



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

Pratiques
psychologiques

Pratiques psychologiques 11 (2005) 359–370

<http://france.elsevier.com/direct/PRPS/>

Article hors thème

Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire ? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies¹

Do therapists do what they say they will do? A comparison between ideal prototypes and actual practice in several psychotherapeutic approaches

U. Kramer^{a,2,*}, Y. de Roten^{b,3}, J.-N. Despland^{c,4}

^a *Unité de recherche en psychothérapie psychanalytique, institut universitaire de psychothérapie, université de Lausanne, rue du Tunnel 1, CH-1005 Lausanne, Suisse*

^b *Privat-Docent et MER, responsable de l'unité de recherche en psychothérapie psychanalytique, institut universitaire de psychothérapie, université de Lausanne, Suisse*

^c *Médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH, directeur de l'institut universitaire de psychothérapie, université de Lausanne, Suisse*

Résumé

Le « *Psychotherapy Process Q-Set* » développé par Jones et Pulos (1993) est un instrument descriptif permettant de comparer la pratique d'une forme de psychothérapie (ce que fait le psychothérapeute) avec son prototype théorique (ce qu'il dit faire). Nous avons appliqué cet instrument à des premières séances de psychothérapie de six cas provenant de trois orientations différentes (psychodynamique, familiale-systémique, et comportementale et cognitive). Les résultats montrent que les thérapeutes appliquent bien leur méthode, mais utilisent également certaines techniques et adoptent

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ueli.kramer@chuv.ch (U. Kramer).

¹ Cette recherche a été soutenue par le FNRS 3200BO-100706/1 et a été réalisée grâce à la création de l'institut universitaire de psychothérapie (IUP).

² Psychologue diplômé

³ Docteur en psychologie

⁴ Professeur en psychiatrie

des attitudes qui correspondent à d'autres approches. Cette étude exploratoire permet une réflexion sur les aspects communs et différentiels des différentes formes de psychothérapies au-delà des idéologies.

© 2005 Société française de psychologie. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The Psychotherapy Process Q-Set developed by Jones et Pulos (1993) is a descriptive instrument that serves to compare what psychotherapists do (the psychotherapeutic practice) to what they say they do (the ideal prototype). Six cases in psychotherapy according to three therapeutic approaches (psychodynamic, systemic and cognitive-behavioural) were analysed with this method. The results indicate that the therapists, although applying well their method, use also techniques and attitudes from other approaches. Implications for common and differential aspects in the three psychotherapy processes are discussed.

© 2005 Société française de psychologie. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Processus thérapeutique ; Approche comparative ; Thérapie psychodynamique ; Thérapie comportementale et cognitive ; Thérapie familiale

Keywords: Therapeutic process; Comparative approach; Psychodynamic therapy; Cognitive-behavioural therapy; Systemic therapy

1. Facteurs communs et facteurs spécifiques en psychothérapie

La question de l'efficacité des différentes formes de psychothérapie voit s'affronter deux clans : les uns cherchent à démontrer qu'une approche spécifique — la leur — est la plus efficace pour traiter tel type de patient ; les autres privilégient le point de vue selon lequel toutes les psychothérapies produisent des effets positifs et globalement similaires pour un type de patient. Pour l'instant, il semble impossible de trancher entre ces positions sur la base d'arguments scientifiques. Et tout en restant ouverts aux prochains avancements de la recherche, nous pensons prudent de ne pas exclure la deuxième position pour le moment.

Pour expliquer ce que certains ont appelé le « paradoxe de l'équivalence » (Luborsky, 1999 ; Hubble, et al., 2000), on fait généralement référence aux facteurs communs tels que l'alliance thérapeutique (Goldfried, 1991). Plus globalement, Frank et Frank (1991) ont proposé un modèle « contextuel » de la psychothérapie qui comprend les trois éléments communs à toute forme de psychothérapie :

- une relation personnelle émotionnellement significative ;
- un contexte professionnel de soins ;
- enfin, une théorie — ou un mythe — permettant tout à la fois de comprendre l'origine du trouble et de proposer des procédures pour y remédier ;
- en réanalysant les résultats des recherches les plus récentes, Wampold (2001) a démontré la pertinence empirique de cette hypothèse.

Mais bien que cette approche soit scientifiquement valide, les données sur lesquelles elle s'appuie proviennent d'études basées uniquement sur des mesures de résultats. Rien n'est dit concernant le processus thérapeutique lui-même. Comment savoir, par exemple, si les facteurs qui contribuent à l'évolution des patients sont communs aux différentes formes

de traitement ou s'ils ne sont pas plutôt spécifiques d'une orientation particulière, mais appliqués plus ou moins implicitement par tous ? On sait bien, par exemple, que l'alliance thérapeutique n'est pas définie de la même manière et n'a pas la même importance théorique suivant les approches.

