

LE CAS DE MAX

Ce que nous apprend la recherche sur la psychothérapie d'orientation
psychanalytique en milieu naturel d'un patient borderline

Nicolas Juskewycz, Farid Dafri, François Journet, Magali Molinié, Monique Thurin et
Jean-Michel Thurin

Association Recherches en psychanalyse | « [Research in Psychoanalysis](#) »

2018/2 N° 26 | pages 90a à 109a

ISSN 1767-5448

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-research-in-psychoanalysis-2018-2-page-90a.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Association Recherches en psychanalyse.

© Association Recherches en psychanalyse. 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.

Le cas de Max

Ce que nous apprend la recherche sur la psychothérapie d'orientation psychanalytique en milieu naturel d'un patient borderline

The Case Study of Max

What We Can Learn from Research on Psychoanalytic Psychotherapy Applied to a Borderline Patient in the Community

[En ligne] 28 décembre 2018

Nicolas Juskewycz
Farid Dafri
François Journet
Magali Molinié
Monique Thurin
Jean-Michel Thurin

Résumé :

Cet article présente l'étude d'un cas complexe traité par psychothérapie. Elle a été réalisée dans un premier temps à partir de la méthodologie du *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques*, et dans un deuxième temps au cours d'un séminaire composé de cliniciens expérimentés. L'étude se concentre sur le processus de changement en mettant en lumière les actions et l'attitude du thérapeute pour aborder avec son patient ses problèmes et sa souffrance. Plusieurs outils d'évaluation (qualitatif et quantitatif) sont utilisés. D'abord la *Formulation de cas* qui apporte une expertise clinique fondamentale, puis deux instruments centrés sur le patient : *L'Échelle Santé maladie* et *Les échelles psychodynamiques de fonctionnement*, enfin un instrument de processus interne à la psychothérapie, le *Psychotherapy process-Q-set*. La méthodologie mise en place permet d'avoir des indications sérieuses sur ce qui se passe dans la psychothérapie et l'impact de cette dernière sur l'évolution positive du patient. La discussion autour des résultats à un an de la thérapie permet déjà de faire des liens entre la théorie et la pratique sur certains aspects, notamment le cadre ou la difficile place du thérapeute dans ce contexte psychothérapeutique. C'est une recherche approfondie et un témoignage sur l'étude de cas.

Abstract:

This article presents a complex case which was treated through psychotherapy. This study was undertaken in the first instance using the methodology of the French *Psychotherapy Practice-Based Research Network (Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques)*, then subsequently in the course of a seminar made up of experienced clinicians. The study focuses on the process of change by highlighting the actions and attitudes of the therapist to support his patients in tackling his problems and sufferings. Several evaluations tools (qualitative and quantitative) are used. To begin with the *Case Formulation*, that brings to bare a fundamental clinical expertise; then two tools centred on the patient: the *Health-Sickness Rating Scale* and the *Psychodynamic Functioning Scale*; and finally a tool specific to psychotherapy, the *Psychotherapy process-Q-set*. The methodology put in place makes it possible to have reliable indications regarding what is taking place in the psychotherapy, and the impact it is having on the positive evolution of the patient. Discussion of the results after a year of therapy already make it possible to draw links between theory and practice on certain aspects, notably the framework, or the difficult place of the therapist in this psychotherapeutic context. This is in-depth research, and an account of the "Case Study".

Mots-clés : processus-résultat, processus de changement, psychothérapie psychanalytique, étude de cas, borderline

Keywords: process-outcome, process of change, psychoanalytic psychotherapy, case study, borderline personality disorder

Plan :**I – Introduction****II – Méthode du réseau de recherche**

1. Le patient

*Contexte de l'inclusion du patient dans le Réseau**Description du patient*

2. Le thérapeute

3. Le traitement

Contexte de la demande et mise en place du traitement

4. Protocole d'évaluation qualitative et quantitative

*a) La formulation de cas : état du patient avant la mise en place du traitement**b) Mesures de résultats*

1. Échelle Santé Maladie (ESM)

2. Échelles de fonctionnement psychodynamique (EFP)

*c) Mesures de processus**Le Psychotherapy Process Q-set*

5. Procédure

III – Résultats

1. Les formulations de cas

A. Les éléments composant la première formulation de cas sont résumés ci-dessous suivant cinq points

1. Problèmes présentés par le patient et leur place dans le contexte de sa vie actuelle, de son histoire et de son développement :

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

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

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

B. Comment cette formulation de cas évolue-t-elle à un an de l'évaluation ?

2. Les résultats centrés sur le patient : ESM - EFP

3. Résultats centrés sur le processus

*a) L'évaluation comparée du groupe de pairs**b) Appropriation du cadre par le patient et de l'étayage relationnel ajusté du thérapeute**Appropriation du cadre par le patient**Comment le thérapeute travaille-t-il ? Un étayage relationnel ajusté**Historicisation et apport de sens***IV – La recherche, pour aller plus loin dans l'élaboration de la compréhension de Max****V – Discussion**

Intérêt : témoignage d'une recherche en conditions naturelles

Les « conditions naturelles »

Valeur probante des données, originalité de la recherche

Annexe**Les auteurs :****Nicolas Juskewycz**

Psychiatre, pédopsychiatre. Psychanalyste. Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. École de Psychosomatique.

*6, allée Booth**51100 Reims**France***Farid Dafri**

Psychologue clinicien. Psychothérapeute en libéral et milieu institutionnel. Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. École de Psychosomatique.

*4, rue de Montmartre**21000 Dijon**France*

François Journet

Psychiatre. Psychothérapeute en libéral. Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. École de Psychosomatique.

Cabinet médical Saint-Bonnet
75, avenue de la République
38090 Villefontaine
France

Magali Molinié

Psychologue clinicienne. Maître de conférences, EA 2027 psychopathologie et neuropsychologie, Université Paris 8, Vincennes-St-Denis (France). Attaché temporaire d'enseignement et de recherche, Cornell University, Ithaca, NYS (USA). Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. École de Psychosomatique.

Université Paris 8
2, rue de la Liberté
93526 Saint-Denis cedex
France

Monique Thurin

Psychologue clinicienne. Docteure en Sciences du langage, CESP/Inserm, U 1018. Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. École de Psychosomatique.

9, rue Brantome
75003 Paris
France

Jean-Michel Thurin

Psychiatre. Psychanalyste. Docteur en Sciences cognitives. Coordinateur du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques, CESP, Inserm 1018. École de Psychosomatique.

9, rue Brantome
75003 Paris
France

Référence électronique

Nicolas Juskewycz, Farid Dafri, François Journet, Magali Molinié, Monique Thurin & Jean-Michel Thurin, « Le cas de Max, Ce que nous apprend la recherche sur la psychothérapie d'orientation psychanalytique en milieu naturel d'un patient borderline », *Research in Psychoanalysis* [En ligne], 26|2018/2, mis en ligne le 28 décembre 2018.

Texte intégral

Droits d'auteur

Tous droits réservés

Déclaration de conflits d'intérêt

Nicolas Juskewycz déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt en lien avec le texte publié.

Farid Dafri déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt en lien avec le texte publié.

François Journet déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt en lien avec le texte publié.

Magali Molinié déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt en lien avec le texte publié.

Monique Thurin déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt en lien avec le texte publié.

Jean-Michel Thurin déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt en lien avec le texte publié.

I – Introduction

De plus en plus de patients viennent consulter en ambulatoire pour des troubles psychiatriques complexes. Ce terme s'applique à des troubles qui peuvent ne pas avoir une cause unique mais impliquer une ou de multiples chaînes causales. Ces chaînes peuvent elles-mêmes comprendre des facteurs de risque génétiques, environnementaux, sociaux, biologiques. L'effet d'un facteur de risque ne peut être totalement compris que dans le contexte de tous les autres. Une attention insuffisante a longtemps été portée pour aider à la fois le chercheur en clinique et le clinicien à s'approprier les outils méthodologiques pour fournir cette information (Kraemer *et al.*, 2001). Parmi ces troubles, les troubles de la personnalité borderline (TPB) tiennent une place importante. Dans la population américaine, la prévalence du TPB est estimée à 6,4 % dans les échantillons de médecine générale et de 10 à 23 % dans la population consultant pour des problèmes de santé mentale (Caihol *et al.*, 2015). La prise en charge de ces patients est difficile. De nombreux patients sortent du traitement, régressent au cours du traitement et engendrent de fortes réactions de contre-transfert chez ceux qui tentent de les aider (Zanarini, 2009).

L'efficacité générale des traitements *bonafide* a été démontrée. Les objectifs de la recherche sont aujourd'hui de mieux connaître pourquoi, comment et dans quelles conditions une psychothérapie est efficace (Kazdin, 2001), notamment en conditions naturelles (Kramer *et al.*, 2015). La revue de B. Reeves-Dudley insiste sur le nombre de facteurs qui contribuent potentiellement aux résultats des psychothérapies psychodynamiques et cognitivo-comportementales du TPB. L'hétérogénéité de la cause porte sur des facteurs tels que l'histoire familiale de la maladie émotionnelle ; les complications à la naissance ; l'abus précoce verbal, physique ou sexuel ; l'intelligence ; le talent ; l'apparence physique ; les traits accompagnant d'autres troubles de la personnalité ; le statut socio économique et les différences socioculturelles. La littérature ne conclut pas sur la meilleure façon de soigner les patients TPB. Une recherche prenant en compte l'orientation du processus et le rôle du patient dans l'amélioration de son fonctionnement et le large rôle joué par la relation professionnelle entre le patient et le thérapeute.

