

ÉVALUATION DU CHANGEMENT EN PSYCHOTHÉRAPIE

Jean-Michel Thurin

Médecine & Hygiène | *Thérapie Familiale*

2009/2 - Vol. 30
pages 235 à 250

ISSN 0250-4952

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2009-2-page-235.htm>

Pour citer cet article :

Thurin Jean-Michel, « Évaluation du changement en psychothérapie »,
Thérapie Familiale, 2009/2 Vol. 30, p. 235-250. DOI : 10.3917/tf.092.0235

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. 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.

ÉVALUATION DU CHANGEMENT EN PSYCHOTHÉRAPIE

Jean-Michel THURIN¹

Résumé : *Evaluation du changement en psychothérapie.* – Après avoir démontré l'efficacité d'interventions psychothérapeutiques sur différents problèmes et troubles (études de résultats), avoir réuni ces études pour affirmer l'efficacité globale de « la psychothérapie » (méta-analyses), puis avoir essayé (sans succès) de distinguer l'efficacité relative des principales approches, la recherche en psychothérapie s'est recentrée ces dernières années sur deux questions qui intéressent particulièrement les cliniciens : « Pourquoi et comment » une psychothérapie marche-t-elle (agit-elle) ? Ce recentrage de la recherche sur le changement, sa dynamique et sa chronologie au cours du processus psychothérapeutique modifie complètement la perspective précédente qui cherchait à démontrer l'activité d'une ou plusieurs « gélules » psychothérapeutiques pour des troubles focalisés définis. Il conduit à prendre en compte les variables individuelles et d'interaction du patient tout autant que les « principes actifs » de la psychothérapie mis en œuvre par le praticien dans différentes situations psychopathologiques. Il aborde indirectement des questions théoriques qui relient l'abord d'une situation à un modèle causal particulier. Sur le plan méthodologique, il amène à privilégier les études intensives de cas plutôt que les études de groupe (ce qui permet la prise en compte de la variabilité individuelle et interindividuelle), à définir des configurations de variables actives à différents temps de la psychothérapie (car l'approche et la technique se modifient pour s'ajuster à l'évolution du patient) et à élargir les indicateurs de changement aux fonctionnements psychiques (ils se réduisaient souvent avant à la réduction des symptômes). On est ainsi passé des études de résultats à des études processus-résultats beaucoup plus fines et ajustées à la clinique des cas complexes. Ces études de cas ont cependant une limite : leur faible capacité de généralisation. Pour pallier ce problème, le principe est de réunir et de comparer l'évolution de cas analogues méthodologiquement ajustés et de mettre en relation leurs changements avec les principales caractéristiques de la psychothérapie au cours de son processus.

Summary : *Evaluation of change in psychotherapy.* – After having proved the efficacy of psychotherapy interventions on various problems and disorders (outcome studies), having joined together these studies to affirm the total effectiveness of « psychotherapy » (meta-analysis), then having tried (without success) to distinguish the relative effectiveness from the principal approaches, research in psychotherapy was centered these last years on two questions which interest the clinicians particularly : « Why and how » a psychotherapy works (what acts) ? This focalization of research on the change, its dynamics and its chronology during the psychotherapy process completely modifies the preceding prospect which sought to show the activity of one or more psychotherapy « capsules » for definite focused disorders. It results in taking into account the individual variables and the interaction of the patient as much as the « active ingredients » of the psychotherapy implemented by the expert in various psychopathological situations. It indirectly tackles theoretical questions which connect, in a definite situation, practice to a particular causal model. On the methodological level, it brings to privilege the single-case intensive studies rather than group studies

¹ Psychiatre-psychanalyste, 9, rue Brantôme, 75003 Paris. Ecole de psychosomatique. Coordonnateur du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques. Inserm U669. Fédération Française de Psychiatrie.

(what allows the taking into account of individual and interindividual variability), to define configurations of active variables in various times of psychotherapy (because the approach and the technique change to be adjusted with the evolution of the patient) and to widen the indicators of change to psychic functioning (they were often reduced to the reduction of the symptoms). One thus passed from outcome-studies to process-outcome studies, much finer and adjusted to the private clinic of the complex cases. These single-case studies have a limit however: their low capacity of generalization. To mitigate this problem, the principle is to join together and compare the evolution of methodically adjusted similar cases and to connect their changes with the main features of psychotherapy during its process.

Resumen: *Evaluación del cambio en psicoterapia.* – Después de haber demostrado la eficacia de las psicoterapias sobre distintos problemas y desordenes (estudios de resultados), y haber reunido estos estudios para afirmar l'eficacia global de «la psicoterapia» (metanálisis), y haber intentado (sin éxito) distinguir la eficacia relativa de los principales estudios, la investigación en psicoterapia se centra estos últimos años sobre dos cuestiones que interesan especialmente a los clínicos: «Porqué y como» ¿una psicoterapia funciona (actúa)? Esta reorientación de la investigación centrandose en el cambio, su dinámica y su cronología durante el proceso psicoterápico modifica completamente la perspectiva anterior que pretendía demostrar la actividad de uno o varios «comprimidos» psicoterapéuticos para desordenes focalizados y definidos. Esta reorientación obliga a tener en cuenta las variables individuales y la interacción del paciente tanto como los «principios activos» de la psicoterapia que el clínico pone en práctica para los diferentes casos psicopatológicos. Aborda indirectamente cuestiones teóricas que dan el acceso de una situación a un modelo causal particular. A nivel metodológico, favorece los estudios intensivos de caso más que los estudios de grupo (lo que permite la consideración de la variabilidad individual e interindividual), define configuraciones de variables activas en los distintos tiempos de la psicoterapia (ya que l'enfoque y la técnica se modifican para s'ajustar a l'evolución del paciente) ya que amplía los indicadores de cambio a los funcionamientos psíquicos (se reducían antes a la reducción de los síntomas). Así se pasó de estudios de resultados a estudios proceso-resultados mucho más finos y más ajustados a la clínica de los casos complejos. Estos estudios de caso tienen sin embargo un límite: su baja capacidad de generalización. Para atenuar este problema, el principio es reunir y comparar l'evolución de casos similares metodológicamente ajustados y de poner en relación sus cambios con las principales características de la psicoterapia durante su proceso.