Des études centrées sur l'observation du processus thérapeutique sont nécessaires pour répondre, entre autre, aux questions suivantes : que font réellement les thérapeutes ? Appliquent-ils bien le modèle auquel ils se réfèrent ? Appliquent-ils uniquement un et un seul modèle ? Force est de constater que pour répondre à ces questions, le recours aux descriptions de la technique données par chaque approche ne suffit pas et qu'il faut impérativement pouvoir observer ce que font réellement les thérapeutes en thérapie.

Cet article poursuit deux objectifs :

- présenter un instrument de recherche (le « *Psychotherapy Process Q-Set* ») qui permet de comparer l'écart entre modèle théorique et pratique réelle de différentes formes de psychothérapies ;
- et appliquer l'instrument pour comparer trois formes de thérapie : psychodynamique, comportementale et cognitive, et familiale–systémique.

2. Le *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS)

Adoptant une approche résolument comparative, Jones et Pulos (1993) ont développé le PQS pour décrire le processus observable dans deux formes de psychothérapies (psychodynamiques et comportementales et cognitives). L'instrument comprend 100 items qui décrivent des comportements ou des attitudes du thérapeute (par exemple « Le thérapeute adopte une attitude soutenante »), du patient (par exemple « Le patient blâme autrui, ou des instances externes pour ses difficultés ») et de leur interaction (par exemple « Il y a une qualité de rivalité dans la relation »). Chaque item est construit de telle manière qu'il soit, d'une part, observable, et d'autre part, exprimé dans un langage évitant toute référence à une théorie particulière.

L'évaluation d'une séance de thérapie implique de classer les 100 items en neuf catégories allant de 1 (pas du tout caractéristique de la séance) à 9 (très caractéristique de la séance). Un manuel (Jones, 2000) décrit de manière détaillée chaque item en fonction de ces pôles « caractéristique » et « non caractéristique ». Par exemple, pour l'item 34 « Le patient blâme autrui ou des instances externes pour ses difficultés », une cotation de 9 correspond à une séance où « le patient tend à externaliser les causes des difficultés, en les attribuant par exemple à une autre personne ou au hasard », alors qu'une cotation de 1 est indiquée lorsque « le patient tend à assumer la responsabilité de ses problèmes, par exemple dire que sa frustration dans des relations affectives est due à son mauvais choix de partenaire ».

Les qualités psychométriques de l'instrument sont bonnes, avec une fidélité interjuge très satisfaisante (0,86) et des indications solides de sa validité de contenu, de sa validité de construction ainsi que de sa validité prédictive (Ablon et Jones, 1998 ; Jones et Pulos, 1993 ; Jones et al., 1987, 1988, 1991, 1992 ; Ablon et al., 2002).

L'un des intérêts de l'instrument est de permettre la comparaison entre pratique effective et modèle théorique. Pour avoir une représentation des modèles théoriques selon le

PQS, Ablon et Jones (1998) ont demandé à des experts de la psychothérapie psychanalytique et de la psychothérapie comportementale et cognitive de classer les 100 items du PQS en fonction de leur modèle. Ils ont pu ainsi dégager deux prototypes composés des 20 items les plus caractéristiques de chaque forme de traitement (Annexes A et B). Une analyse factorielle confirme l'existence de deux facteurs (expliquant 69,3 % de la variance), l'un regroupant les items correspondant à la « technique psychanalytique⁵ » (saturation moyenne de 0,79) et l'autre les items correspondant à la « technique cognitive–comportementale » (saturation moyenne de 0,82).

2.1. Relations entre prototypes et pratiques

Ablon et Jones (1998) ont étudié des séances de trois échantillons :

- thérapie psychodynamique⁶ (TPsy), $n = 30$;
- thérapie psychodynamique spécifique pour patients souffrant d'un état de stress post-traumatique (TPsySPT), $n = 38$;
- thérapie comportementale et cognitive (TCC), $n = 32$.

Une différence en fonction du type de thérapie apparaît : pour les TCC, les éléments caractéristiques des traitements correspondent largement au prototype comportemental et cognitif (taux de correspondance de 80 % environ) et pas du tout au prototype psychanalytique ; pour les TPsy et TPsySPT, alors que le taux de correspondance est d'environ 60 % avec le prototype psychanalytique et de 40 % avec le prototype comportemental et cognitif.

Par ailleurs, le lien avec les résultats des traitements est également intéressant. Dans les trois échantillons (TPsy, TPsySPT, TCC), le succès thérapeutique est corrélé avec le taux de correspondance au prototype psychanalytique (Ablon et Jones, 1998⁷). Pour les auteurs, ces résultats signalent principalement l'importance de la souplesse du thérapeute dans l'application de sa technique. Comme le montre également Castonguay et al. (1996), la présence d'éléments d'intervention psychanalytique dans les séances cognitives se révèle positive, probablement en relation avec une gestion plus constructive des impasses relationnelles en thérapie, ce qui peut être dû à un modèle de traitement davantage fondé sur la relation thérapeutique.