Dans cet article, nous examinons :

- Sur quels critères et comment se prend la décision et s'engage une prise en charge psychothérapique ;
- Comment le thérapeute peut évaluer le travail qu'il fait avec son patient [autrement que sur un mode purement intuitif] ;
- S'il est possible d'évaluer le processus de changement d'un cas complexe suivi en conditions naturelles et jusqu'à quel niveau ;

Cet article commence à répondre à ces questions à partir de l'initiation et de la première année de psychothérapie de Max.

II – Méthode du réseau de recherche

1. Le patient

Contexte de l'inclusion du patient dans le Réseau

Max est un « patient difficile » au sens de Green (1990).¹ Il est suivi en pratique libérale par un psychiatre. La dégradation brutale de son état clinique, son exclusion, amènent le psychiatre à ajuster son intervention et à lui proposer une psychothérapie qui sera évaluée dans le cadre du *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques*, selon sa méthodologie. Le patient a donné son consentement pour participer à l'étude. À partir d'un protocole précis, établi sur une année de

psychothérapie, un groupe de pairs constitué de trois thérapeutes, dont celui de Max, procède à une évaluation.

À la suite de cette année d'évaluation, et depuis plus de deux ans, sept cliniciens-chercheurs ont souhaité approfondir le processus de la psychothérapie de Max afin d'examiner la *dimension probante* de cette étude de cas particulièrement complexe.

Description du patient

Max est âgé de 48 ans au début de l'évaluation. Il est le sixième d'une fratrie de huit enfants. Sa mère est fille unique, son père a onze frères et sœurs. Le milieu familial est socialement défavorisé. Max décrit un fonctionnement familial chaotique et une enfance douloureuse avec des dysfonctionnements relationnels avec ses parents (mère perçue comme dominatrice et alcoolisme du père). À onze ans, alors qu'il est en échec scolaire, il est envoyé dans un internat où il est agressé sexuellement durant plusieurs années par un adolescent plus âgé.

À l'âge adulte, il vit de petits boulots avec des périodes d'errance, se qualifiant alors de « sans domicile fixe ». Malmené pendant son service militaire, se déplaçant de ville en ville, il finit par se faire une place dans une société de transports en commun dans une ville située à une cinquantaine de kilomètres de son village natal. Il y est apprécié. Il est motard, il aime « faire la fête » et parler fort. Il est consommateur de drogues et d'alcool. Il est le marginal du groupe, épatant les autres par son originalité et ses conduites à risque. Il a un ami, homosexuel comme lui, avec lequel il entretient une relation à peu près stable, même s'ils habitent à cent kilomètres l'un de l'autre.

2. Le thérapeute

Le thérapeute est âgé de 61 ans. Il est psychiatre, pédopsychiatre, psychothérapeute et psychanalyste. Il ne prescrit pas, ce qui implique un travail d'équipe avec un médecin traitant. Ses priorités sont la qualité de la rencontre et que le patient se sente compris. Ses références théoriques associent Freud, Winnicott, Anzieu, Green et quelques autres...

Du fait de son expérience avec les enfants, il est particulièrement sensibilisé aux difficultés de symbolisation et à l'espace transitionnel à partir duquel on peut travailler avec un enfant, un adolescent... et un adulte.

3. Le traitement

Contexte de la demande et mise en place du traitement

Max est adressé une première fois au thérapeute par son médecin traitant pour une souffrance morale et des symptômes physiques douloureux (troubles intestinaux surtout) qu'il soigne sans succès depuis des années. Une première psychothérapie avec un autre thérapeute n'a rien donné. Il est reçu cinq fois à cette époque par son thérapeute actuel avant que lui soit proposée une psychothérapie de soutien, sans cadre fixe, en fonction de sa demande et des possibilités du thérapeute. L'idée est alors de maintenir son insertion socioprofessionnelle et de ne pas trop intervenir dans cette pathologie complexe. Ce soutien se poursuit pendant cinq ans au rythme de trois à cinq consultations par an. D'un commun accord, la thérapie est alors interrompue. Le patient ne donne plus de nouvelles pendant deux ans.

C'est alors que, pour la deuxième fois, son médecin traitant l'adresse au thérapeute qui le reçoit en urgence à son cabinet. Max est décompensé, son médecin traitant est épuisé et inquiet, il attend un avis pour une hospitalisation en milieu spécialisé. Le médecin de travail n'a pas de solution, le médecin conseil refuse tout versement d'indemnités journalières. Après deux mois occupés à travailler à la stabilisation de tous, à recevoir Max plusieurs fois par semaine, à lui obtenir une réouverture de ses

droits socio-financiers, le thérapeute lui propose une psychothérapie. Le thérapeute s'étant préoccupé de la réalité externe tout en étant attentif à la réalité interne de son patient, la psychothérapie peut commencer. Max donne son accord pour entrer dans le protocole de recherche.

4. Protocole d'évaluation qualitative et quantitative

a) La formulation de cas : état du patient avant la mise en place du traitement

Outre les éléments présentés antérieurement, une formulation de cas est établie pour décrire les éléments psychopathologiques au début de l'évaluation (Thurin *et al.*, 2016).

b) Mesures de résultats

1. Échelle Santé Maladie (ESM)

L'Échelle d'évaluation Santé-Maladie (*Health-Sickness Rating Scale*, (Luborsky, 1975), a été conçue pour permettre au clinicien d'établir un indice de santé de son patient, d'un point de vue global et à partir de sept dimensions : 1. Estimation globale Santé-Maladie ; 2. Capacité d'autonomie ; 3. Gravité des symptômes ; 4. Malaise subjectif ; 5. Effets sur l'entourage ; 6. Utilisation des capacités ; 7. Relations interpersonnelles ; 8. Sources d'intérêts. Une table de correspondance des degrés de l'échelle, avec les grands cadres nosologiques, complète cette aide à la cotation.

Trente quatre descriptions de « cas types » (16 hommes et 18 femmes) représentant une variété de diagnostics complètent l'approche dimensionnelle. Elles permettent d'attribuer globalement un score santé-maladie au patient (de 100 à 0), à partir de ses symptômes et de son fonctionnement par une mise en relation de ressemblance du cas avec l'une des vignettes cliniques.

Les deux évaluations dimensionnelles et globales isomorphes conduisent à un score quali-quantitatif. Au cours des différentes évaluations, la cotation des différentes dimensions de fonctionnement permet au clinicien de réajuster éventuellement la prise en charge en constatant celles qui évoluent positivement, celles qui stagnent et celles qui ne bougent pas voire se dégradent.

2. Échelles de fonctionnement psychodynamique (EFP)

Les Échelles de Fonctionnement Psychodynamique (*Psychodynamic Functioning Scales (PFS)*, Hoglend *et al.*, 1997) permettent une appréciation fine du fonctionnement dans les registres interpersonnels, de la relation à la réalité et de l'expression des affects. Elles appréhendent donc le sujet en interaction. Il s'agit d'un instrument qui répond bien à l'appréciation clinique psychodynamique.

Le contexte d'utilisation de ces échelles est une analyse du corpus des entretiens explorant six dimensions : 1. Qualité des relations familiales ; 2. Qualité des relations amicales ; 3. Relations sentimentales/sexuelles ; 4. Tolérance affective, 5. *Insight*, 6. Résolution de problème, affirmation et capacité d'adaptation.

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

c) Mesures de processus

Le Psychotherapy Process Q-set

Le Psychotherapy Process Q-set (PQS) (Jones, 2000) décrit le processus interne de la psychothérapie. Il évalue la dynamique qui se crée entre les acteurs de la thérapie, le patient, le thérapeute et leur interaction. Le patient est appréhendé dans son fonctionnement, son discours, ses mouvements émotionnels. Le thérapeute l'est dans ses actions thérapeutiques, son style et ses attitudes. L'instrument, est panthéorique², constitué de 100 énoncés. Chaque énoncé est conçu pour être observable. L'évaluation se fait à partir des séances entières au cours du processus de la psychothérapie prises à des temps précisés par la méthodologie (2, 6 et 12 mois).

5. Procédure

Le contexte de cette évaluation est une étude intensive de cas qui est décrite dans la figure 1. Elle est menée à partir de quatre temps sur une année (T0, 2 mois, 6 mois et 12 mois). Les séances retenues pour l'évaluation sont transcrites et transmises par le clinicien aux membres du groupe de pairs. Chaque membre du groupe de pairs établit un premier repérage clinique (diagnostic, objectifs généraux, stratégie initiale (DOS)). Il s'agit de faire des hypothèses diagnostiques à partir des éléments pathologiques les plus significatifs, les objectifs généraux envisageables pour cette psychothérapie et la stratégie initiale pour y parvenir.

