

UTILISER DES INSTRUMENTS SPÉCIFIQUES POUR CARACTÉRISER UNE PSYCHOTHÉRAPIE DANS LE CADRE NATUREL DE LA PRATIQUE

Monique Thurin et Jean-Michel Thurin

De Boeck Supérieur | « Psychotropes »

2010/2 Vol. 16 | pages 63 à 83

ISSN 1245-2092

ISBN 9782804161248

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/vue-psychotropes-2010-2-page-63.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Utiliser des instruments spécifiques pour caractériser une psychothérapie dans le cadre naturel de la pratique

Using specific instruments of research to characterize a psychotherapy within the natural framework of practice

Monique Thurin

Psychologue clinicienne, Docteur en sciences du langage
9, rue Brantôme – F-75003 Paris
Courriel : mthurin@internet-medical.com

Jean-Michel Thurin

Psychiatre, psychanalyste
9, rue Brantôme – F-75003 Paris
Courriel : jmthurin@techniques-psychotherapiques.org

Résumé : Cet article décrit les instruments utilisés dans le protocole de recherche sur l'évaluation des psychothérapies dans le cadre du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques¹. Dans un premier temps, le cadre des psychothérapies engagées dans la recherche est défini. Les instruments

-
1. Le Réseau de Recherche Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques s'est constitué à la suite d'une réponse à un appel d'offres Inserm (2007). Il est sous la responsabilité de l'Unité 669 et de la Fédération Française de Psychiatrie dont les coordinateurs sont Bruno Falissard, directeur de l'U669 et Jean-Michel Thurin, président du collège scientifique de la FFP et membre de l'U669, tous deux cliniciens-chercheurs.

sont présentés en spécifiant pourquoi chacun a été choisi, son cadre de construction par ses auteurs et ses modalités de passation. Les instruments présentés sont la Formulation de cas, l'Échelle santé-maladie (Clinician's Judgments of Mental Health, Luborsky (1975)), les Échelles psychodynamiques de fonctionnement (Psychodynamic functioning scales, Hoglend et al. (2000)) et le Questionnaire de configuration du processus psychothérapique (Psychotherapy Process Q-set, Jones (2000)).

Abstract: This article describes the instruments used in the research protocol on the evaluation of psychotherapies in the framework of the Practice Based Research Network on Psychotherapy. The framework of the study is defined. The instruments are presented by specifying why each one was chosen, its framework of construction by its authors and how it has to be used. The instruments presented are the Case Formulation, the Health Sickness Rating Scale (HSRS), Luborsky (1975), the Psychodynamic Functioning Scales (PFS), Hoglend and al. (2000) and the Psychotherapy Process Q-set (PQS), Jones (2000).

Mots clés : psychothérapie, évaluation, recherche clinique, méthode, étude systématique de cas, réseau de recherche fondé sur la pratique, formulation de cas, échelles et questionnaires, ESM, EPF, PQS.

Keywords: Psychotherapy, evaluation, clinical research, method, systematic single case study, practice based research network, HSRS Luborsky, PFS Hoglend, PQS Jones.

Cadre des études

Le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (RRFPP) comprend trois pôles spécifiques qui fonctionnent avec une méthodologie et des instruments similaires, adaptés à chacun des pôles (autisme, borderline et Alzheimer). Nous présentons dans cet article la méthodologie spécifique au pôle borderline adulte.

Le cadre des études est celui utilisé par le clinicien en situation naturelle, dans son cabinet ou dans l'institution dans laquelle il travaille. Le challenge est pour lui d'engager dans une étude un de ses patients chez

lequel il a établi un diagnostic borderline et de suivre la méthodologie durant un an de psychothérapie. Aucun des instruments n'est prévu pour être utilisé pendant la séance. C'est dans l'après-coup qu'ils seront utilisés, à partir des données recueillies. C'est en effet sur des transcriptions ou des prises de notes extensives de séances, à des temps déterminés, que seront établies les cotations : les trois premières séances initiales, deux séances à deux, six, neuf et douze mois. Au total, cinq évaluations au cours d'une année de psychothérapie. Ces données cliniques vont être soumises à une observation de trois cliniciens, réunis en groupe de pairs, dont le thérapeute du patient fait partie. Les observations relevées par chacun des cliniciens, puis validées en groupe de pairs, vont être cotées à partir de différents instruments. C'est ce que nous allons voir maintenant.

Quels instruments pour quoi faire ?

Pour cerner ce qui se passe dans une psychothérapie, même si l'on sait que l'on ne pourra pas tout évaluer, il convient de porter attention à ses aspects spécifiques : la psychopathologie du patient (sa gravité et son contexte), le fonctionnement du patient aussi bien dans ses relations avec les autres qu'avec lui-même, le déroulement proprement dit de la psychothérapie (processus). C'est pour tenter de se rapprocher de cette configuration « psychopathologie/gravité – fonctionnement – processus » que nous avons choisi les instruments que nous allons présenter ci-dessous.