Mots-clés: Psychothérapie – Evaluation – Efficacité – Mécanismes de changement – Processus – Résultats – Cas isolé – Méthodologie – Fonctionnement psychique.

Keywords: Psychotherapy – Evaluation – Efficacy – Effectiveness – Mechanisms of change – Process – Outcome – Single case – Methodology – Psychic functioning.

Palabras clave: Psicoterapia – Evaluación – Eficacia – Mecanismos de cambio – Proceso – Resultados – Caso aislado – Metodología – Funcionamiento psíquico.

Situation actuelle

Pour des raisons qui concernent à la fois les règles de la santé publique et la dynamique des connaissances et des pratiques, l'évaluation des psychothérapies est devenue aujourd'hui incontournable (18). L'efficacité générale des différentes psychothérapies, et en particulier des thérapies familiales et de couple (8), a été démontrée. Cependant, il y a peu de réponses à deux questions centrales: 1) *Pourquoi* la thérapie marche? C'est-à-dire, dans quelles conditions marche-t-elle (durée de la psychothérapie, modalités d'intervention, avec quels patients...)? et 2) *Comment* la thérapie marche? C'est-à-dire, quels sont les facteurs qui interviennent, quels sont les mécanismes de changement, comment se produisent-ils au cours de la psychothérapie, de son processus?

Nous verrons que bien que ces facteurs aient été largement identifiés, il s'agit plutôt de configurations de facteurs que de facteurs isolés, et que leur caractère actif ou non dépend aussi du moment de la thérapie. Par ailleurs, bien qu'il puisse être intéressant d'avoir une idée des changements qui peuvent se produire au niveau neurologique dans une psychothérapie et de leurs mécanismes, nous resterons dans le cadre de cet article au niveau clinique.

Les principales méthodes d'évaluation du changement

L'évaluation d'une psychothérapie est une opération assez complexe dont la méthodologie a évolué des approches les plus « naïves » aux plus raffinées (19, pp. 7-37). Nous resterons ici dans la période des 30 dernières années qui a vu essentiellement le développement de deux méthodes : les essais contrôlés et les études intensives de cas.

Les essais contrôlés, qui sont utilisés notamment pour les études d'efficacité des médicaments, ont été utilisés essentiellement avec des protocoles « pré-post ». Il s'agit dans le cas des psychothérapies d'évaluer les changements entre ce qui précède et ce qui suit une intervention psychothérapique. Dans ces essais, la définition du changement a porté essentiellement sur la réduction des symptômes, à partir du diagnostic DSM, en comparant deux groupes « homogènes » de patients (partageant le même diagnostic nosologique) dont l'un est soumis à une intervention psychothérapique durant un temps limité (jusqu'à 40 séances, mais le plus souvent beaucoup moins) et l'autre non. Une des questions qui s'est posée bien après que les résultats aient commencé à s'accumuler a été de savoir exactement ce que contenait « l'intervention » qui était testée. Qu'est-ce qui agissait dans cette intervention au-delà des *a priori* des chercheurs ? Existait-il d'autres facteurs associés au « principe actif » que l'on pouvait ignorer, soit totalement, soit en considérant que leur importance était négligeable par rapport au facteur élu que l'on souhaitait tester ? La méconnaissance de cette question est une des raisons qui peut expliquer qu'il ait pratiquement suffi, pendant longtemps, de tester un traitement psychothérapique pour qu'il soit efficace, puis que l'on soit arrivé à la constatation qu'ils étaient tous aussi efficaces les uns que les autres (le fameux « *Dodo bird verdict*² »). Ce constat a évidemment suscité des tas de questions et d'hypothèses dont sont issues des améliorations méthodologiques qui commencent aujourd'hui à s'organiser et à pouvoir être utilisées.

² Cette formulation renvoie à *Alice au pays des merveilles* dont un des personnages, *Dodo*, déclare « Tout le monde a gagné et tous doivent avoir des prix ». Elle représente une façon d'aborder l'énigme suscitée par la découverte que les études comparatives de psychothérapies ne permettaient pas de démontrer une différence d'efficacité de techniques et d'approches différentes reposant sur des théories différentes. Une première explication de ce paradoxe a été que l'efficacité reposait essentiellement sur l'existence de « facteurs communs ». La réanalyse des études a fait apparaître des biais méthodologiques (tels que la non prise en compte des sorties précoces de traitement, la durée des thérapies et leur focalisation sur des troubles modérés) qui excluaient de facto les facteurs spécifiques. Ces facteurs, associés à la compétence du praticien, s'expriment dès qu'ils sont nécessaires, au-delà de sa théorie de référence et de la technique qu'il pense mettre en œuvre (pour plus de détails, voir Thurin J.M. et M., 2007, p. 58).

L'une de ces questions a été celle des bases sur lesquelles on démontre qu'une intervention particulière (également dénommée sous le terme de *médiateur*) est active dans un traitement et produit un changement. La démonstration habituelle repose sur un «test de médiation». De quoi s'agit-il? De quatre opérations qui permettent d'affirmer que l'intervention que l'on suppose être active, ici le médiateur B, l'est bien. La première est de vérifier que le traitement (A) produit un changement thérapeutique (C). La seconde est que, le traitement (A), ayant l'effet spécifique prévu, est associé au médiateur proposé (B). La troisième est que le médiateur (B) peut être impliqué dans le changement (C). La quatrième, que le changement thérapeutique (C) est statistiquement réduit quand le médiateur (B) est contrôlé (Figure 1).