– Le premier temps est celui de l'évaluation de départ avec la *Formulation de cas* et l'*Échelle Santé-Maladie*.

– Le second temps, à 2 mois, introduit les premiers repères de la thérapie à partir de l'approche du thérapeute, du début de l'engagement du patient et des éléments de son fonctionnement à partir des *Échelles de Fonctionnement Psychodynamique* et du *Psychotherapy Process Q-set*.

– Le troisième temps, à six mois, poursuit l'évaluation de l'évolution (EFP, PQS).

– Le quatrième temps, à douze mois, permet une description approfondie du processus psychothérapique et de l'évolution des fonctionnements du patient (EFP, PQS, ESM). Une seconde formulation de cas complète les éléments précédents et permet une comparaison avec la formulation de cas initiale.

Les évaluations sont réalisées par trois cliniciens (dont le thérapeute), réunis en groupe de pairs. Chaque clinicien fait l'évaluation individuellement pour chacune des séances prises en compte avec les instruments décrits. La cotation finale ne se fait pas à partir de la moyenne des cotations réalisées par chaque thérapeute. Pour l'établir à chacun des instruments, le groupe de pairs valide au cours d'une discussion clinique les cotations réalisées par chacun de ses membres. Le trépied de cette évaluation repose sur les données cliniques transcrites et transmises par le thérapeute à chaque membre du groupe de pairs, sur leur expertise clinique et psychopathologique concernant le type de patient évalué et leur connaissance théorique et pratique de l'instrument d'évaluation.

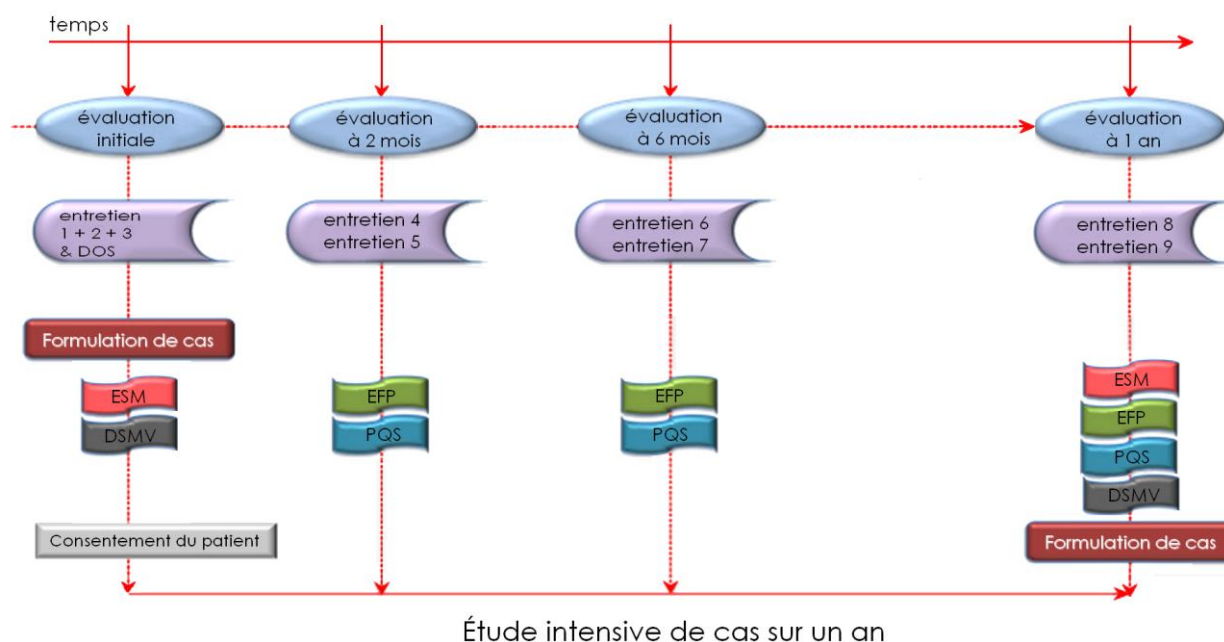


Figure 1. Protocole de l'étude intensive de cas sur un an

Légende de la figure 1 : **DOS** = Diagnostic, objectifs généraux, stratégie initiale ; **ESM** : Échelle Santé-Maladie ; **EFP** = Échelles de Fonctionnement Psychodynamique ; **PQS** = Psychotherapy Process Q-set.

III – Résultats

1. Les formulations de cas

A. Les éléments composant la première formulation de cas sont résumés ci-dessous suivant cinq points

1. Problèmes présentés par le patient et leur place dans le contexte de sa vie actuelle, de son histoire et de son développement :

- Les éléments précipitants : une cure chirurgicale de hernie discale et un « sevrage forcé ».
- L'étendue et la qualité de ses relations interpersonnelles : il est assez isolé mais a un ami ; il a une dépendance imprégnée d'un très grand masochisme devenant vite persécutif.
- Les traits prédisposant les plus significatifs de l'histoire personnelle : famille chaotique, modèle d'attachement chaotique, abus sexuel prolongé dans une situation forcée à l'agresseur.
- Les symptômes et comportements les plus manifestes : un état dépressif avec « idées noires », une angoisse importante, une anhédonie, un dégoût de son corps et une tonalité persécutive... évoquant une détresse à forme mélancolique, un effondrement avec sentiment d'impuissance. S'y associent des symptômes psychosomatiques et une toxicomanie.

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

Aucun.

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

- Conflit(s) psychique(s) : a) Entre un Moi faible et une dépendance importante ; b) Entre des pulsions débordantes et envahissantes et un Moi faible aux défenses archaïques ; c) Entre les deux parties du Moi avec clivage entre l'agresseur introjecté et le Moi « victimaire ».

Les éléments suivants sont à signaler :

- Aspects familiaux : chaos.
- Aspects développementaux : a) Imagos instables (question du chaos) ; b) sentiment d'identité mal définie, non intégrée ; c) pas de triangulation œdipienne, fixation à un stade archaïque pré-œdipien.
- Fonctionnement : relations interpersonnelles sur un mode masochiste, volontiers persécutif et dépendant. Mécanismes de défense et d'ajustement : a) Idéalisation ; b) Peu d'accès au refoulement ; c) Évitement (évitement de tout ce qui est intense, qui le déborde, du non symbolisable) ; d) Clivage ; e) Incorporation de l'agresseur et position partielle de passivité (c'est-à-dire : quelqu'un d'introjecté, l'agresseur, qui lui fait mal tout le temps).
- Insight : désespérément pauvre.
- Contenance et expression affective : détresse et quête affective effrénée.
- Éléments favorables : a) Respect du cadre et quelque chose de l'ordre d'un engagement du côté du patient ; b) Le groupe de pairs du côté du thérapeute.
- Éléments repérés comme manquant : pas de construction psychique.³

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

L'objectif général est la construction d'un espace subjectif ouvrant aux processus de symbolisation. Les objectifs intermédiaires sont la mise en place d'un cadre ritualisé pour construire un espace transitionnel. Cet espace transitionnel permettra une relation un peu moins totalitaire à l'objet. La stratégie est l'étayage, l'historicisation, l'apport de sens.

B. Comment cette formulation de cas évolue-t-elle à un an de l'évaluation ?

Suivant l'Échelle Globale de fonctionnement (axe V du DSM IV), le diagnostic d'évolution est passé d'une *déficience majeure* (35) de certaines fonctions, relations familiales, relations sociales, autonomie, humeur avec troubles dépressifs majeurs, etc. à *une altération importante* (45) des dites fonctions. Plus précisément, la formulation de cas à un an souligne les éléments suivants :

Les symptômes et comportements les plus manifestes (angoisse et état dépressif) sont moins prégnants. Ils se situent plutôt dans la plainte que dans la détresse.

Les relations interpersonnelles sont améliorées dans leur étendue et leur qualité : d'une dépendance imprégnée d'un très grand masochisme devenant vite persécutif, on assiste à un réaménagement des relations familiales et à un investissement des relations de voisinage se situant davantage sur un mode plaintif, voire ambivalent que persécutif. Quelque chose se construit du côté de l'identification à la voisine⁴; il n'est plus le jouet de l'autre et commence à s'opposer, à s'affirmer, à être un peu plus lui-même. Il n'est plus dans cette détresse qui lui faisait accepter n'importe quoi.

Les aspect familiaux : les relations familiales intersubjectives sont réaménagées. Cette évolution fait écho à une ébauche d'aménagement intrasubjectif de quelques repères du côté de la filiation.

Les éléments favorables : du côté du patient, respect du cadre et d'une sorte d'engagement ; du côté du thérapeute, les cotations et le travail en groupe de pairs permettent de mieux repérer les processus de changement et de matérialiser la progression dans une thérapie qui s'annonce longue.

Un facteur de contexte important a été de recevoir à nouveau des indemnités journalières puis d'être en invalidité. Ce qui lui a fourni un statut social.

