les singularités, et ce, malgré une montée en généralité. On atteint plutôt un autre niveau de complexité. Ne soyons pas naïfs, il reste de l'asymétrie entre chercheurs et cliniciens (ceux-ci ne sont pas dans le back-office et ne le voudraient pas), mais elle ne rompt pas les échanges, incite plutôt certains cliniciens à leur poursuite, pris qu'ils sont dans le désir d'en savoir plus.

Après avoir noté les différences d'avec une intervision, il restait à évaluer la différence entre le fait d'assister à des restitutions de résultats de recherche *ex-cathedra* et celui d'être inclus dans le Réseau. La différence essentielle est sans doute

qu'ici les cliniciens sont mis dans une position active quant à l'acquisition et à la production des savoirs qui nourrissent la recherche, sans risque de se sentir mutilés dans leur être de thérapeute, mais au contraire confortés, encouragés dans leur pratique. Un tel cadre a des effets désinhibants pour les cliniciens dans leurs relations avec la recherche, des effets de renforcement positif pour ce qui concerne leurs interventions cliniques – sans compter bien sûr qu'il leur rend accessibles les résultats en cours concernant l'évaluation des psychothérapies. Autant dire que le fossé est sinon comblé, du moins bien réduit... ●

*** Le cas Adelaïde**

Nous avons présenté l'un des cas au *Congrès Français de Psychiatrie*, celui d'Adelaïde. Nous le résumons ci-desous.

Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans qui, à la suite d'une séparation amoureuse, présente un épisode dépressif avec des angoisses intenses, une instabilité de l'humeur et une comorbidité avec un trouble alimentaire. Des conduites à risque, d'automutilation, une fuite dans l'imaginaire, des difficultés à contenir les émotions, une peur de l'empiétement, des idées de mort récurrentes, une fragilité narcissique, conduisent à un diagnostic de personnalité état-limite. Ses antécédents ont une dimension traumatogène : sa naissance a déclenché chez sa mère une pathologie puerpérale, elle vivra au cours de son enfance des carences affectives précoces. Elle a subi un viol à l'adolescence et traversé un épisode à composantes psychotiques qui restera sans soin. Elle vit toujours des relations conflictuelles avec sa famille, mais manifeste un fort attachement à sa grand-mère. Elle travaille, mais son identité professionnelle est peu assumée. Au début de la prise en charge, elle a un score de 50 à l'Échelle globale de fonctionnement (EGF), qui passera à 65 douze mois plus tard.

Nous ne reviendrons pas sur la méthodologie de travail du réseau, présentée par ailleurs. Rappelons simplement, c'est d'une importance considérable à plusieurs égards, que nous nous appuyons sur le verbatim d'une dizaine d'entretiens menés par l'un d'entre-nous avec la patiente pendant un an pour dresser une sorte de portrait outillé de celle-ci. Une fois les cotations effectuées, les différents outils utilisés nous renseignent sur les évolutions de la patiente et permettent des comparaisons avec d'autres cas inclus dans le Réseau.

Que nous apportent les outils qui sont mis à notre disposition ? L'échelle santé maladie de Luborsky (1962) évalue des dimensions de la personnalité et des relations avec l'entourage et avec le monde. Après cotation à 0, 2, 6, 9, 12 mois, les améliorations les plus saillantes qu'elle fait apparaître dans l'évolution de la patiente portent sur : son fonctionnement global (+ 17 points), son autonomie (+ 16 points), la gravité de ses symptômes (+ 15 points), sa détresse subjective (+ 12 points), ses relations interpersonnelles (+ 13 points).

Les échelles psychodynamiques de fonctionnement de Höglend précisent certaines dimensions des relations avec soi (insight) et avec les cercles relationnels (famille, amis, amour). Sur douze mois, elles mettent en évidence l'amélioration d'Adélaïde sur les dimensions relations familiales (+ 11 points) et amicales (+ 9 points), une plus grande tolérance aux affects (+ 13 points) et des capacités d'adaptation accrues (+ 8 points). Ces deux échelles aident à focaliser sur les principales dimensions de l'évolution d'Adélaïde et leur donnent un effet de visibilité intéressant et inédit dans les discussions cliniques habituelles.

À côté des échelles qui nous permettent de visualiser l'évolution de la patiente, nous utilisons également le PQS, Questionnaire de configurations du processus thérapeutique. En 100 items côtés sur une échelle qui va de « très caractéristique » à « très non caractéristique », cet outil permet de modéliser les principales caractéristiques du patient, du thérapeute et de leurs interactions dans la psychothérapie. Il a été construit de manière à pouvoir rendre compte des modalités d'intervention des principales psychothérapies (psychanalyse, thérapies cognitivo-comportementales, existentielles…). À l'issue de cotations répétées à 0, 2, 6, 9 et 12 mois, nous pouvons mettre en évidence les dix items les plus caractéristiques au cours de l'année dans la prise en charge d'Adélaïde. Du côté de la patiente : sa capacité à aborder des questions et du matériel significatifs, à ressentir et exprimer ses affects douloureux, à être dans l'introspection. Du côté du thérapeute, le fait d'être sensible et empathique, de manifester du tact, sans être hautain ou condescendant, et à communiquer clairement avec sa patiente. Le thème central des séances étudiées porte sur les relations interpersonnelles de la patiente, sans que le thérapeute fasse de liens entre ces relations et la relation thérapeutique (pas d'interprétation sur ou dans le transfert).

Le regroupement de plusieurs items du PQS permet de faire apparaître des facteurs de changement tels que, par exemple, l'alliance globale, la relation transférentielle du patient. À partir des données fournies par nos soins, un histogramme fourni par le Réseau fait apparaître les facteurs de changement les plus importants pour cette patiente. Ceux-ci concernent l'ajustement du thérapeute, des insights de la patiente, sa participation. Lors des cotations, le PQS induit à s'interroger sur les techniques employées et leurs référentiels (p.e. « moi psychanalyste, m'arrive-t-il de faire une prescription, un recadrage ? Pourquoi ici ? »). Ses résultats précisent utilement de quels ingrédients est faite la rencontre entre ce thérapeute-là et ce patient-là.

1 Psychologue clinicienne, Paris ; **2** Psychiatre, Lyon ; **3** Interne en psychiatrie, Lille.

Tous les auteurs de ce numéro sont membres
du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques et de l'École de Psychosomatique

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

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

ABONNEZ-VOUS !

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

(4 numéros - abonnement 2014)
à

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

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

Impression : Gerfi, plus - 01 48 12 11 62