La Formulation de Cas

Considérant que le premier point à établir, lorsqu'un patient est susceptible de s'engager dans une psychothérapie avec un thérapeute, est son état au sens large du terme, nous avons proposé l'établissement d'une formulation de cas à l'issue des trois premiers entretiens. La formulation de cas se différencie du diagnostic nosographique, les deux participent à deux démarches complémentaires. Le *diagnostic nosographique* définit un trouble en fonction du nombre de traits retrouvés chez un patient en relation à un diagnostic établi. Il relève d'une démarche quantitative, a-théorique, permettant à des cliniciens de se mettre d'accord sur les grandes entités qui dessinent le concept de maladie. Le *diagnostic psychopathologique* met en relation différents axes : les symptômes, l'histoire personnelle, le fonctionnement de la personne, notamment quelles sont

les défenses qu'elle a mises en place, ses conflits, etc., en relation avec des situations particulières. La démarche est qualitative et compréhensive. Les deux démarches reposent sur une description relativement stable. La formulation de cas constitue la ligne de base à partir de laquelle la caractérisation de la psychothérapie va s'imposer.

De nombreux auteurs ont élaboré des modèles d'approche pour la formulation de cas. Ils se distinguent notamment de la façon suivante : ceux qui partent de différentes théories (psychanalytique, comportementale et cognitive, intégrative... (Wolitzky, 2007 ; Persons *et al.*, 1991 ; Eells, 2007)), ceux qui sont plus focalisés sur certains points à partir desquels la psychothérapie peut s'engager (le conflit relationnel central (Luborsky & Luborsky, 1992), les dysfonctionnements pivots (Kazdin & Kendall, 1998), les relations interpersonnelles (Benjamin, 1993), l'analyse configurationnelle qui considère qu'à chaque niveau de causalité on peut tirer des explications interactives (Horowitz, 2007).

Toutes ces approches sont d'accord sur un point, c'est qu'il s'agit d'organiser, pour une formulation de cas, des données cliniques (psychologiques, psychiatriques et psychosociales) suivant la dynamique fondamentale du problème actuel posé par la personne, en formulant des hypothèses et un plan de traitement.

La *formulation de cas* en psychothérapie est donc une approche dynamique des problèmes rencontrés chez une personne. Les éléments nosographiques et psychopathologiques y sont introduits dans une démarche active impliquant des inférences sur le processus de changement. La formulation de cas synthétise les informations à partir du cadre théorique du clinicien. Il s'agit de répondre aux questions suivantes : de quels éléments cliniques, tel clinicien, avec sa pratique particulière a-t-il besoin pour décider d'une psychothérapie avec tel patient, établir un plan d'action et évaluer les changements qui se produisent au cours de son processus ? La formulation de cas interroge deux points essentiels et primordiaux : comment les problèmes présentés par ce patient particulier se sont développés et comment les changements peuvent se réaliser. Elle repose sur l'expertise clinique qui permet de concevoir des hypothèses à partir desquelles il est possible d'établir des objectifs et des stratégies pour les atteindre. D'un point de vue général, elle cerne les quatre buts principaux suivants.

Établir un diagnostic psychopathologique approfondi

Le diagnostic nosographique ne nous aide pas à prévoir la convenance d'un patient pour des types spécifiques de psychothérapies qui ne peu-

vent être posés qu'en identifiant les problèmes principaux d'un patient et ce qui pourrait précipiter ou perpétuer ces problèmes. La démarche du diagnostic psychopathologique approfondi comprend un plan d'action thérapeutique s'étendant de la réduction des symptômes bien sûr, mais aussi à l'amélioration du fonctionnement, à la prévention de la rechute, à la compréhension par le patient de ses problèmes et à l'identification des obstacles qui pourraient perturber le progrès de la thérapie.

Formuler des hypothèses plus fines

Faire des hypothèses, c'est ce que le clinicien fait naturellement lorsqu'il reçoit un patient. Les formuler afin qu'elles servent véritablement au plan de l'action thérapeutique est un pas de plus, notamment pour l'évaluation longitudinale d'un cas. Il est souvent étonnant de reprendre les notes cliniques d'un patient après une année de psychothérapie. On peut constater, notamment, combien la mémoire s'appuie sur un souvenir général en mettant parfois en arrière-plan des éléments qui sont maintenant mis en lumière. Dans l'évaluation et la compréhension d'un cas, l'apparition d'un changement et l'analyse de ce qui l'a produit constituent évidemment un temps essentiel. Faire des hypothèses ou plutôt, ce qui peut paraître au plus près de la clinique, faire des inférences, à partir des données observables et organisées, est une démarche dynamique qui permet une reformulation de l'action thérapeutique toutes les fois que cela semble nécessaire.