En première analyse de ces éléments de formulation de cas à un an, on peut avancer que l'enveloppe du dispositif thérapeutique et l'espace transitionnel (au sens de Winnicott) lui ont permis de commencer à se construire. L'écueil à éviter est de trop en faire, ce qui exacerberait le masochisme.

Ce qui évolue chez Max, c'est sa position subjective. Il se sent moins persécuté, il s'ouvre vers l'extérieur (voisinage), accepte mieux les quelques contacts familiaux, sourit en mettant à l'épreuve son thérapeute au moment de la construction de la feuille de soin électronique, s'autorise à lui lancer des phrases du genre : « Il faut bien vous laisser du travail pour le week-end ! »

C'est la qualité du discours sur un mode plus associatif, les actes de jeu, la mise à l'épreuve du thérapeute-qui-est toujours-là ... toute une série d'ébauches de symbolisation, de construction du sujet qui sont à l'œuvre. Le Moi de Max gagne en consistance, mais reste profondément marqué par l'expérience précoce. Freud (2010), en juin 1938, écrit une petite note qui fait écho à notre travail : « Pour ce qui est des expériences vécues... les diverses *réactions* se conservent... Explication : faiblesse de la synthèse, conservation du caractère des processus primaires ». Cette explication se retrouve aujourd'hui dans les recherches en neurosciences sur les mémoires développementales et traumatiques. Une autre façon de l'écrire est d'emprunter les propos d'Alejandro Rojas-Urrego (2015) : « Le moi est incapable d'intégrer quelque chose ».

Le travail avec Max ne fait que commencer !

2. Les résultats centrés sur le patient : ESM - EFP

Ils sont obtenus à partir des deux instruments décrits plus haut, l'*Échelle santé-maladie* et les *Échelles de Fonctionnement Psychodynamique*.

Comme nous l'avons vu lors de leur présentation, les deux instruments évaluent des dimensions de la personne. Les cotations de chaque dimension se situent entre 0 et 100, 0 étant le plus grave. Pour les EFP « 0 » correspond au fait qu'elles ne sont pas applicables au cas évalué.

| Échelle Santé-Maladie | | | | Échelles de Fonctionnement Psychodynamique | | | |
|-------------------------------------|-------|--------|-------|---|-------|--------|-------|
| | Début | 6 mois | Un an | | Début | 6 mois | Un an |
| 1. Estimation Globale Santé-Maladie | 35 | 35 | 40 | 1. Qualité des relations familiales | 30 | 30 | 45 |
| 2. Capacité d'autonomie | 30 | 30 | 35 | 2. Qualité des relations amicales | 30 | 30 | 40 |
| 3. Gravité des symptômes | 32 | 30 | 35 | 3. Relations sentimentales/sexuelles | 35 | 30 | 40 |
| 4. Malaise Subjectif | 30 | 30 | 40 | 4. Tolérance aux affects | 25 | 30 | 45 |
| 5. Effets sur l'entourage | 45 | 40 | 45 | 5. Insight | 35 | 40 | 45 |
| 6. Utilisation des capacités | 35 | 35 | 45 | 6. Résolution de problèmes et capacité d'adaptation | 30 | 30 | 40 |
| 7. Relations interpersonnelles | 30 | 30 | 40 | | | | |
| 8. Sources d'intérêt | 40 | 40 | 50 | | | | |

Tableau 1. Cotations ESM et EFP au cours de l'année de psychothérapie évaluée

Les résultats aux deux échelles montrent une évolution longitudinale positive à chacune des dimensions de 5 à 10 points.

L'Estimation globale à l'Échelle santé-maladie est à 40 après une année de psychothérapie. C'est dire que le patient reste dans un contexte grave de *maladie*.

Les cotations dans le cadre des *Échelles de Fonctionnement Psychodynamique* évoluent également positivement. Les scores reflètent un fonctionnement difficile de Max dans les différentes dimensions de sa vie. Cependant, nous constatons deux dimensions qui ont particulièrement évolué : Qualité des relations familiales (15 points) et Tolérance aux affects (20 points). Ce qui n'est pas rien !

Ce que nous apportent les chiffres (cotations) à ces deux instruments, c'est une *tendance* de ce patient à une amélioration au niveau de sa pathologie (indice de gravité) et de ses fonctionnements. Plusieurs questions se posent alors : « Qu'est-ce qui permet à ce patient d'évoluer ? » « Le processus de la psychothérapie évalué par le PQS peut-il apporter des réponses ? ». C'est ce que nous allons voir maintenant.

3. Résultats centrés sur le processus

a) L'évaluation comparée du groupe de pairs

Pour rendre compte du *fonctionnement du groupe de pairs*, nous prendrons l'exemple de l'évaluation comparée des pairs à l'instrument de processus (PQS) à 12 mois.

– Pour 82 énoncés sur les 100 proposés, il y a convergence des cotations, c'est-à-dire que chacun des cotateurs a évalué et coté à 1 point près (+ ou –) par rapport à ses pairs.

– Pour 18 énoncés, il y a divergence. 7 énoncés sont cotés par 2 pairs de façon identique, après discussion et retour aux données, le troisième cotateur approuvera la cotation. Sur les 11 autres énoncés, l'avis du thérapeute est retenu quatre fois comme faisant consensus, l'avis d'un des autres pairs fait consensus sept fois.

Cela indique que chacun des pairs s'est construit une représentation de la situation clinique, celle de Max-et-son-thérapeute, lui permettant de répondre à 100 énoncés de façon suffisamment proche. Plus que de fidélité inter-juge, il faut parler de convergence de représentation, compréhension et d'évaluation chiffrée (ou cotation).

Le consensus n'est pas le fait d'un leader dans le groupe de pairs. Le groupe de pairs fonctionne en *tiércité* par rapport à la dyade clinique patient-thérapeute. La cotation chiffrée (de -4 à +4), le consensus et le tri forcé s'inscrivent également dans cette *dimension tierce*.

Dans ce prolongement la fonction tierce est un des facteurs qui permet l'évolution de la dyade Max-thérapeute. Nous présentons cette dyade intersubjective comme un système dynamique dont les différents composants sont plus ou moins actifs et efficaces suivant les moments (figure 2 a,b,c,d).

- Le premier « temps » est celui de la rencontre patient-thérapeute dans la psychothérapie en cours.
 - Le deuxième « temps » cerne le patient dans sa personnalité, son histoire et ses relations, notamment avec son médecin traitant et son thérapeute.
 - Le troisième « temps » caractérise le thérapeute : sa formation, son expérience, sa personnalité ; ses liens avec le médecin traitant. Ses liens de travail avec le groupe de pairs mettant en tension cette dimension tierce, ses liens de travail avec le groupe du séminaire tendant encore plus cette *tiércité*.
- Si le « temps » un et le temps deux déplient la relation thérapeutique plutôt du côté de l'immédiateté, de l'imaginaire avec le risque d'une collusion patient-thérapeute, le temps trois amène déjà une dimension tierce, préservant le dispositif thérapeutique.
- Le quatrième temps représente la place de la réalité interne du thérapeute et celle de Max, avec leur croisement et les effets induits sur l'un comme sur l'autre.