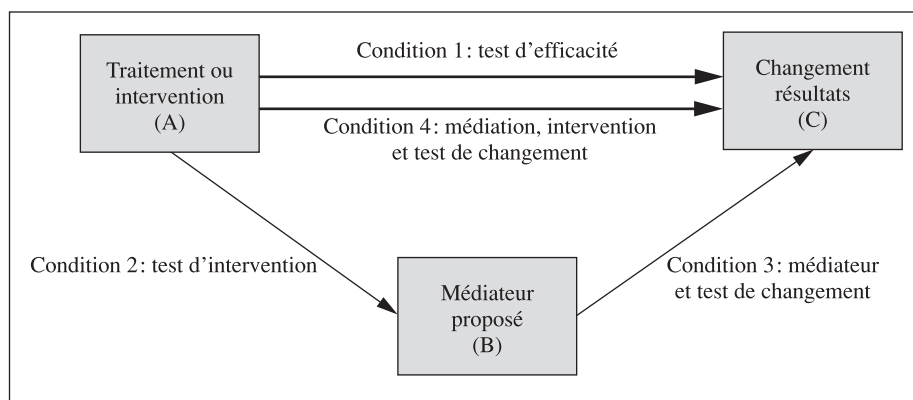


Figure 1 : D'après Kazdin et Nock (2003).

La simple application du test de médiation pose problème du fait qu'il ne permet pas, parmi un ensemble de variables susceptibles de participer à un changement, de déterminer l'ordre dans lequel elles interviennent si l'on ne dispose que de deux mesures de résultats : l'une avant et l'autre après «l'intervention». Faute de chronologie, la distinction statistique entre les variables initiatrices (indépendantes) et les variables (dépendantes) de résultats, du point de vue du moment de leur action, est arbitraire. Par exemple, dans les deux cas suivants, on ne peut pas dire laquelle des deux propositions suivantes est juste :

- «l'amélioration symptomatique favorise l'alliance thérapeutique» «l'alliance thérapeutique favorise l'amélioration symptomatique» ;
- «la modification des schémas de la réalité guérit la dépression» «l'alliance thérapeutique guérit la dépression».

Pour que la méthodologie pré/post soit applicable pour affirmer un facteur de changement, il faudrait que l'intervention testée se réduise à un élément unique. En fait, les cas où l'on peut isoler un médiateur principal de l'efficacité d'une psychothérapie (par exemple, la désensibilisation d'un objet phobique) sont plutôt l'except-

tion que la règle. De façon générale, le cœur d'une thérapie efficace est constitué d'une série de mini-résultats, dont chacun participe à construire le suivant et rend plus forte et plus durable la possibilité des changements. A ces mini-résultats correspondent des micro-mécanismes de changement et leurs liens les uns avec les autres, d'une part, et avec les objectifs généraux du traitement, d'autre part (Greenberg et Newman, 6). C'est donc une série de médiateurs qui interviennent quand ils sont à la fois mis en œuvre et utilisables par le thérapeute et le patient en thérapie.

A cette difficulté s'est associé le fait que les groupes de patients « homogènes » présentaient des spécificités individuelles qui avaient été ignorées et que cela avait une implication non négligeable dans les résultats. Ce niveau de complexité a conduit différents chercheurs à considérer que les études comparatives de groupes ne pouvaient pas répondre aux questions que posaient les psychothérapies de cas complexes, car trop de facteurs étaient susceptibles d'intervenir et de se neutraliser mutuellement dans les résultats.

Les études intensives de cas apparaissent aujourd'hui pouvoir répondre aux limites précédentes. Elles sont à grain fin et construites selon une conception longitudinale, ce qui permet à la fois de mieux distinguer les différents éléments de l'intervention et de suivre de façon précise les processus de changement. Le terme de processus traduit ici le déroulement longitudinal général de la thérapie et ce qui s'y passe, à savoir l'évolution des symptômes, des fonctionnements et de la personnalité d'une part, l'évolution de la configuration de la psychothérapie, c'est-à-dire de son cadre, de son ambiance, de sa dynamique, des positions respectives de ses acteurs (le patient et le thérapeute) et de leurs interactions, des thèmes et de leur contenu, d'autre part.

Si nous récapitulons ce qui précède, nous pourrions dire que chacune des méthodes, essai contrôlé randomisé et étude intensive de cas, a ses avantages et ses inconvénients qui tiennent pour une part importante à leur champ d'application.

Les essais contrôlés randomisés (ECRs) présentent une forte validité interne³ garantissant que le résultat est bien un effet de l'intervention appliquée et non pas du contexte. Il est possible d'établir un lien causal entre l'intervention et l'effet constaté dans le cas d'interventions focales appliquées à des problèmes focaux et agissant dans un temps court.

Leurs inconvénients découlent des conditions très rigides de leur mise en œuvre. Les ECRs impliquent une sélection des patients suivant des critères très limitatifs (un seul trouble, suivant le DSM), leur répartition aléatoire dans un groupe « traitement » ou un groupe « absence de traitement », l'application d'interventions « psychothérapeutiques » strictement définies ayant pour objectif la réduction ou la résolution des symptômes principaux. Ces conditions sont rarement transposables aux situations cliniques réelles, ce qui limite la généralisation des résultats (ce qui n'a pas toujours été le cas, loin s'en faut).

³ La validité interne d'une étude se définit comme sa capacité à produire des résultats qui puissent être attribués de façon fiable à l'intervention étudiée plutôt qu'à des biais ou à d'autres phénomènes.

Les études intensives de cas en conditions naturelles présentent une forte validité externe⁴. Elles sont très informatives pour chaque cas et permettent de saisir des variations dimensionnelles de l'état de santé, des fonctions psychologiques des patients et de l'activité psychothérapique de patients réels, suivis dans des conditions réelles. L'analyse chronologique et dimensionnelle des changements est possible. Les analyses vont bien au-delà des études globales de résultat et permettent des découpages de phases au cours desquelles les changements sont mis en relation avec les caractéristiques de la psychothérapie. Cette méthodologie permet l'abord de questions cliniques. L'efficacité devient un moyen d'analyse tout autant qu'un objectif.