Engager une stratégie thérapeutique individualisée

C'est à partir de la connaissance des éléments préalablement établis qu'une stratégie thérapeutique va pouvoir s'affiner. Cette stratégie repose bien sûr sur l'approche théorique du thérapeute et sur son expérience, mais aussi sur les éléments qui concernent le patient au-delà même du problème qui l'amène chez le psychothérapeute, nous voulons parler des modérateurs. Ce sont par exemple le soutien social dont bénéficie à ce moment le patient (qu'il soit familial ou culturel), mais aussi l'insight (la capacité préalable d'avoir une réflexivité et une compréhension de ce qui se passe pour soi), les problèmes relationnels... Si le thérapeute ne prend pas en compte ces éléments, l'entrée dans la psychothérapie est compromise ou risque de mener à une sortie prématurée. C'est dans ce cadre-là que plusieurs auteurs ont travaillé pour élaborer des modèles et décrire au plus près le fonctionnement des patients et pouvoir ainsi avoir un plan d'action thérapeutique le plus adapté possible à un patient tenant compte de ses particularités.

Anticiper des difficultés potentielles

Deux patients portant le même diagnostic nosographique, par exemple une dépression majeure, n'auront pas obligatoirement la même trajectoire. La formulation du cas permet de bien cerner les éléments faisant craindre une sortie précoce de la psychothérapie, par exemple du fait d'une alliance thérapeutique qui n'arrive pas à s'établir ou qui est faible. La sévérité des troubles est à évaluer au plus près, avec notamment les rechutes potentielles ayant eu lieu et leurs circonstances (facteurs aggravant). La prise en compte du soutien social (familial) et des relations sociales révèle également des facteurs qui seront protecteurs ou aggravants.

À partir de ces buts, nous avons proposé, au terme d'un travail sur des études pilotes préliminaires d'adopter une formulation de cas intégrant les quatre points suivants :

- 1) Problèmes du patient et leur place dans le contexte de sa situation de vie actuelle, de son histoire et de son développement.
- 2) Facteurs non dynamiques qui peuvent avoir contribué à son problème (génétiques, périnataux, sociaux, pathologies...).
- 3) Intégration synthétique des données disponibles ouvrant à une interprétation des facteurs précipitants et des influences qui maintiennent les problèmes de la personne, et plus généralement à une compréhension du cas. Éléments favorables. Éléments repérés comme manquants.
- 4) Première définition du but et des objectifs intermédiaires de la psychothérapie et de la stratégie pour les atteindre (modalité psychothérapique utilisée).

La Formulation de cas est un exercice clinique très pointu qui facilite beaucoup le travail ultérieur avec le patient. Elle peut être valablement réactualisée au cours du temps.

Choix des instruments de fonctionnement

Pour appréhender le fonctionnement de la personne, nous avons cherché quels étaient les indicateurs susceptibles d'être pertinents pour la psychothérapie et avons ciblé les éléments suivants : *autonomie, gravité des symptômes et comportements pathologiques, malaise et détresse subjective, conséquences de l'état du patient sur l'entourage, utilisation de ses capacités, qualité de ses relations interpersonnelles, ampleur et profon-*

deur de ses intérêts, expression et tolérance affective, résolution de problème, affirmation et capacité d'adaptation.

À partir de ces indicateurs, deux instruments ont été proposés. Le premier, l'Échelle *Santé-Maladie*, teste le fonctionnement global et sept dimensions en termes de santé vs maladie (donne un indice de santé). Le second, les *Échelles de fonctionnement psychodynamique*, teste six dimensions de fonctionnement de la personne dans sa dynamique individuelle et interpersonnelle. Nous les présentons ci-dessous.

L'Échelle Santé-maladie

L'évaluation globale de fonctionnement psychologique sur une échelle de 1 à 100 a été mise au point par Luborsky dans l'**Échelle d'Évaluation Santé-Maladie** (Luborsky L, 1962).

Spitzer *et al.* (1976) ont développé une révision de l'Échelle d'Évaluation Santé-Maladie intitulée l'**Échelle d'Évaluation Globale** (Global Assessment Scale ou GAS). Cette échelle est conçue pour une évaluation du fonctionnement global d'un sujet au cours d'une période spécifique sur un continuum santé-maladie.

Une version modifiée de la GAS a été incluse dans le DSM-III-R sous le nom d'Échelle d'**Évaluation globale du fonctionnement** EGF (Global Assessment of Functioning – GAF Scale). Cette dernière échelle est largement utilisée dans les différentes recherches portant sur les psychothérapies.

L'intérêt d'utiliser l'Échelle Santé-Maladie (ESM) de Luborsky dans notre recherche est que non seulement elle réalise comme les deux autres une évaluation globale de fonctionnement d'un patient, mais également de différentes dimensions qui sont particulièrement intéressantes pour renseigner les différents indicateurs retenus. Nous y reviendrons mais le contexte de la construction de cet instrument par Luborsky mérite que l'on s'y arrête.