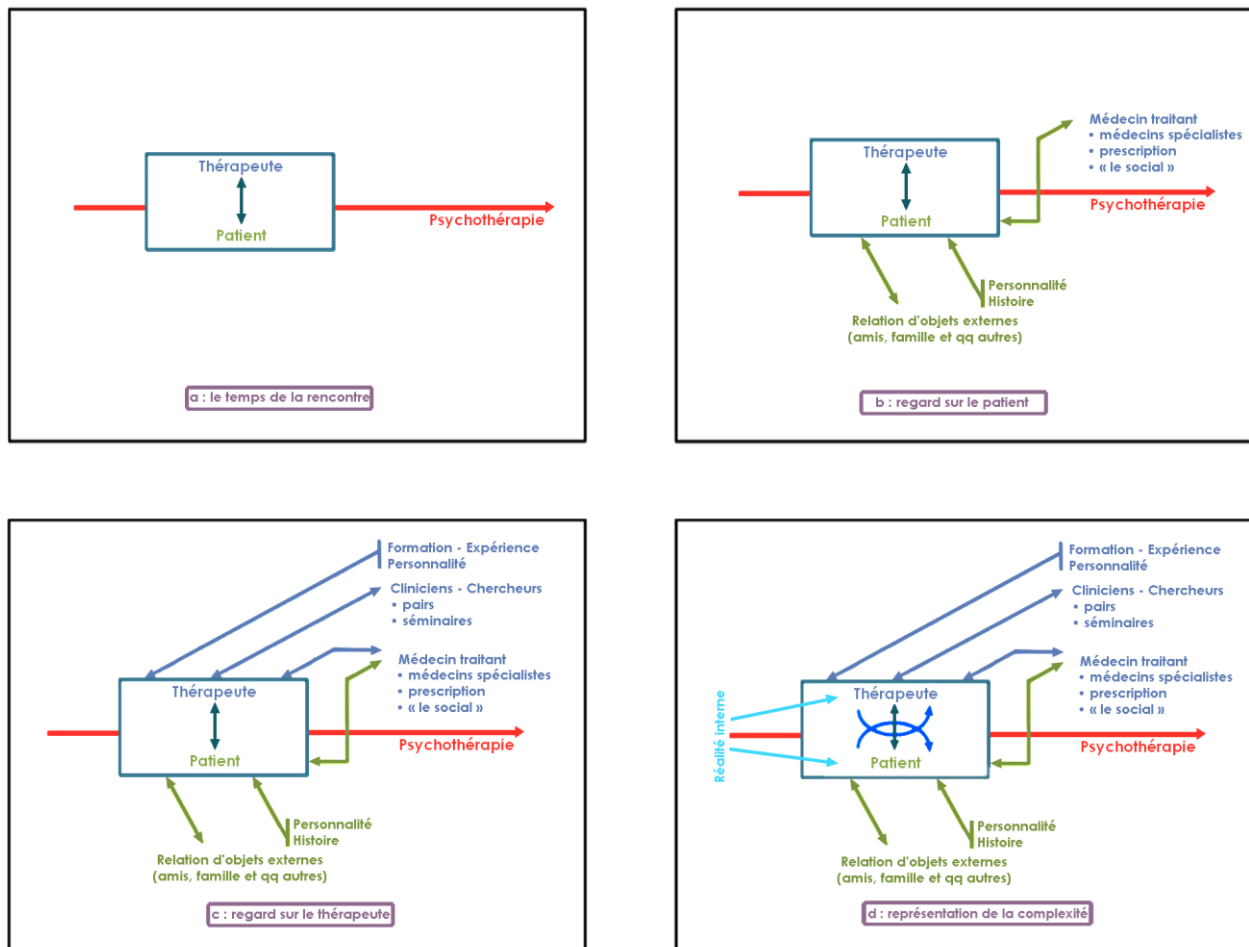


Figure 2 : Dyade intersubjective

Nous avons là, une représentation de la complexité des facteurs en inter-réactions dans la psychothérapie. Les outils d'évaluation du processus nous permettrons d'en saisir quelques éléments.

b) Appropriation du cadre par le patient et de l'étayage relationnel ajusté du thérapeute

Nous proposons ici une analyse thématique à partir des résultats au PQS concernant le cadre de la psychothérapie et la relation patient - psychothérapeute. Il s'agit de deux axes stratégiques importants rapportés à l'issue de la formulation de cas. Comment le patient s'approprie-t-il le cadre psychothérapeutique et comment le psychothérapeute s'ajuste-t-il à son patient dans l'étayage qu'il lui propose ? Ces deux éléments sont d'autant plus importants qu'au cours de cette première année de psychothérapie, ils conditionnent le déploiement du processus psychothérapeutique.

Pour rendre compte objectivement de l'appropriation du cadre par le patient et de la nature de l'étayage relationnel proposé, les chercheurs se sont collégialement entendus sur la pertinence des énoncés du PQS à renvoyer à ces deux axes d'analyse. Pour le cadre de la psychothérapie ce sont les énoncés 4, 15, 20, 25, 38, 57, 72⁵ qui sont retenus ; pour la relation psychothérapeutique, ce sont les énoncés 3, 18, 96, 37, 51, 16, 77, 45, 21, 24.

Pour améliorer la lisibilité de ce compte-rendu et passer des données numériques aux « éléments cliniques », les résultats aux énoncés seront insérés dans le texte dans une formulation condensée suivis du numéro de l'énoncé entre parenthèses. Nous articulerons également ces énoncés les uns aux autres autour de nos deux axes thématiques afin d'en rendre compte de manière dynamique et cohérente.

Appropriation du cadre par le patient

Le patient est plutôt actif et amorce des thèmes (Q15), il ne semble pas éprouver trop de difficultés pour commencer les séances (Q25). Cela semble traduire son engagement et son implication dans l'initialisation de la parole dans la psychothérapie.

Proposer des thèmes et des idées spontanément, en libre association, et les explorer pendant les séances constitue le déroulement habituel d'une psychothérapie psychodynamique.

La discussion quant aux buts du traitement (Q4), de même que la *compréhension par le patient* concernant la nature du travail et les changements attendus (Q72), ne semblent pas être des éléments caractéristiques au cours de cette première année.

La manière dont le thérapeute a contractualisé le cadre avec le patient lors des premières séances a pu répondre suffisamment à ces points. Cependant, le fait que le thérapeute ne semble pas expliciter sa technique (Q57) et ne propose jamais d'activité ou de tâche à réaliser en dehors des séances (Q38), suggère que cette première phase de la thérapie se présente avant tout comme une expérience à vivre. Et, pour l'instant, cette expérience relationnelle ne semble pas vécue de manière particulièrement conflictuelle (Q20).

À la lumière de ces éléments nous pourrions dire que le cadre proposé par le thérapeute semble cohérent avec les capacités du patient à se l'approprier. Pour notre patient, très instable sur le plan relationnel, l'installation dans de bonnes conditions d'un transfert de base sur le cadre, nous semble primordial. Elle relève déjà d'un but en soi.

Nous avons proposé dans notre formulation de cas l'hypothèse selon laquelle, au cours du début de la psychothérapie, un cadre stable, permanent, cohérent et contenant pourrait être intériorisé par le patient afin de consolider, soutenir, voire réaménager son propre cadre interne défaillant. Mais, pour que ce cadre soit vivant et potentiellement capable de symboliser et transformer le vécu du patient (élaboration psychique), il doit également être intériorisé dans sa dimension plus dynamique, incluant le lien avec le psychothérapeute et l'efficacité du cadre interne de celui-ci.

Comment le thérapeute travaille-t-il ? Un étayage relationnel ajusté

Lorsque le thérapeute intervient, c'est avant tout pour faciliter la parole (Q3). Aussi il ne peut que transmettre une approbation sans jugement (Q18). Le plus important au cours de cette année semble être la libération de la parole plutôt que la hiérarchisation des idées et des valeurs. Il se montre ainsi réceptif et impliqué affectivement (Q9) et particulièrement empathique, à l'écoute et sensible aux sentiments du patient (Q6).

Le psychothérapeute ne se présente pas de manière professorale tel un guide pour le patient (Q37), et encore moins de manière hautaine, le traitant de manière condescendante (Q51). Ce qui caractérise son attitude est bien au contraire le soutien et ceci de manière très nette (Q45).

Associé aux éléments précédents (implication affective, sensibilité), ce soutien disponible de manière prévisible et cohérente peut constituer, pour notre patient, à la lumière de son histoire d'attachement chaotique, une expérience inédite.

Évidemment pour que cette proximité possède les mêmes qualités que celles d'une relation à « une mère suffisamment bonne » (ou figure d'attachement secure), elle doit se prémunir d'un possible empiètement intrusif de la part du psychothérapeute. Sur ce point, le thérapeute a offert au cours de cette année des garanties : il ne se dévoile pas ; il ne parle ni ne révèle quelque chose de personnel en dehors de son implication soutenue (Q21).

En outre, les propres conflits émotionnels du thérapeute ne s'imposent pas dans la relation thérapeutique (Q24). Cela renvoie au travail psychique personnel continu du psychothérapeute (analyse transféro-contre transférentielle) indispensable et très précieux dans ce type de psychothérapie avec ce type de patients.

Cette implication sensible du thérapeute ne semble pas être constituée par sa seule motivation et son engagement. Elle caractérise le style relationnel dans la psychothérapie, tout autant qu'elle en constitue un élément technique. Ainsi, favorise-t-elle sans doute l'exercice d'une fonction interprétative de base : une tentative de traduction de l'éprouvé corporel, de l'affect (moi auxiliaire, soutien à la symbolisation). Sur ce dernier point, le fait qu'au cours des séances la discussion se focalise fréquemment sur les fonctions corporelles et symptômes physiques ou la santé (Q16) participe à ce mouvement. Nous sommes proches de l'attitude que Winnicott a décrite et nommée « *préoccupation maternelle primaire* » qui, appliquée à la psychothérapie de notre patient atteint par des troubles somatiques, psychosomatiques et capable de passage à l'acte, peut se révéler plus que nécessaire.

Enfin, la synthèse de ces différents éléments du côté du psychothérapeute se retrouve dans son tact important à l'égard de son patient (Q77).

Le mot tact qui renvoie au toucher, à un ajustement du contact, ni distant ni intrusif, pourrait revêtir également une dimension « tactique » au cours de cette phase de la psychothérapie où le psychothérapeute a choisi de se présenter avant tout comme un moi auxiliaire pour son patient. Que le psychothérapeute puisse s'intéresser avec tact au fonctionnement psychique de son patient (aussi bien aux idées et aux représentations qu'à ses éprouvés et affects) peut modéliser quelque chose pour son patient. Cela peut l'amener, par identification, à en faire de même en renforçant ainsi son moi. Ainsi, faire preuve de tact envers soi-même, ne serait-ce pas en quelque sorte se méfier des jugements et comportements précipités à son égard et à l'égard des autres, ne serait-ce pas tenter de symboliser le plus justement ce que l'on vit, le rendre intelligible, le partager et l'élaborer afin de retrouver un début de cohérence et de stabilité intérieure ?