Mais... il s'agit d'une méthodologie dont la mise en œuvre est plus complexe que celle des ECRs. Il est essentiel en particulier qu'il n'y ait pas de données manquantes, et par définition que les cliniciens soient impliqués dans la recherche. Leur collaboration avec les chercheurs est indispensable. Nous allons donc maintenant la décrire en détail.

Etapas du suivi intensif d'un cas

L'évaluation de départ

L'évaluation des changements suppose de disposer d'un diagnostic initial approfondi, non seulement des symptômes, des aptitudes et du fonctionnement psychologique et social du patient, mais aussi de ses vulnérabilités et des éléments positifs dont il dispose individuellement, dans son contexte.

La formulation de cas

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

La formulation de cas représente donc un diagnostic psychopathologique étendu qui est complété par une définition des changements attendus de la psychothérapie (ses objectifs) et une première représentation de l'approche qui va être adoptée.

Le plan général proposé par Perry, *et al.* (15) peut être décliné pour une thérapie de couple ou familiale de la façon suivante :

1. Problèmes actuels du couple / de la famille, symptômes et comportements les plus manifestes, leur place dans le contexte de vie actuelle, le fonctionnement individuel et familial ; éléments précipitant et prédisposant.
2. Facteurs non dynamiques qui peuvent avoir contribué à ces problèmes (événements familiaux, socioculturels, financiers, pathologies,...).

⁴ La validité externe traduit la possibilité d'appliquer les résultats obtenus dans un cadre expérimental à une situation naturelle.

3. Intégration synthétique des données disponibles ouvrant à une interprétation des facteurs précipitant et des influences qui maintiennent les problèmes de la famille/du couple : (conflit/s psychique/s ; communication et relations ; organisation du système familial/couple ; *insight* et compréhension de l'autre, etc.). Les éléments favorables et ceux repérés comme manquant.
4. Première définition des objectifs (par exemple, réduction des conflits et de la détresse, ouverture à une compréhension de l'expérience de l'autre, amélioration des relations) et des objectifs intermédiaires de la psychothérapie (par exemple, expression du vécu individuel, définition des problèmes,...).

Changements et hypothèses causales

Les changements attendus et les actions psychothérapeutiques engagées pour les atteindre ne sont pas dissociables d'une « théorie étiologique » des problèmes constatés. Cela est toujours vrai, mais cela prend une dimension particulière en psychothérapie dès que l'on quitte les procédés magiques. L'action thérapeutique est guidée par une recherche de l'attitude adaptée et de l'intervention efficace qui permette à la fois de maintenir le processus thérapeutique et de lui donner une dynamique de changement. Cette action se produit en relation à un ou des modèle(s) explicatif(s) du fonctionnement de la personne et des variables qui sont à son origine ou qui les influencent. Les inférences causales du psychothérapeute concernent parallèlement différents niveaux tels que l'actuel et le passé.

Prenons l'exemple des conduites de prise de risque et d'automutilation d'une jeune adulte.

Leur récit par le patient nous fera rechercher un événement déclenchant, mais aussi des troubles de l'identité et de la tolérance émotionnelle. Allant plus loin, nous envisagerons que ces troubles puissent être reliés à des perturbations de l'attachement et de l'identification consécutifs à une insécurité et à une dérégulation émotionnelle par instabilité des relations précoces ou lien à un traumatisme majeur. Nous pourrions aussi évoquer une possible association transgénérationnelle.

Des objectifs vont se dessiner parallèlement à ce processus d'élaboration d'hypothèses qui se réajuste au fur et à mesure que le patient parle. Evidemment, celui de réduire la fréquence de ces épisodes destructeurs et la souffrance qui les accompagne même s'ils apportent un soulagement momentané. Mais aussi des objectifs intermédiaires, comme établir une confiance et une relation suffisamment bonne pour que puisse se développer un processus de construction. Celui-ci permettra que se (ré)instaure un espace de pensée et de compréhension réciproque, une ouverture de l'*insight*, la possibilité d'une expression et d'une contenance émotionnelle, qui constitueront la base d'une subjectivation dans l'interaction et d'une possible projection dans l'avenir.

Dans l'instant, la première étape sera la constitution d'un cadre thérapeutique solide et confiant, base de la constitution d'une relation d'alliance thérapeutique. Peut-être faudra-t-il également envisager de rencontrer la famille ou lui proposer un espace de parole.

Comment suivre le changement ?

Poursuivons avec le cas précédent. Etant donné que la réduction des conduites d'automutilation ne constitue qu'un aspect des changements attendus, il est nécessaire de prévoir des indicateurs (marques et repères de changement) permettant de suivre l'évolution du patient, dans un triple registre : symptomatique, fonctionnel et développemental. Encore une fois, le modèle que l'on a de la santé psychique et des conditions dans lesquelles des améliorations sont susceptibles de se produire vont intervenir dans la définition de ces indicateurs. Notre modèle de référence étant que la santé émerge du développement de meilleurs fonctionnements psychologiques et sociaux et de l'acquisition concurrente de nouvelles aptitudes, nous pouvons définir un certain nombre d'indicateurs de base concernant les relations interpersonnelles, l'insight, la régulation affective, la gestion du stress, les investissements et la création personnelle, une certaine autonomie.

Si nous étions dans une thérapie de couple, nous pourrions être spécifiquement attentifs à l'amélioration des relations sentimentales et sexuelles, de la communication dans le couple, des modalités d'expression affective..., dans une thérapie familiale, à la place de chacun, à l'expression des attentes...

Il peut être intéressant de distinguer parmi les indicateurs de changement ceux qui concernent plus spécifiquement l'*intrapersonnel* [capacité d'expression et de dévoilement, insight (comme compréhension de soi), changements cognitifs, tolérance affective, mécanismes de défense (refoulement, déni, clivage,...)] ou l'*interpersonnel* [modification des interactions familiales, compréhension des états de l'autre (*mindedness, insight*), capacité d'exprimer sa vulnérabilité, ses attentes, de révéler un secret, « gestes », mécanismes de défense (projection, agressivité, retrait,...)].