En effet, ce contexte est celui de la recherche sur les psychothérapies à la Fondation Menninger où la question que se posaient alors les chercheurs et les cliniciens était la suivante : comment, et avec quel degré de qualité, des cliniciens qualifiés appréhendent-ils le concept de « santé mentale » ? Nous sommes dans les années 1951-1952. Dix années plus tard, après dix-huit projets de recherches, l'ESM montre sa fiabilité et est validée.

L'instrument est composé de 8 échelles analogiques qui doivent être cotées chacune de 1 à 100. La première échelle propose une estima-

tion globale du patient, les autres sont spécifiques comme indiqué ci-dessous :

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

Le manuel mis à la disposition du cotateur est très clair et se décompose de la manière suivante :

- 1) Une définition des degrés de l'échelle avec des repères assez précis au niveau de la psychopathologie et de la gravité du cas pour coter de 1 à 100, 1 étant la gravité extrême et 100 la santé.
- 2) Une description de 34 cas types à partir desquels une similitude entre le patient observé et un cas type est réalisée.
- 3) Ces 34 cas ont été établis par cinq experts cliniciens expérimentés, extérieurs à la construction de l'instrument. Ils décrivent une variété de diagnostics chez seize hommes et dix-huit femmes. Chaque description de cas-type donne un aperçu succinct et général des caractéristiques d'un patient. L'échelle comprend au moins une description de cas tous les cinq points, jusqu'à quatre-vingt-quinze.

Pour le cotateur, il s'agit de bien connaître les degrés de l'échelle et de faire des allers-retours entre ces cas types et l'état présenté par le patient actuel pour coter chacune des huit échelles.

Dans le cadre de la méthodologie que nous avons mise en place, cette cotation se fait à partir des trois premières séances, prises en notes extensives par le clinicien. Ces notes sont envoyées aux deux autres pairs qui vont comme le clinicien coter l'instrument. Ces résultats seront vali-

dés après une discussion clinique du groupe, comme nous le voyons dans le tableau ci-dessous (case VD).

Cotateurs	Cot 1	Cot 2	Cot 3	VD
Estimation globale Santé maladie	65	70	60	65
Capacité d'autonomie	65	60	65	63
Gravité des symptômes	60	60	70	62
Malaise subjectif	58	60	50	53
Effets sur l'entourage	60	65	65	65
Utilisation des capacités	70	75	70	72
Relations interpersonnelles	70	65	65	65
Sources d'intérêt	60	50	50	54

Dans ce tableau, les chiffres des différents cotateurs sont assez proches : il a donc été facile de faire une version définitive (c'est bien souvent le cas). Lorsque les différences sont importantes, la discussion clinique est remise au premier plan et les arguments des trois cliniciens, s'appuyant sur un retour aux données cliniques, vont permettre la reconsidération des cotations.

La passation de l'instrument a lieu après les trois premières séances, comme nous venons de le dire, mais aussi à différents moments de la thérapie et au moins à un an. La comparaison des évaluations permet d'objectiver les changements qui se sont produits chez le patient.

Dans le tableau suivant², les deux cotations du début et à un an de thérapie montrent une amélioration globale du patient de 10 points. Mais ce qui est encore plus intéressant, ce sont les résultats au niveau des différentes dimensions car, comme on le voit, elles n'ont pas évolué de la même façon. Par exemple, les améliorations portent surtout sur la gravité des symptômes, les effets sur l'entourage et les relations interpersonnelles. On peut voir un impact sur les sources d'intérêt. On ne constate pas d'impact sur l'autonomie et l'utilisation des capacités. Le malaise subjectif reste un problème important.

Pour terminer cette présentation de l'Échelle Santé-Maladie, précisons qu'après avoir une bonne connaissance de l'instrument, la passation est rapide, environ 15 minutes.

2. Résultats issus de l'étude pilote présentée dans *Pour La Recherche* 60, mars 2009 (M Thurin, F Journet, M Malempré).

	Évaluation initiale	Évaluation à un an	Gain
Estimation globale Santé-Maladie	55	65	10pts - 18.2%
Capacité d'autonomie	62	63	1pt - 1.6%
Gravité des symptômes	45	62	17pts - 36.2%
Malaise subjectif	47	53	6pts - 12.8%
Effets sur l'entourage	45	65	20pts - 44.4%
Utilisation des capacités	72	72	0pt - 0%
Relations interpersonnelles	53	65	12pts - 22.6%
Sources d'intérêt	48	54	6pts - 12.5%
			Gain total moyen : 18.5%

Les Échelles de fonctionnement psychodynamique

L'objectif des Échelles de Fonctionnement Psychodynamique (EFP) est d'abord d'apporter une réponse à deux critiques qui sont souvent faites aux évaluations des psychothérapies :

- Elles sont centrées sur les symptômes principaux et ne prennent pas en compte le fonctionnement de la personne dans des domaines tout à fait essentiels comme : les relations interpersonnelles, l'insight, l'aptitude à éprouver, exprimer, différencier et supporter des affects...
- Elles méconnaissent l'importance des « symptômes négatifs » qui se traduisent par une réduction symptomatique obtenue par des restrictions de vie comme le retrait et l'isolement.