Concernant l'idée de renoncer à trop interpréter au début, au profit de l'établissement d'une relation de qualité, citons Gelso et Carter (1985) : « Tant que le thérapeute n'est pas vu ou perçu ou senti par le patient comme réellement en contact (*in touch*) avec sa détresse, la valeur de l'interprétation risque d'être diminuée. »

Historicisation et apport de sens

Le patient s'inscrit dans une mise en récit de sa vie. Il évoque à la fois son présent : la situation récente ou actuelle de la vie du patient sont un sujet de discussion (Q69) et son passé : son histoire, les souvenirs ou reconstruction de la petite enfance sont sujets de discussion (Q91).

Cette activité de narration est cruciale dans le processus d'historicisation (entendu ici comme la quête du sens de sa propre histoire pour en devenir le sujet).

Cependant, le PQS renseigne peu sur la nature du lien qui peut être fait entre le passé et le présent. Tout au plus, savons-nous qu'au début de la psychothérapie, les sentiments ou perceptions du patient qui étaient corrélés à des situations ou des comportements du passé, le sont moins à un an (Q92).

Quelle place occupe le psychothérapeute dans ce processus d'historicisation par le patient ?

Le PQS nous révèle que le thérapeute n'établit pas de liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations (Q100). D'ailleurs, la relation thérapeutique ne semble pas être un thème central de la discussion (Q98). Ainsi le thérapeute ne semble pas avoir le souci d'interpréter ce qui, de l'histoire du patient, pourrait s'actualiser dans l'ici et maintenant de la relation thérapeutique.

« L'apport de sens » par le thérapeute n'est donc pas interprétatif dans le sens de révéler un contenu latent. Il ne cherche pas à tout prix l'élucidation : il ne reformule pas le comportement du patient sur un mode qui n'était pas explicité auparavant (Q82). Il ne semble pas non plus présenter l'expérience ou un événement dans une perspective différente (Q80). Il formule peu d'interprétations se référant à des personnes réelles de la vie du patient (Q40). Tout au plus, il identifie un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite du patient (Q62).

D'une manière générale, il ne force pas le sens. Le thérapeute ne semble pas vouloir exercer d'influence directive envers son patient. Le PQS rend compte de cela au niveau des représentations et des affects.

Au niveau des représentations, la discussion ne se centre pas sur des thèmes cognitifs, par exemple, sur des idées ou des systèmes de croyances (Q30). Le thérapeute ne suggère pas que le patient accepte la responsabilité de ses problèmes (Q76). Il ne suggère pas non plus le sens du comportement des autres (Q43). Le thérapeute est plutôt neutre, il ne conteste pas le point de vue du patient ni ne valide sa façon de voir (Q99). En cela, le patient n'a pas à se positionner pour rejeter ou accepter les commentaires et les observations du thérapeute (Q42).

Au niveau de l'affect, le thérapeute ne semble pas vouloir mettre l'accent sur les sentiments du patient dans le but de l'aider à les vivre plus intensément (Q81). Ainsi, nous ne sommes pas surpris que le patient ne semble pas vivre d'expérience cathartique (Q60).

Les derniers énoncés dévoilent qu'en avançant dans cette première année de psychothérapie :

- le patient ne semble pas s'engager véritablement dans l'introspection ni explorer aisément ses pensées et sentiments internes (Q97) ;
- le thérapeute semble demander de moins en moins d'information ou d'élaboration (Q31) ; et le patient semble réaliser moins de nouvelle compréhension ou prise de conscience (Q32).

Malgré cela, le tout dernier énoncé 17 évoque que le thérapeute tend à exercer activement un contrôle sur l'interaction (par exemple en structurant ou en introduisant de nouveaux thèmes) (Q17). Comment comprendre cette apparente contradiction ?

À la lumière de ces résultats du PQS, nous pouvons identifier l'extrême prudence du psychothérapeute : il nous donne l'impression de marcher sur des œufs. Nous percevons également qu'il ne souhaite pas trop activer ou réactiver l'activité de mémoire chez son patient, comme si ce dernier pouvait avancer en terrain miné.

Nous comprenons ainsi que l'enjeu, à cette étape de la psychothérapie, n'est pas de favoriser l'apparition d'un contenu qui ferait sens mais d'agir bien en amont sur les conditions même de l'émergence d'un contenu supportable. Il est ainsi question pour le psychothérapeute de favoriser ce

travail d'historicisation sans provoquer chez son patient de vécu d'empiètement d'intrusion et de se mettre au diapason de ce qui peut être entendu de manière tolérable par le patient. Bref, en deux mots, l'action du thérapeute concourt avant tout à ne pas reproduire d'expérience de non sens qui pourrait rappeler une histoire éventuellement traumatique. Ainsi nous pourrions émettre l'hypothèse que ce qui peut apparaître comme une forme de prudence dans l'apport de sens par le thérapeute ainsi que la tentative prudente ou retenue d'historicisation du côté du patient est sans doute une démarche très active de sa part.

C'est ainsi que nous pourrions comprendre les derniers résultats mentionnés du PQS (Q97, Q31, Q32, Q17).

Ainsi le PQS, qui a contribué à la compréhension de l'investissement du cadre par le patient et le recours d'un étayage ajusté par le thérapeute, nous présente une certaine forme de prudence dans l'apport de sens et le processus d'historicisation.

IV – La recherche, pour aller plus loin dans l'élaboration de la compréhension de Max

Les deux schémas (1 et 2 : trouver-crée) ont été construits par le thérapeute en référence à Winnicott (2000).

Avec le schéma 1, le thérapeute reconstruit le protocole de la recherche dans une suite logique. Cette réélaboration et cette appropriation subjective lui permettent de faire évoluer son point de vue, son discernement (*Einsicht* dirait Freud) vers une extériorisation de sa position subjective.

Avec le schéma 2, le thérapeute précise un peu plus quelques fondamentaux de cette psychothérapie, notamment le cadre et sa position de thérapeute.

Le cadre, c'est cette rencontre clinique singulière de Max et de son thérapeute, dans un lieu fixe, à un horaire fixe. Cet espace-temps répétitif, dans un rythme d'une fois par semaine, scande l'espace de vie de la dyade. Ce cadre d'écoute est isolé, à part, et ritualisé. Le thérapeute est amené à se questionner sur les effets induits sur sa pensée par le patient, ou plutôt par ce qui se pense en lui, le thérapeute, et en lui, le patient. La fonction de dégagement du cadre lui-même, du travail en groupe de pairs puis en groupe de séminaire met sous tension une tiercéité qui s'impose à la dyade. L'analyse permanente du contre-transfert est aussi à l'origine du processus de changement dans la psychothérapie.

La position du thérapeute s'éclaircit. Son intuition ne le met pas à l'abri d'une fascination pour l'archaïque dans ces problématiques narcissiques et identitaires. L'intuition du thérapeute n'est pas à l'abri de ses points aveugles, points aveugles que Max n'arrête pas d'interpeller. Max projette beaucoup, le PQS en témoigne. Kernberg (2004) nous avertit à ce sujet : « 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 ».

La juste place du thérapeute pour travailler avec Max se situe dans ce *rapproché* d'avec le « Moi » du patient. L'énoncé Q45 du PQS nous oriente vers quelque chose du côté du soutien (coté très caractéristique à +4). De cette position de proximité, le thérapeute commente, interroge, aide son patient à prendre conscience, déconstruit les aspects insécurisants et pathogènes de son vécu, évoque une hypothèse en guise d'interprétation. Il s'agit de ne pas faire intrusion en lui. Le transfert négatif est interprété quand il se présente, le thérapeute n'interprète pas le transfert positif. Cette position est proche de ce que Maurice Bouvet (1967) appelle le « Moi-Auxiliaire ». C'est proche du sens de la lettre de Ferenczi à Freud (2000) du 15 janvier 1928 : « Cette empathie de l'analyste ne doit pas avoir lieu dans l'inconscient, mais dans le pré-conscient ». Cette empathie critique de proximité est la traduction de l'*Einfühlung*.

Une des hypothèses explicatives du cas de Max serait que quelque chose dans son histoire se répète, une explosion du cadre contenant, c'est-à-dire :

- celui qui le soutient, son corps, son squelette... avec pour conséquence la cure de sa hernie discale ;
- celui de l'école qui ne lui offre plus la sécurité suffisante ;
- celui de son milieu socio-professionnel-soignant (médecin généraliste, médecin du travail, médecin du contrôle médical...) qui n'assure plus sa sécurité ;
- celui de son milieu familial qui le rejette, et peut-être
- celui de son milieu intime (son ami qui assume tant bien que mal mais qui est à l'épreuve).

Cela évoque *l'agonie subjective primitive* en référence à Winnicott (2000). C'est ce cadre-là qu'il faut maintenir, pour éviter de rentrer dans cette répétition, pour parer et empêcher la réactualisation de cette expérience agonique. La place de thérapeute est à chercher de ce côté : contenir et ne pas se laisser emporter.