Ces indicateurs étant conçus, il est nécessaire de trouver les instruments qui permettront de les objectiver de façon fiable et valide, c'est-à-dire partagés par les différentes personnes qui les utilisent, y compris si c'est de façon répétée dans le temps. Il est conseillé d'éviter radicalement de vouloir construire son propre instrument, ce qui serait la meilleure façon que la recherche n'ait jamais lieu ou qu'elle reste une tentative isolée. De nombreux instruments ont été conçus par des cliniciens chercheurs qui y ont consacré plusieurs années (19, pp. 229-262). Cela représente une véritable chance et une grande économie.

La description du processus

Nous avons déjà envisagé comment suivre l'évolution des symptômes, du fonctionnement, voire de la structure d'une personne, d'un couple ou d'une famille, à partir des indicateurs et instruments choisis.

La connaissance de cette évolution sera encore plus intéressante, tant pour le praticien que de façon générale, si elle est rattachée à la description de la configuration de la psychothérapie à différentes étapes de son déroulement. Pour que cette description soit véritablement pertinente, des éléments tels que son cadre, son ambiance, sa dynamique, les positions respectives de ses acteurs et de leurs interactions, des thèmes et de leur contenu sont à prendre en compte, de même que ce qui se passe dans des moments plus ciblés tels que les crises et les blocages.

La description de cette dynamique complexe a bénéficié assez récemment de deux concepts qui permettent d'avoir une représentation générale de ce qui se passe, celui de modérateur et de médiateur.

Les modérateurs sont des facteurs qui interagissent avec l'approche thérapeutique et affectent le degré ou la direction du changement du patient. Ils concernent le contexte de la psychothérapie, et en particulier ce qui la précède. Par exemple, dans le cas d'un adolescent déprimé, le fait que cela soit un garçon ou une fille, qu'il ait des copains ou non, mais aussi ses résultats scolaires, la représentation qu'en ont ses parents et plus généralement leur aptitude à comprendre leur adolescent, constituent des modérateurs. On recherchera également l'éventuelle dépression d'un autre membre de la famille et sa sévérité.

Certains des modérateurs resteront fixes et conditionneront pour une part les résultats du traitement, d'autres sont susceptibles d'évoluer et même de devenir des médiateurs (comme la résonance familiale).

Les médiateurs sont des variables impliquées dans le processus de changement. Cause ou mécanisme de changement, le médiateur peut être le représentant d'une ou plusieurs autres variables ou être une construction générale (par exemple alliance thérapeutique) qui n'est pas nécessairement destinée à expliquer les mécanismes de changement. Comme exemples de médiateurs, on peut prendre l'engagement du patient dans la thérapie, sa capacité de se remettre en question, de parler de soi, d'exprimer ses émotions. Du côté du thérapeute, son attention, sa capacité d'empathie, d'ajustement, son aptitude à résoudre les impasses des interactions familiales à travers ses reformulations, directives paradoxales, questions ouvrantes, interprétations, son jeu. Du côté des interactions, leur force, la confiance et sécurité dans le cadre thérapeutique, les connexions émotionnelles, le sentiment de compréhension et de projet commun, l'humour, le jeu, etc. Du côté de la famille, les expériences émotionnelles, le sentiment de sécurité, d'être compris, reconnu. La psychothérapie d'un membre de la famille, en même temps ou parallèlement à celle de l'adolescent, peut être un médiateur.

Différentes étapes vont se dessiner dans la thérapie, comme l'engagement dans le processus thérapeutique, une expression plus libre et plus profonde, une confiance plus grande en soi et en l'autre. Ces acquisitions s'expriment dans la tonalité des entretiens, leurs thématiques, un moindre contrôle, etc.

Parallèlement, l'avancée du travail psychothérapique va s'exprimer par exemple dans la capacité de l'adolescent de percevoir comment les autres appréhendent la situation et celle du parent de reconnaître son regret et sa tristesse. Cela conduira l'adolescent à exprimer ses sentiments de vulnérabilité et son besoin de proximité avec le parent, qui lui même réduira ses défenses et exprimera son empathie, ce qui conduira finalement à une désescalade et réduction de l'impasse. Cet exemple montre bien l'interdépendance des facteurs qui interviennent dans la dynamique du changement.

Un instrument d'analyse du processus

Comment extraire cette quantité d'éléments qui constituent le processus d'une psychothérapie et qui de plus s'inscrivent suivant des regroupements différents au fur et à mesure que la psychothérapie progresse ?

La construction d'un instrument qui réponde à ce cahier des charges a pu être menée par Jones et son équipe (11) dans un contexte de décloisonnement des approches, ce qui a demandé une véritable ouverture en même temps qu'un langage commun et une grande rigueur de description.

Le *Psychotherapy Process Q-set* (PQS) de Jones est basé sur la méthodologie du Q-sort. Cette méthodologie permet de hiérarchiser les caractéristiques de la thérapie les plus pertinentes pour décrire la séance étudiée. Il comporte 100 items décrivant les attitudes, tendances et vécu du patient ; les actions et attitudes du thérapeute ; la nature de leurs interactions ; les ingrédients et l'ambiance générale de la thérapie.

Il a été mis au point et utilisé pour appréhender les processus de différentes techniques (psychodynamique, TCC, familiale, systémique,...), qu'elles soient utilisées isolément ou de façon intégrative. Il intègre ainsi les principaux mécanismes potentiels de changement (médiateurs), ce qui rend possible leur mise en relation avec les effets objectivés au cours du traitement par évaluations multiples. Il existe une traduction française validée.

Cinq questions complémentaires concernant les liens, l'histoire et la croyance dans la famille ont été ajoutées par Kramer, *et al.* (14) pour créer un prototype de la thérapie systémique (les traits principaux qui définissent cette thérapie).