Ces deux critiques présentent d'emblée la différence d'objectif établi par l'ESM et les EFP. Dans la première, la cotation repose sur la plus et la moins « bonne santé » du patient dans différents domaines de sa vie ; dans la seconde, elle permet une évaluation du fonctionnement de la personne dans différents contextes de sa vie :

- La qualité de ses relations familiales
- La qualité de ses relations amicales
- La qualité de ses relations sentimentales/sexuelles
- La tolérance [différenciation et expression] affective
- L'insight
- La résolution de problème, capacité d'adaptation, [d'exploration et de signification de la vie].

Comme pour les ESM, la cotation est faite de 1 à 100 pour chaque échelle, par paliers de 10, chacun définissant un niveau de fonctionne-

ment. Pour établir la cotation, une description dans chacun des niveaux permet d'appréhender si le fonctionnement du patient suivi a des similitudes avec les descriptions observables dans l'instrument. Prenons des exemples.

Au niveau de la qualité des relations familiales, la cotation à 40 définit l'ensemble de fonctionnements suivant : Contact minimal avec la famille ou relationnel gravement inadapté de façon chronique. Aucune satisfaction mutuelle ; exploitation, détachement émotionnel, suspicion grave. Autres membres de la famille décrits globalement et concrètement ou suivant une perspective fortement égocentrique. Peut avoir durablement une relation sévèrement dépendante avec les figures parentales. Une cotation à 70 dans la même dimension définit l'ensemble de fonctionnements suivant : Quelques relations familiales éprouvées comme problématiques par le sujet, mais qui peuvent sembler normales à d'autres. Peut décrire les membres de la famille comme des êtres distincts en termes de fonctions et aussi de sentiments, attitudes et valeurs. Tendance à être modérément dans l'autosacrifice ou l'exploitation, sur-impliqué ou sous-impliqué, modérément soupçonneux ou crédule, dépendant ou refusant la dépendance dans des situations problématiques. *Le sujet peut être moins libre du fait de son besoin de s'opposer ou de se conformer aux introjections parentales.*

Chacune des dimensions est ainsi décrite et les fonctionnements établis suivant leur présence ou leur absence chez le patient, au moment de l'évaluation, mais également en tenant compte de ce que le clinicien et ses pairs connaissent de lui au fur et à mesure du suivi psychothérapeutique. Le cotateur va évaluer au plus près les éléments qui se rapportent aux données cliniques observées.

Les auteurs de l'instrument font des recommandations au début de chaque dimension pour bien situer les points sur lesquels l'attention doit se porter. Ainsi :

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

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

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

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

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

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

Dans la méthodologie de la recherche mise en place, cet instrument est utilisé au cours de quatre évaluations sur une année à partir d'au moins deux séances chacune.

Prenons un exemple tiré du suivi du cas déjà cité plus haut.

	2 mois	6 mois	9 mois	12 mois	Gain
Qualité des relations familiales :	51	52	53	61	10 pts - 19.6%
Qualité des relations amicales	60	62	65	70	10 pts - 16.7%
Relations sentimentales/sexuelles	58	63	65	68	10 pts - 17.2%
Tolérance aux affects	43	60	58	70	27 pts - 62.8%
Insight	58	63	63	74	16 pts - 27.6%
Résolution de problème et capacité d'adaptation	61	68	66	66	5 pts - 8.2%
					Gain total moyen : 25.35%

Ce tableau indique, là encore, que l'amélioration du patient n'est pas globale, elle porte d'abord sur la tolérance affective (62,8 %) et l'insight (27,5 %). Les relations interpersonnelles s'améliorent de 17 à 20 %. La résolution de problèmes et la capacité d'adaptation, liées à la subjectivité ne varient pas.

Passons maintenant au processus avant de revenir sur ces différents résultats.

La description du processus

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

Pour cerner le processus, nous allons insérer ici deux concepts majeurs : celui des *modérateurs* et celui des *médiateurs*. Ces deux éléments sont essentiels pour évaluer les contextes de départ et/ou qui interviennent au cours de la psychothérapie et ceux qui seront moteurs de la psychothérapie. Nous allons les définir.

Les *modérateurs* constituent l'ensemble des facteurs qui existent avant la thérapie en commençant par le sexe du patient, son âge, son contexte familial, son niveau de développement, son soutien social, sa capacité à comprendre ce qui se passe pour lui, etc. Tous ces éléments peuvent être aggravants ou au contraire favorisant. Certains se produisent en cours de thérapie sans y être liés directement, par exemple, un mariage ou un divorce, un deuil, un déménagement, un changement dans le travail...

Les *médiateurs* constituent l'ensemble des facteurs qui vont être moteurs de la psychothérapie, par exemple l'insight, l'alliance thérapeutique. Ils sont impliqués dans le processus de changement et constituent le moteur des changements.