Max est d'abord suivi quelques années en psychothérapie de soutien, c'est-à-dire qu'il est venu de temps en temps parler de sa souffrance face au thérapeute, cet objet-thérapeute qui a servi de support de projection. À sa demande, le suivi a été arrêté. Le thérapeute pense qu'il était un objet partiel, ni bon, ni mauvais, ni idéalisé mais témoin de son vécu. Un objet partiel-dépotoir en référence à Meltzer (1971).

La thérapie psycho-dynamique place le thérapeute un peu plus proche de lui, ce qui l'impacte beaucoup plus, c'est *l'Infantile* en lui qui est mis à l'épreuve. Le thérapeute permet à Max de l'utiliser comme objet transitionnel, bon objet-partiel qui le nourrit, mauvais-objet partiel qui le frustre, mais ne le détruit pas. Pour utiliser une terminologie kleinienne, l'ambition de cette thérapie, c'est d'enrichir le processus de symbolisation, et lui permettre de passer d'une position schizo-paranoïde à une position dépressive.

V – Discussion

Dans cette partie, nous abordons l'intérêt de cette approche et insistons sur quelques points.

Pour répondre aux questions posées dans l'introduction ((1) critères d'une décision de psychothérapie, possibilité d'évaluer, (2) le travail thérapeutique, et (3) le processus de changement en psychothérapie en pratique habituelle), nous avons présenté un travail réalisé en plusieurs temps et à plusieurs niveaux : une évaluation de la psychothérapie de Max durant une année par un groupe de pairs et une réflexion sur cette évaluation par un groupe différent cherchant à préciser la valeur probante des données recueillies.

La partie IV a répondu à ces trois questions : partant des résultats obtenus dans cette évaluation de la psychothérapie de Max, ces résultats ont été discutés en lien à la théorie psychopathologique sous-jacente à la pratique du thérapeute impliqué. Ainsi a été proposée une explication à l'évolution favorable du patient : son cadre interne aurait été modifié en lien au cadre thérapeutique précisément mis en place. On a vu qu'il ne s'agissait pas, bien sûr, de l'instauration d'un cadre « statique » figé, mais d'un travail instituant une relation thérapeutique personnalisée et soucieux des aspects transféro-contre-transférentiels importants dans ce suivi en face à face.

Intérêt : témoignage d'une recherche en conditions naturelles

Au-delà (ou en deçà) de son objectif affiché, notre texte constitue un témoignage de l'expérience particulière que constitue une telle recherche en « conditions naturelles » comportant une évaluation (avec outils quantitatifs et qualitatifs) à laquelle participe le thérapeute (pas de double aveugle ici !), non seulement dans son groupe de pairs, mais aussi dans le séminaire ultérieur avec des « observateurs externes » ayant expérimenté eux-mêmes cette approche.

Il est difficile de comprendre, sans avoir pratiqué soi-même l'exercice, à quel point le chiffrage utilisé dans certains outils ne constitue pas une construction déconnectée de la réalité. Ce travail est basé sur le socle commun de la transcription des neuf entretiens enregistrés intégralement, relatant au mot près le dialogue (sans éluder les grognements des protagonistes). Ces entretiens sont lus et relus pour justifier les cotations individuelles, elles-mêmes reconsidérées pour aboutir au consensus ; cela implique des échanges au long cours constituant une « culture » du cas, construite au fil du temps et partagée par les pairs avant d'être ré-interrogée par le groupe final.

La précision des outils permet de comparer des cas complexes (ESM), d'affiner la perception de la dynamique psychologique du patient (EFP) et de l'interaction aux différents temps du suivi (PQS), ce qui conduit à de longues discussions cliniques. Le principe du tri forcé, qui caractérise le PQS, oblige à une cotation en deux temps pour chacune des deux étapes (individuelle puis groupale). Ce faisant, elle produit des résultats fort éloignés d'une cotation intuitive. Ainsi, cet outil paraît contribuer tout particulièrement à cet espace de données nouvelles créées collectivement par l'emploi des instruments, dont il a été dit qu'il constituait un espace tiers participant du cadre contenant. Notons que ces données « nouvelles » sont discutées et interprétées en lien avec les théories habituelles soutenant la pratique du thérapeute, donnant sens au processus en cours.

Les « conditions naturelles »

L'approche du cas de Max donne une place notable aux éléments de sa réalité « externe ». Loin d'une thérapie hors-sol protégée du réel, celle-ci est née à l'occasion d'une difficulté socio-professionnelle, impliquant des échanges avec des partenaires socio-médicaux et bénéficiant (ou pâtissant ?) du socle d'un suivi antérieur moins « cadré ». On se situe dans une réalité clinique de cabinet, bien éloignée du cas idéal d'un trouble isolé facile à définir auquel serait appliqué un « traitement standard ». Ici, avec un patient supposé peu apte à l'introspection (Cf. la délicate et centrale question de l'insight qui évolue au fil de la psychothérapie (Thurin *et al.*, 2016), le suivi peu spécifique antérieur, au lieu de nuire au changement relationnel, a autorisé un engagement fort dans un cadre plus « serré » devenu acceptable. Durant le suivi, les événements vécus, les problèmes somatiques, produisent des effets dont il est tenu compte, l'attention du thérapeute ne se limitant pas à l'intrapsychique que vise *in fine* la psychothérapie.

Une telle recherche nécessite un compromis entre un recueil de données suffisamment limitées pour rendre possible le travail, mais ne réduisant pas outre mesure la complexité du cas. L'équilibre trouvé ici se situe à un niveau assez élevé, impliquant un investissement important des pairs. La présence du thérapeute et la finesse de l'observation suscitent inévitablement des discussions psychodynamiques. Elles permettent d'aborder la richesse d'une relation thérapeutique investie et personnalisée, en relation avec un PQS a-spécifique.⁶ On voit comment le thérapeute soutient un patient aux défenses jugées archaïques, par son approche prudente mais obstinée, questionnant régulièrement les aspects transféro-contre-transférentiels.

Enfin ce travail, qui expose en détail la pratique personnelle du thérapeute, a paru échapper à toute logique normative, ce qui est bien sûr dans l'intérêt de sa rigueur.⁷

Peut-on cependant parler de « conditions naturelles » dans une telle étude de cas, quand le schéma réalisé par le thérapeute lui-même pour résumer le processus thérapeutique insiste sur l'effet contenant du groupe de pairs, puis, après la période évaluée, du travail en groupe du séminaire ? L'attention portée à un patient qui génère un tel travail et un tel investissement collectif et la probable attente groupale des effets du travail commun sur la psychothérapie, ne sont-elles pas un facteur important sinon déterminant ? Il est difficile de répondre sur cette difficulté inhérente à toute recherche impliquée n'éliminant pas la part subjective au cœur de ce travail. On peut avancer que la connaissance

de thérapies comparables⁸ donne une idée approximative de l'importance de ce facteur, dont l'existence, quels qu'en soient ses effets, ne modifie pas pour autant la compréhension du processus dans le contexte de ce dispositif particulier. D'autre part, les réflexions présentes, nourries d'autres situations en « conditions naturelles » et de théorisations diverses à leur propos, permettent de consolider l'approche théorique générale et seront probablement retrouvées par les thérapeutes. Enfin, il est probable, sinon certain, que ce travail (comme d'autres formes de soutien professionnel (supervision, intervision) produit également des effets sur la pratique thérapeutique générale qu'elle dynamise.

Valeur probante des données, originalité de la recherche

Cet article a déjà donné de nombreuses indications concernant la valeur probante des données : précision de la formulation de cas, méthodologie de la recherche dont les outils ont été réinterrogés et critiqués, rigueur dans leur application, atouts de l'approche collective, aller-retour entre les évaluations et les données initiales qui restent également disponibles à tous, confrontation des différents outils aux références théorico-cliniques du thérapeute...

Cette étude est centrée *sur le processus de soin* dans la thérapie d'un cas complexe (troubles de personnalité borderline, troubles traumatiques précoces, etc.).

Son originalité dans l'approche des psychothérapies psychodynamiques vient de l'usage de résultats obtenus par un protocole rigoureux croisant des outils (qualitatifs et quantitatifs, à caractère objectivant), au lieu de données exclusivement personnelles ou d'une évaluation ciblée par un outil unique. Cet apport « objectivant » n'élimine pas la singularité d'une relation thérapeutique (et humaine !), mais il donne une solidité à la base, sur laquelle s'établit la réflexion du thérapeute. Loin d'un travail paperassier visant à légitimer par une performance de résultat une pratique psychothérapique, il s'agit d'un travail de groupe autour d'un cas difficile, organisé autour du support complexe mais enrichissant de la recherche, dialoguant avec une théorie du psychisme faisant place à l'inconscient. Le résultat est un soutien au soin psychothérapique dont il consolide la cohérence.

Au cours des échanges inhérents au travail présenté, la présence du thérapeute est susceptible d'apporter un éclairage particulier par son appréciation impliquée, le sens qu'il peut donner à son expérience vécue, et également par l'intérêt qu'il a de comprendre mieux et de formaliser sa pratique.

L'originalité relativement aux recherches classiques est l'implication du thérapeute, à la fois dans la récolte et la construction de données qui le concernent directement et dans les différentes étapes de la recherche.