L'évaluation de fin de psychothérapie ou d'issue d'étude

Elle comprend une passation des différents instruments qui permettent une évaluation des changements concernant tant les troubles, que les fonctionnements. Ces données vont participer avec celles issues du processus et des entretiens à une nouvelle formulation du cas. Dès lors que les questionnaires sélectionnés ne sont pas centrés sur un trouble, mais introduisent des niveaux de fonctionnement et d'aptitudes⁵, l'évaluation des indices de santé est concomitante de celle des traits pathologiques persistants. Ce constat fait bien apparaître qu'une psychothérapie ne s'inscrit pas seulement dans le paradigme médical de la maladie mais aussi dans celui de développement d'aptitudes psychiques, relationnelles et sociales qui peuvent avoir disparu ou même n'avoir jamais existé. Un exemple simple illustre bien que la fin d'une psychothérapie ne signifie pas une interruption du processus de changement. Plusieurs études ont confirmé ce que disent souvent les patients, à savoir que la connaissance qu'ils ont acquise d'eux-mêmes, leur possibilité de se représenter ce que peut vivre l'autre, ont changé leur façon d'appréhender la vie et ses inévitables événements pas toujours faciles.

L'analyse des résultats d'un cas

Elle se fait en plusieurs étapes à partir des données qui sont à la disposition du clinicien : formulation de cas initiale et de fin de psychothérapie ou d'issue d'étude, évaluations initiales et intermédiaires et de terminaison, entretiens.

⁵ Par exemple, l'Echelle Santé Maladie, les Echelles Psychodynamiques de Fonctionnement, les Echelles d'évaluation des mécanismes de défense.

La première question est de savoir s'il s'est produit des changements chez la personne, le couple ou la famille suivis. Cela concerne les problèmes et leurs manifestations sous la forme de symptômes et de troubles du comportement, mais aussi les évolutions qui se sont réalisées dans les dimensions qui conditionnent la qualité et le sens de la vie, à savoir les relations interpersonnelles, les capacités d'insight, d'empathie, d'expression et de tolérance émotionnelle, d'analyse des problèmes, d'adaptation, de planification et de création. Un autre registre peut être aussi pris en compte, c'est celui des mécanismes de défense. L'évolution de ces dimensions sera suivie à partir des différentes cotations (initiales, intermédiaires et finales) des instruments sélectionnés pour les saisir. L'analyse fera ressortir non seulement la différence entre les cotations du début à la fin de l'étude, mais présentera ces résultats en précisant leur chronologie et leur importance réciproque. En effet, une évolution est rarement homogène et il est intéressant de préciser les dimensions qui se sont le plus ou le moins améliorées et de proposer des hypothèses qui auront un intérêt pour le sujet suivi, mais aussi plus général.

La seconde question concerne la psychothérapie mise en œuvre. L'objectif est de dépasser l'évaluation d'une pratique dans son ensemble réalisée par un thérapeute caractérisée par quelques données démographiques et d'essayer de saisir la dynamique de la psychothérapie, c'est-à-dire la façon dont les configurations s'agencent au fur et à mesure que la psychothérapie avance. On pourrait imaginer que l'étude de ce processus n'ait en fait aucune importance. C'est la position que défendent certains cognitivo-comportementalistes qui considèrent que le thérapeute applique une technique qu'il contrôle à un patient ou à une famille. Ceux-ci bénéficient de son impact dès lors qu'ils ont fait suffisamment confiance au praticien pour qu'une alliance thérapeutique se noue, de la même façon qu'il n'est pas nécessaire de connaître le processus d'action d'un médicament pour constater son effet et le reproduire. Cela pourrait également être la position de ceux qui considèrent, à l'inverse, que le processus s'auto-organise à partir de la méthode psychothérapique qui est mise en œuvre. Dans ce cas, le rôle des protagonistes devient négligeable, une fois que le cadre est posé et que le processus est enclenché. L'étude du processus serait néanmoins intéressante pour déterminer s'il existe une « logique du changement ». C'est ce qu'a montré Stiles à propos du processus de perlaboration des expériences traumatiques (19, pp. 105 et 116-117). Ces positions, sans pouvoir être totalement réfutées, ne s'appliquent pas à la grande majorité des cas dont l'évolution dépend largement à la fois des interventions du thérapeute et d'un processus interne qui vont permettre des déblocages ou de véritables passages d'une perception/organisation de la réalité à une autre. Cette idée se retrouve dans les modèles de transition de phase ou dans les « fonctions pivot » que décrit C. Barthélemy à propos de l'émergence des changements dans l'autisme et plus généralement dans les modèles impliquant la dynamique des systèmes (1). L'analyse du processus devient alors celle des modalités d'intervention les plus pertinentes avec un patient donné, dans une situation psychothérapique donnée.

Certains dilemmes ont ainsi été soulignés portant sur la stratégie d'approche de troubles comme ceux que présentent les patients *borderline* auxquels n'ont pas pu répondre les essais contrôlés randomisés (9) : est-il préférable de réaliser de façon systématique des interprétations de transfert ou d'apporter, à partir d'une position

transférentielle de base, une compréhension au patient des problèmes qu'il rencontre et qui peuvent le conduire à des actes auto-agressifs graves ? Ou bien, existe-t-il des patients avec lesquels la première ou la seconde attitude est la meilleure ? Ou encore, quelles sont les caractéristiques de la configuration psychothérapique qui peuvent laisser penser qu'une attitude ou une autre est la meilleure ? Répondre à ces questions implique d'avoir une définition fine à la fois du patient et du processus de la psychothérapie, ce que permet précisément l'analyse systématique de cas. Le principe est alors de définir les caractéristiques générales de la psychothérapie à chaque cotation (quels en sont les éléments majeurs, en ce qui concerne le patient, son interaction avec le thérapeute et l'approche appliquée ?) et de mettre en relation les changements de la personne (et/ou famille) avec les configurations de la psychothérapie. Celles-ci traduisent l'approche générale (s'agit-il d'une psychothérapie plutôt psychodynamique, cognitivo-comportementale, interpersonnelle, systémique ?), le transfert, l'implication de ses acteurs et l'évolution du style et du contenu qui s'expriment dans les ouvertures du dialogue, l'introduction de nouveaux thèmes, de relations entre l'actuel et le passé, de rêves, etc.