Les distinguer est précieux car on peut voir parfois certains modérateurs devenir des médiateurs. Par exemple, un soutien social absent au départ va influencer positivement le travail psychothérapique en devenant présent. Une ouverture des relations interpersonnelles, une aptitude retrouvée d'expression affective et de penser deviennent des moteurs de changement.

Inutile de dire que lorsque nous voulons évaluer le processus d'une psychothérapie, nous entrons dans la complexité. C'est certainement la raison pour laquelle peu d'instruments sont disponibles pour le cerner. Après plusieurs années de travail dans ce champ, nous avons opté pour le *Psychotherapy Process Q-set* (que nous avons traduit par *Questionnaire de configurations du processus psychothérapique*³) élaboré par Jones *et al.* au cours de quinze années de recherche pour valider sa fiabilité. Un nombre impressionnant d'articles est disponible portant sur l'utilisation de cet instrument et les résultats obtenus dans les diverses recherches. Nous réalisons actuellement une compilation de ces articles et de ces recherches pour présenter ce travail dans une prochaine publication. Mais présentons l'instrument.

Le Questionnaire de configurations du processus psychothérapique

Le PQS⁴ est construit à partir de 100 items utilisant un langage commun pour décrire et classer le processus de la psychothérapie. Chaque item est conçu pour pouvoir répondre à une observation clinique et éviter la référé-

3. Mais dont nous continuons à utiliser les initiales que lui a données l'auteur PQS.

4. L'instrument est publié dans le numéro 61 de *Pour la Recherche* de juin 2009.

rence directe à une théorie spécifique. Il est destiné à être en grande partie neutre et à pouvoir être utilisé pour n'importe quelle thérapie. Chaque item ou variable est également utilisé comme un descripteur en relation à tous les autres, de telle façon qu'ils se définissent l'un par rapport à l'autre et constituent leur contexte mutuel.

Le PQS permet de représenter un éventail d'interactions thérapeutiques et notamment de caractériser systématiquement l'interaction thérapeute-patient. L'évaluation se fait à partir de séances entières (notes extensives, éventuellement complétées d'enregistrements audio), ce qui offre une grande possibilité de cerner les éléments importants et de mieux évaluer leurs effets dans le processus de la thérapie. Le but général de l'instrument est de fournir un index significatif du processus thérapeutique qui puisse être utilisé dans des analyses comparatives ou pour des évaluations pré- et post-thérapies. La fiabilité intercotateurs du PQS s'est avérée satisfaisante et cohérente et cela à partir d'une grande variété d'études et d'échantillons de traitement.

Le PQS utilise la méthodologie du tri forcé. Cette méthodologie conduit à hiérarchiser l'importance de chaque item descriptif. Elle oblige à classer un nombre défini d'items dans 9 catégories qui vont du plus caractéristique (+4), au moins caractéristique (-4), en passant par une case neutre (0), comme le montre le tableau ci-dessous. Chacun des items est accompagné d'un commentaire (voir ci-dessous dans les exemples des items que nous donnons) pour en faciliter la compréhension et la cotation.

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

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

Le PQS comprend trois catégories d'items qui portent respectivement sur :

- 1) Les attitudes, les sentiments, le comportement ou l'expérience du patient.
- 2) Les actions et les attitudes du thérapeute.
- 3) La nature des interactions au sein de la dyade, le climat ou l'atmosphère de la séance.

Chaque catégorie d'items est distribuée ainsi : a) les actions du thérapeute (n = 41), b) les comportements du patient (n = 40), et c) les interactions thérapeute-patient (n = 19).

Comme nous l'avons dit plus haut, l'item est composé de sa proposition et du commentaire pour le coter, soit vers « caractéristique », soit vers « non caractéristique ». Nous donnons ci-dessous l'exemple de trois types d'items correspondant chacun à une catégorie différente (patient, thérapeute, interaction).

1^{er} type : Item 44. *Le patient se sent sur ses gardes ou soupçonneux (vs confiant et en sécurité)*

- Placer vers caractéristique si le patient semble circonspect, méfiant ou soupçonneux envers le thérapeute ; par exemple, le patient se demande si le thérapeute l'aime vraiment bien ou s'il y a un autre sens caché dans les remarques du thérapeute.

- Placer vers non caractéristique si le patient semble confiant et non soupçonneux.

2^e type : Item 31. *Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.*

- Placer vers caractéristique si le thérapeute pose des questions conçues pour obtenir de l'information ou presse le patient de donner une description plus détaillée d'un événement ; par exemple, le thérapeute pose des questions sur l'histoire personnelle du patient ou s'enquiert des idées qui ont traversé son esprit quand il a fait une rencontre par hasard dans la rue.

- Placer vers non caractéristique si le thérapeute ne cherche pas activement l'information.