Annexe

| Numéros et énoncés du PQS | Score 2 m | Score 6 m | Score 12 m |
|--|--------------|--------------|---------------|
| 3. Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole du patient. | 3 | 4 | 3 |
| 4. Les buts du traitement du patient sont discutés. | -1 | -1 | -1 |
| 9. Le thérapeute est distant, lointain (vs. réceptif et impliqué affectivement). | -4 | -1 | -3 |
| 15. Le patient n'amorce pas de thèmes durant la séance, se montre passif. | -4 | -2 | -3 |
| 16. Il y a discussion des fonctions corporelles, des symptômes physiques ou de la santé. | 4 | 4 | 4 |
| 17. Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (p.e., structure et/ou introduit de nouveaux thèmes). | 1 | 2 | 2 |
| 18. Le thérapeute transmet au patient une approbation sans jugement (Nb. Le placement vers non caractéristique indique une désapprobation, un manque d'acceptation). | 1 | 3 | 4 |
| 20. Le patient est provocateur, teste les limites de la relation thérapeutique (Nb. Un placement extrême vers non caractéristique implique que le patient se comporte de manière docile). | -3 | 0 | -1 |
| 21. Le thérapeute parle de ou révèle quelque chose de personnel (se dévoile) | -3 | -4 | -3 |
| 24. Les propres conflits émotionnels du thérapeute s'imposent dans la relation thérapeutique. | -2 | -3 | -4 |
| 25. Le patient a des difficultés à commencer la séance. | -2 | -2 | -1 |
| 30. La discussion se centre sur des thèmes cognitifs, p.e., sur des idées ou des systèmes de croyances. | -3 | -3 | -2 |
| 31. Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration. | 2 | 1 | 0 |
| 32. Le patient réalise une nouvelle compréhension ou prise de conscience. | 3 | 1 | -1 |
| 37. Le thérapeute se comporte de manière professorale (didactique). | 0 | -4 | -3 |
| 38. Il y a discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le patient doit tenter de réaliser en dehors de la séance. | -4 | -4 | -4 |
| 40. Le thérapeute formule des interprétations se référant à des personnes réelles de la vie du patient (Nb. Le placement vers non caractéristique indique que le thérapeute fait des interprétations générales ou non personnalisées). | 1 | 1 | 1 |
| 42. Le patient rejette (vs. accepte) les commentaires et les observations du thérapeute. | -2 | -2 | -1 |
| 43. Le thérapeute suggère le sens du comportement des autres. | -2 | -1 | -2 |
| 45. Le thérapeute adopte une attitude de soutien. | 4 | 4 | 4 |
| 51. Le thérapeute est hautain ou traite son patient avec condescendance. | -3 | -3 | -4 |
| 57. Le thérapeute explique sur quoi repose sa technique ou son approche thérapeutique. | -2 | -2 | -2 |
| 60. Le patient vit une expérience cathartique (Nb. Coter non caractéristique si l'expression émotionnelle n'est pas suivie d'un sentiment de soulagement). | -2 | -2 | -2 |
| 62. Le thérapeute identifie un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite du patient. | 2 | 2 | 2 |
| 69. La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion. | 2 | 2 | 3 |
| 72. Le patient comprend la nature de la thérapie et ce qui en est attendu. | 1 | 0 | 0 |
| 76. Le thérapeute suggère que le patient accepte la responsabilité de ses problèmes. | -1 | -2 | -3 |
| 77. Le thérapeute manque de tact. | -3 | -4 | -4 |
| 80. Le thérapeute présente une expérience ou un événement dans une perspective différente. | -1 | 1 | 1 |
| 81. Le thérapeute met l'accent sur les sentiments du patient dans le but de l'aider à les vivre plus profondément. | -1 | -1 | 0 |
| 82. Le comportement du patient pendant la séance est reformulé par le thérapeute sur un mode qui n'était pas explicitement appréhendé auparavant | 0 | -1 | 0 |
| 91. Les souvenirs ou les reconstructions de la petite enfance et de l'enfance sont des sujets de discussion. | 4 | 2 | 3 |
| 92. Les sentiments ou les perceptions du patient sont corrélés à des situations ou des comportements du passé. | 3 | 2 | 1 |
| 96. Il y a discussion sur l'établissement des horaires de rendez-vous ou des honoraires. | 0 | -2 | 0 |
| 97. Le patient est dans l'introspection, explore aisément des pensées et des sentiments internes. | 0 | 1 | -2 |
| 98. La relation thérapeutique est un thème central de discussion. | -2 | 0 | -2 |
| 99. Le thérapeute conteste le point de vue du patient (vs. valide la façon de voir du patient). | -1 | -1 | 0 |
| 100. Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations. | -2 | -1 | -1 |

Bibliographie :

- Bouvet, M. (1967). *La Relation d'Objet* (161-225). Paris : Payot.
- Cailhol, L., Gicquel, L. & Raynaud, J.-P. (2012). Trouble de la personnalité borderline chez l'adolescent. In Cohen, D. (ed.). IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Genève : International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Freud, S. (2010). *Œuvres Complètes*, XX (319). Paris : PUF.
- Freud, S. & Ferenczi, S. (2000). *Correspondances*, tome III, 1920-1933 (372). Paris : Calmann-Lévy. 7
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1985). The Relationship in Counseling and Psychotherapy. Components, Consequences, and Theoretical Antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-243, cité par Guédeney, N. (2002). Théorie de l'attachement et application aux techniques psychothérapeutiques chez l'adulte. *Attachement concepts et applications*. Paris : Masson.
- Green, A. (1990). *La folie privée*. Paris : Gallimard.
- Hoglund, P., Bogwald, K.P., Amslo, S. et al. (1997). Assessment of change in dynamic psychotherapy. *J. Psychother Pract Res*, 9(4), 190-199.
- Jones, E.E. (2009). *Psychotherapy Process Q-set (PQS)*. [*Therapeutic Action* (2000). New Jersey: Jason Aronson Inc.]. (Thurin et al. Trad.). *Pour la Recherche*, 61.
- Kazdin, A. E. (2001). Progression of Therapy Research and Clinical Application of Treatment Require Better Understanding of the Change Process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(2), 143-151.
- Kernberg, O. (2004). *Les troubles limites de la personnalité*. Paris : Dunod.
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A. E., Offord, D. & Kupfer, D. (2001). How Do Risk Factors Work Together? Mediators, Moderators, and Independent, Overlapping, and Proxy Risk Factors. *Am J Psychiatry*, 158, 848-856.
- Kramer, U. & Stiles, W. B. (2015). The Responsiveness Problem in Psychotherapy: A Review of Proposed Solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 277-295.
- Luborsky, L. (1982). Clinicians' judgements of mental health: specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale (1975). *Bull Menninger Clin*, 35, 448-80. *Échelle d'Évaluation de la Santé Mentale par le clinicien*. (Gérin, Peyras & Tissot, Trad. Adaptation). <http://www.techniques-psychotherapiques.org/outils/ESM/diapos2/ESM.pdf>
- Meltzer, D. (1971). Le processus psychanalytique. Paris : Payot.
- Reeves-Dudley, B. (2017). Borderline Personality Disorder Psychological Treatment: An Integrative Review. *Archive of Psychiatric Nursing*, 31(1), 83-87.
- Rojas-Urrego, A. (2015). Agonies primitives et clivages. *Le Carnet Psy*, 189, 25-31.
- Thurin, M., Thurin, J.-M., Juskewycz, N., Dafri, F., Gautier, J.-Y., Journet, F., Molinié, M. (2016). Données probantes à partir de la psychothérapie de Max, un patient borderline. *L'Information psychiatrique*, 92, 107-15. DOI:10.1684/ipe.2016.1444
- Winnicott, D.W. (2000). La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques (206). Paris : NRF Ed. Gallimard.
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 120(5), 373-377.

Notes :

¹« Les cas difficiles... ceux qui à la fois mettent à l'épreuve l'analyste et sollicitent son contre-transfert – au sens strict – en même temps qu'ils exigent de lui une contribution personnelle plus lourde. »

²Et non pas a-théorique. Par ailleurs, il permet de distinguer différentes approches et leur utilisation dans la thérapie.

³Ce constat brutal s'explique par l'effet des trois premiers entretiens sur le groupe de pairs constatant le défaut de mentalisation de ce patient.

⁴Il s'identifie à ses plaintes qui sont les siennes également, à l'abandon qu'elle a vécu et lui aussi...

⁵Tous les énoncés et citations du PQS sont en annexe à la fin de l'article.

⁶Construit pour évaluer les principales psychothérapies : TCC, interpersonnelles, psychodynamiques.

⁷Les différents groupes de pairs du RRPP semblent avoir généralement échappé à ce risque : la cause en est-elle la qualité et la prudence des psychothérapeutes, l'échange des rôles selon les différents cas étudiés, où le principe même de l'évaluation visant à rapporter fidèlement les situations plutôt qu'à prouver leur efficacité ?

⁸Comparables ne signifie pas « remplaçables » !