L'analyse comparative de cas analogues

Nous avons évoqué les limites des conclusions que l'on peut tirer de groupes de patients dont le caractère homogène ne repose que sur le partage d'un diagnostic DSM identique (2). Ces patients peuvent être en fait très différents du fait de leurs traits de personnalité, des conditions du contexte ou de leur histoire. Différents auteurs (Guthrie, 7 ; Fishman, 3) ont proposé de réunir les patients suivant une caractéristique d'analogie, comme cela existe chez les praticiens expérimentés qui réunissent ainsi certains patients ou dans les bases de jurisprudence qui réunissent des cas dans des situations analogues.

A partir de cas analogues, des questions telles que l'évolution de ces patients a-t-elle été semblable ou différente ? Si elle a été différente, comment expliquer cette variation ? Peut-on trouver une explication au niveau des modérateurs ? De l'approche utilisée, de l'interaction qui s'est produite entre le thérapeute et le patient ?

Il existe deux méthodes permettant de comparer des cas : par *regroupement* ou par *appariement*. La seconde nous paraît la plus intéressante, du moins au départ, dès lors qu'il existe des différences dont l'origine n'est pas évidente. Elle a l'avantage de respecter la finesse de description du cas isolé et d'apporter des éléments supplémentaires avec chaque nouveau cas. Certaines données qui ont un relief particulier se perdraient si elles étaient regroupées directement dans un ensemble de cas. On peut en donner un premier exemple qui ne se situe pas directement dans le champ des psychothérapies et qui a porté sur l'impact des événements de vie dans le cancer du sein. L'approche par appariement (16) a permis de démontrer un risque relatif à la gravité des événements de vie qui n'apparaissait dans le cadre d'une étude générale (5). Un autre exemple est celui de Strupp (17) qui a mis en relation deux cas comparables (anxiété, dépression et retrait social) traités par le même thérapeute dans les mêmes conditions et qui avaient eu des résultats très différents. Certains

facteurs ont joué un rôle particulier : la qualité de l'interaction thérapeutique, l'engagement du patient, la structure de caractère et ses conséquences sur l'expression, la difficulté du thérapeute à se confronter à certains problèmes transférentiels.

Causalité et critères de preuve

L'étude intensive de cas peut-elle apporter un niveau de preuve de la relation causale entre une intervention psychothérapique et un effet aussi important que celui des essais contrôlés randomisés? Kazdin (13), s'appuyant sur les travaux d'auteurs précédents, a proposé sept critères qui, lorsqu'ils sont respectés, permettent de l'atteindre effectivement. Nous avons décrit dans la méthodologie exposée comment et pourquoi la plupart des recommandations résumées dans le tableau ci-dessous sont mises en œuvre. Cependant, les critères 4 et 6 demandent un complément d'explication (tableau I).

Le critère 4 pose la question de l'expérimentation d'une intervention plutôt qu'une autre. En fait elle se réalise souvent naturellement de la façon suivante : au cours de la psychothérapie, le thérapeute modifie sa stratégie (par exemple, il devient actif alors qu'il était plutôt passif). Jones en donne un exemple dans un de ses articles à propos d'une patiente souffrant de dépression qui s'était étendue au thérapeute. Celui-ci, s'en rendant compte, réintervient dans la thérapie et la situation se modifie très rapidement (10). Il peut ensuite être attentif à ce qui se passe s'il redevient moins actif.

Le critère 6 conduit à répliquer les effets observés d'une approche bien définie à partir d'un cas dans une situation bien précise (par exemple, l'abord d'une automutilation chez une patiente borderline). Cette réplification peut se faire d'abord avec d'autres cas que l'on suit soi-même et ensuite avec d'autres, suivis par d'autres théra-

Tableau I.

Critères	Recommandations pour la recherche
1. Association forte	Inclure des mesures de mécanismes potentiels de changement dans les études de psychothérapie
2. Spécificité	Evaluer plus d'un mécanisme potentiel, ainsi que les variables confondantes possibles
3. Gradient	Evaluer si de plus grands changements dans les mécanismes proposés sont liés à des changements subséquents et à de plus grands résultats
4. Expérience	Intervenir pour changer le mécanisme proposé du changement
5. Relation temporelle	Etablir une chronologie en utilisant une mesure continue des mécanismes proposés et des résultats d'intérêt
6. Stabilité	Répliquer les effets observés dans différentes études, échantillons, et conditions (par exemple, configurations naturalistes et de laboratoire)
7. Plausibilité et cohérence	Utiliser la théorie comme un guide des mécanismes potentiels choisis pour le focus de l'étude, ainsi que pour expliquer les effets observés et les intégrer dans une base de connaissances plus large

peutes utilisant la même technique, méthode, procédure. Kazdin décrit tout le processus qui part de la question : « Est-ce que les techniques, les méthodes, et les procédures dans les séances du traitement affectent réellement les processus qui sont considérés comme critiques pour le modèle de traitement ? » dans un autre article (12). Cette approche a été ultérieurement recommandée par Fonagy (4).

Conclusion

L'évaluation des psychothérapies a longtemps été perçue par les praticiens comme un mode de contrôle de leur activité, en décalage avec leur pratique et les questions cliniques qu'ils se posent. Cette évaluation est méthodologiquement un des domaines les plus complexes dans lequel il soit envisageable de s'engager. Il n'est pas étonnant qu'il ait fallu une succession de travaux de recherche menés tous azimuts pendant près de soixante-dix ans – et de façon très soutenue au cours des trente dernières années – pour arriver à cerner les principes sur lesquels cette évaluation pouvait s'appuyer. Ce mouvement ne s'est pas fait de façon linéaire et l'on peut même affirmer, comme l'ont observé un grand nombre de chercheurs, qu'il a souvent conduit à des impasses et même des dérives. Mais en même temps, l'observation de ce processus apporte beaucoup d'éléments pour comprendre le cours de la connaissance scientifique : des essais qui se succèdent dont la critique conduit à les rendre plus rigoureux, à dépister les biais, à dépasser les fausses réponses et les incompréhensions, etc. Rien n'aurait pu se faire, d'autre part, si cette recherche avait été menée méthodologiquement de façon isolée. On retrouve les mêmes questions dans des champs disciplinaires a priori très éloignés comme l'épidémiologie clinique et la cancérologie et cela a été souligné par des cliniciens chercheurs se référant aussi bien à la psychanalyse, au cognitivisme qu'à la théorie des systèmes.