3^e type : Item 4. *Les buts du traitement du patient sont discutés.*

- Placer vers caractéristique s'il y a discussion sur les résultats que le patient souhaite atteindre à partir de sa thérapie. Ces désirs ou buts peuvent être relatifs à des changements personnels ou « internes » (tels que : « j'ai commencé ma thérapie pour surmonter ma dépression ») ou des changements de vie (« je me demande si la thérapie me permettra de me marier »).

- Placer vers non caractéristique s'il n'y a aucune référence ou allusion faite par le thérapeute ou par le patient aux effets de la thérapie.

Il existe trois ordres de cotations :

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

Par exemple : Item 92. *Les sentiments ou les perceptions du patient sont liés aux situations ou comportement du passé.*

- Placer vers caractéristique si plusieurs liens ou des connexions essentiels sont réalisés entre les perceptions, par le patient, d'une expérience ou d'événements actuels avec celles et ceux du passé ; par exemple, le thérapeute fait remarquer (ou le patient réalise) que des peurs actuelles d'abandon proviennent de la perte d'un parent durant l'enfance.

- Placer vers non caractéristique si les expériences actuelles et passées sont discutées mais non reliées ouvertement.

- Placer vers la catégorie neutre si ces sujets ne sont que très peu discutés ou pas du tout.

Un logiciel permet de faire une cotation informatisée, ce qui facilite le travail et en réduit le temps.

Les résultats attendus des cotations de cet instrument sont la caractérisation de la psychothérapie à différents temps et son évolution au cours du temps, non seulement dans les changements mais également ce qui les a provoqués.

À partir de là, le plan d'analyse des données va être majeur.

Dans le contexte du réseau, quatre évaluations sont réalisées avec le PQS en groupe de pairs, à partir de notes extensives (voire enregistrement audio) d'une séance de psychothérapie à 2, 6, 9 et 12 mois.

Dans un premier temps, les items les plus caractéristiques (c'est-à-dire ceux qui sont cotés à +4, +3, -4, -3) vont apporter un premier niveau

de résultats, selon qu'ils resteront stables ou évolueront durant les différentes évaluations.

Dans le tableau suivant, les deux axes d'analyse (stabilité ou évolution) apportent des informations différentes concernant le processus. Par exemple, que durant l'année le dialogue a porté sur un thème spécifique, que le thème s'est situé plutôt dans l'actuel et qu'au niveau de ses interventions, le thérapeute a beaucoup clarifié et reformulé ce que disait le patient dans les premières évaluations, mais que ce type d'intervention a diminué nettement à un an de thérapie.

Y028 - Mr C					
item	texte item				
		2M	6M	9M	12M
23	Le dialogue porte sur un thème spécifique.	4	3	4	4
33	Le patient parle de sentiments au sujet d'être proche ou d'avoir besoin de quelqu'un.	4	4	3	3
13	Le patient est animé ou excité.	4	2	4	3
63	Les relations interpersonnelles du patient constituent un thème central.	4	4	1	4
69	La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion.	2	4	3	4
88	Le patient aborde des questions et du matériel significatifs (R Le patient aborde des	2	3	4	4
65	Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit le patient.	3	4	4	1
92	Les sentiments ou les perceptions du patient sont liés aux situations ou comportement	1	4	3	4
26	Le patient ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux).	3	3	3	2
62	Le thérapeute identifie un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite du	2	3	4	2
07	Le patient est anxieux ou tendu (vs. calme et détendu).	4	1	2	3

L'analyse explore ensuite d'autres évaluations. Il y a cent items et les autres vont bien sûr être pris en compte. Leur stabilité peut informer sur ce qui constitue le fond de la psychothérapie mais aussi leur variation. Un item coté 1 à la première évaluation qui devient très caractéristique aux suivantes, comme par exemple l'item 92 ci-dessus, ou qui se réduit à la deuxième évaluation comme nous le voyons pour l'item 7, constituent évidemment des informations pour l'analyse qualitative des changements.

Un autre aspect de l'analyse est de se focaliser sur les items qui ont été caractérisés par les auteurs de l'instrument comme représentatifs de psychothérapies « idéales » de différentes théories (prototypes). En comparant ces prototypes à l'analyse des données cliniques actuelles, on peut évaluer si le thérapeute a utilisé uniquement des outils de sa propre théorie ou s'il a emprunté à d'autres théories une technique spécifique se rapportant à un aspect particulier de la thérapie.

Par exemple, dans le cas du patient suivi ici, le thérapeute dont la référence principale est psychodynamique a utilisé des éléments de la

psychothérapie interpersonnelle et cognitivo comportementale, en proportion certes, tout à fait relative mais stable. L'aspect psychodynamique est apparu de plus en plus significatif au cours de l'année.

L'analyse, avec cet instrument permet également de cerner des configurations, incluant, nous venons de le voir, le type d'intervention du thérapeute, mais aussi les relations interpersonnelles, l'insight, le malaise subjectif, la relation thérapeutique, etc.

Mise en relation des différentes évaluations à partir des instruments utilisés

Qu'il s'agisse du fonctionnement d'un patient en rapport à la gravité de ses troubles ou de la dynamique de son fonctionnement au cours du processus de la psychothérapie, les résultats attendus doivent être cohérents d'un instrument à l'autre. C'est une première évaluation de la fiabilité de la cotation. Au-delà, la mise en relation des différents instruments apporte des informations complémentaires sur différents domaines de la personne et permet d'affiner aussi bien la caractérisation de sa psychothérapie que ce qui a provoqué les changements.

En effet, puisque nous avons d'une part une estimation de départ de différents points concernant les symptômes, la plainte, le contexte de vie, etc., du patient (formulation de cas), la gravité de ses manifestations pathologiques (ESM), son fonctionnement dynamique dans différents domaines de sa vie (EFP), et que nous avons accès d'autre part à celle des interactions patient-thérapeute, des comportements du patient et de sa dynamique psychique, des interventions du thérapeute au cours du processus de la psychothérapie, nous pensons pouvoir, non seulement à partir du « cas par cas » (ce qui est le plus facile et déjà réalisé), mais également à partir d'un ensemble de patients (par exemple ici, les patients borderline engagés dans les études), établir des spécificités pertinentes qui définissent le suivi psychothérapeutique de tels patients.

C'est ce que projette le plan d'analyse en cours.

Conclusion

Au terme de cet article, nous espérons avoir intéressé les lecteurs cliniciens à rejoindre le réseau. Dans le pôle Borderline à partir duquel nous avons présenté les instruments utilisés, 90 cliniciens sont réunis en groupes de trois pairs et se forment à la méthodologie. Certains ont engagé

des patients et sont bien avancés dans le suivi de leur cas. C'est bien sûr un travail supplémentaire, mais passionnant, qui permet au clinicien d'avoir un retour sur le travail qui se fait à partir des psychothérapies qu'il mène. Les premières cotations réalisées permettent d'affiner les analyses qualitative et quantitative des données et sont très prometteuses. Des publications sont prévues pour rendre compte des résultats.

Pour aller plus loin

Une abondante documentation est disponible sur le site internet, dédié au Réseau à l'adresse suivante : <http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/>

Par ailleurs, concernant la présentation de cas suivis en groupe de pairs avec la méthodologie utilisant les instruments présentés dans cet article, vous pouvez vous reporter à l'ouvrage que nous avons écrit en 2007 (Thurin & Thurin, 2007) et le numéro 60 (mars 2009) de *Pour la Recherche* que vous pouvez demander à la Fédération Française de Psychiatrie⁵ ou encore à l'article « Protocole d'études intensives de cas en groupe de pairs » (Thurin & Thurin, 2009).

Article reçu et accepté en janvier 2010

Bibliographie

- Benjamin, LS: *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* – New York, Guilford Press (1993).
- Eells, T: *Psychotherapy cas formulation* – Handbook, Guilford, 2d ed (2007). Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance” – In Archives of General Psychiatry, 33 :766-771, 1976).
- Hoglund P, Bogwald KP, Amslo S, Heyerdahl O, Sorbye O, Marble A, Sjaastad MC, Bentsen H: “Assessment of change in dynamic psychotherapy” – In J. Psychother. Pract. Res., vol. 9, p. 190-19 (2000).
- Horowitz, Eells: “Configurational Analysis. States of Mind, Person Schemas, and the control of ideas and affect” – In Eells, T. *Psychotherapy cas formulation*, Handbook, Guilford, 2d ed. 136-163 (2007).
- Jones EE: “Psychotherapy Process Q-set (PQS)” – In *Therapeutique Action*, Northvale, Jason Aronson Inc (2000).
- Kazdin AE, Kendall PC: “Current progress and future plans for developing effective treatments: comments and perspectives” – in *Journal of Clinical Psychology*, 27 (2), 217-226 (1998).
- Luborsky L. “Clinician’s Judgments of Mental Health” – In Archives of General Psychiatry, 7: 407-417, 1962.

- Luborsky L: "Clinicians' judgements of mental health : specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale" – In Bull. *Menninger Clin.*, 35, 448-480 (1975)
- Persons JB *et al.*: "Psychodynamic and cognitive-behavioral formulations of a single case" – In *Psychotherapy*, 28, 608-617 (1991).
- Thurin M, Lapeyronnie B, Thurin JM. Questionnaire de configuration psychothérapique, (traduction française du PQS) – In *Pour la Recherche* n° 61 (2009).
- Thurin M, Journet F, Malempré M. Suivi d'un cas pendant un an – in *Pour la Recherche*, 60, 2-3 (2009).
- Thurin JM & Thurin M : *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques* – Paris, Dunod (2007).
- Thurin JM & Thurin M : « Protocole d'études intensives de cas en groupe de pairs » – In *L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse. Fondements et enjeux*, Paris, Masson (2009).
- Wolitzky D : "The role of clinical inference in psychoanalytic case formulation" – In *Am J Psychother*, 61(1):17-36 (2007).