L'évolution des psychothérapies a longtemps été cantonnée à démontrer leurs résultats. Cela a permis de placer l'action potentielle des psychothérapies à un niveau très souvent supérieur à celle des autres traitements, y compris pharmacologiques. Cette démonstration a une importance considérable qui va bien au-delà du seul aspect thérapeutique. La relation intersubjective peut, quand elle est bien utilisée, avoir des effets majeurs durables sur des états divers, y compris les troubles les plus graves. Cette efficacité concerne non seulement les psychothérapies individuelles, mais aussi les thérapies familiales, de couple et de groupe.

Aujourd'hui, les résultats ne constituent qu'un aspect de la question. Ils sont devenus un fil rouge autour duquel les recherches sur les psychothérapies peuvent se conduire à un autre niveau, celui des mécanismes de changement. Le résultat permet, dans un cadre méthodologique bien construit, de tester des hypothèses concernant les différents facteurs et paramètres dont l'ensemble constitue le corps complexe de la psychothérapie. Le résultat n'est pas une fin, mais un moyen. Longtemps propriété quasi exclusive des hypothèses théoriques et de l'expérience individuelle, la façon dont une situation se modifie, une réalité s'ouvre sur des aspects qu'elle méconnaissait chez soi et chez les autres, et comment ils sont pris en compte dans les interactions avec l'entourage jusqu'à transformer un champ de réalité, peut com-

mencer à être décrite. Les nouvelles méthodologies de cette connaissance en élaboration impliquent nécessairement une collaboration des cliniciens et des chercheurs. Cela représente pour le praticien une double opportunité : celle de pouvoir participer à une mise en coopération des savoirs et celle de pouvoir soi-même bénéficier de la réunion d'expériences et d'éléments jusque-là isolés.

Les cliniciens sont ainsi invités à participer à un champ en plein essor et découverte, complexe, mais qui constitue un enjeu passionnant de la recherche et pour la pratique.

Jean-Michel Thurin
9, rue Brantôme
75003 Paris
France
jmthurin@internet-medical.com

BIBLIOGRAPHIE

1. Bertalanffy L. (1973): *Théorie générale des systèmes*, Dunod, Paris.
2. Elkin I., Gibbons R.D., Shea M.T., Shaw B.F. (1996): Science is not a trial (but it can be a tribulation), *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 92-103.
3. Fishman D.B. (2000): Transcending the Efficacy Versus Effectiveness Research Debate: Proposal for a New, Electronic « Journal of Pragmatic Case Studies », *Prevention and Treatment*, <http://journals.apa.org/prevention/volume3/toc-may03-00.html>
4. Fonagy P. (2006): Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapies, in PDM Task Force: *Psychodynamic Diagnostic Manual*, Alliance of Psychoanalytic Organisations, Silver Spring MD.
5. Graham J., Ramirez, Love S., Richards M., Burgess C. (2002): Stressful life experiences and risk of relapse of breast cancer: observational cohort study, *BMJ*, 324, 1420.
6. Greenberg L.S., Newman F.L. (1996): An approach to psychotherapy change process research: Introduction to the special section, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 435-438.
7. Guthrie E. (2000): Psychotherapy for patients with complex disorders and chronic symptoms. The need for a new research paradigm, *British Journal of Psychiatry*, 177, 131-137.
8. Heatherington L., Friedlander M.L., Greenberg L. (2005): Change Process Research in Couple and Family Therapy: Methodological Challenges and Opportunities, *Journal of Family Psychology*, 19, 1, 18-27.
9. Høglend P., et al. (2008): Transference Interpretations in Dynamic Psychotherapy: Do They Really Yield Sustained Effects? *Am J Psychiatry*, 165: 763-771.
10. Jones E.E., Ghannam J., Nigg J.T., Dyer J.F. (1993): A paradigm for single-case research: the time series study of a long-term psychotherapy for depression, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 61, 3, 381-394.
11. Jones E.E., (2000): *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*, Jason Aronson, Northvale, NJ.
12. Kazdin A.E., Kendall P.C. (1998): Current progress and future plans for developing effective treatments: Comments and perspectives, *Journal of clinical child psychology*, 27, 2, 217-226.
13. Kazdin A.E., Nock M.K. (2003): Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 8, 1116-1129.

14. Kramer U., de Roten Y., Despland J.N. (2005): Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies, *Pratiques psychologiques*, 11, 359-370.
15. Perry S., Cooper A.M., Michels R. (1987): The psychodynamic formulation: Its purpose, structure, and clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 144, 5, 543-550.
16. Ramirez A.J., Craig T.K., Watson J.P., Fentiman I.S., North W.R., Rubens R.D. (1989): Stress and relapse of breast cancer, *BMJ* ; 298, 291-293.
17. Strupp H.H. (1980): Success and failure in time-limited psychotherapy. A systematic comparison of two cases: comparison (1, 2, 3, 4), *Arch Gen Psychiatry*, (37) 5: 595-603, 6: 708-716, 7: 831-841, 8: 947-954.
18. Thurin J.M. (2005): Expertise Inserm sur les psychothérapies. Contexte, déroulement, enseignements et perspectives, *Cliniques Méditerranéennes*, 71, 19-40.
19. Thurin J.M. et Thurin M. (2007): *Evaluer les psychothérapies : méthodes et pratiques*, Dunod, Paris.