3. Comparaison de trois formes de psychothérapie

À l'aide du PQS, nous avons comparé une forme de psychothérapie ultrabrève hautement formalisée à deux formes ultrabrèves moins formalisées :

- l'intervention psychodynamique brève (IPB), une forme de psychothérapie psychodynamique ultrabrève en quatre séances (Gilliéron, 1997), comparée à ;

⁵ Le terme de « psychanalytique » se réfère spécifiquement aux éléments du *prototype* psychanalytique du PQS, tandis que le terme de « psychodynamique » se réfère à tous les traitements de cette orientation.

⁶ cf. note 5.

⁷ Les mesures de résultat comprenaient des échelles de plaintes subjectives, le degré de la symptomatologie (BPRS, la SCL-90R), la dépression (le BDI, le HRSD, le RDS), les pensées automatiques (ATQ), la personnalité (MMPI-D).

- une forme d'intervention ultrabrève d'inspirations cognitive–comportementale ;
- et à une forme d'intervention ultrabrève d'inspiration familiale–systémique.

3.1. Méthode

3.1.1. Construction de deux nouveaux prototypes

Nous avons commencé par construire deux nouveaux prototypes à l'aide du PQS en appliquant la même procédure que Ablon et Jones (1998) : dix experts ont permis de construire un prototype de thérapie familiale–systémique (Annexe C), et six experts un prototype de l'intervention psychodynamique brève (Annexe D).

3.1.2. Échantillon

Six cas ont été attribués au hasard à l'une des trois formes d'intervention ultrabrève (quatre séances) suivantes : intervention psychodynamique brève (IPB), intervention d'inspiration comportementale et cognitive (ICC) et intervention d'inspiration familiale systémique (IFS).

Il s'agit de patients tout-venant venus consulter un service ambulatoire avec une demande générale de psychothérapie. Trois psychothérapeutes très expérimentés (un par type de thérapie), avec au moins cinq ans de pratique et une expertise reconnue dans son modèle, ont participé à l'étude.

3.1.3. Procédure

La deuxième séance de chaque intervention ultrabrève a été enregistrée en vidéo et retranscrite. Six juges indépendants, cliniciens ou chercheurs expérimentés (qui ne se confondent pas avec les psychothérapeutes cités), ont participé à la cotation des séances à l'aide de la transcription et matériel vidéo correspondant et dure entre une et deux heures par séance. La fidélité interjuge (coefficient de corrélation intraclasse) est bonne : 0,87 (IFS), 0,71 (IPB) et 0,76 (ICC).

Chaque séance est ensuite comparée avec chacun des quatre prototypes. Pratiquement, la somme des scores des 20 items correspondant à chaque prototype est divisée par la somme maximale théorique ($20 \times 9 = 180$, soit lorsque les 20 items du prototype sont jugés comme très caractéristiques de la séance). Les résultats sont exprimés en pourcentage de correspondance. Un pourcentage positif indique que les éléments du prototype sont jugés comme caractéristiques de la séance (somme au-dessus de 90), un score négatif que les éléments du prototype sont jugés comme non caractéristiques de la séance (somme au-dessous de 90).

3.1.4. Traitements

Les premiers entretiens en psychothérapie ont pour objectifs principaux la construction d'une alliance thérapeutique, la récolte d'informations concernant la problématique du patient ainsi que la formulation d'une indication à un travail psychothérapeutique spécifique (Currat et al., 2001).

L'intervention psychodynamique brève (IPB) en quatre séances est décrite en détail ailleurs (Gilliéron, 1997). Inspirée des principes théoriques des thérapies brèves de Malan et Sifneos, elle focalise sur les motivations du patient à venir consulter ainsi que les interactions précoces entre le thérapeute et le patient.

Pour décrire la technique en deux mots, disons simplement qu'à la fin du premier entretien, le thérapeute offre une interprétation initiale fondée sur une compréhension du pré-transfert du patient ainsi que des thèmes relationnels conflictuels centraux. Les séances suivantes permettent de travailler cette hypothèse avec le patient. La dernière séance sert à faire un bilan de ce qui s'est passé et à discuter des suites éventuelles à donner à ce premier contact thérapeutique.

Pour les deux autres formes d'interventions, la technique était bien moins formalisée. On a demandé aux thérapeutes de procéder selon leur modèle théorique en utilisant le même cadre temporel de quatre séances. Les thérapeutes ont confirmé la pertinence et la validité clinique de ces premiers entretiens.

3.2. Résultats

3.2.1. Ce que les thérapeutes font au cours de l'IPB

Le prototype de l'intervention psychodynamique brève se présente comme une synthèse entre des items appartenant au prototype psychanalytique (sept items) et des items appartenant au prototype familial–systémique (huit items). Un seul item fait partie également du prototype comportemental et cognitif et quatre sont spécifiques. Il correspond bien avec l'idée que les cliniciens se font de cette méthode.

Comme le montre le [Tableau 1](#), les deux cas d'IPB présentent une concordance plus importante avec le prototype de cette méthode (43,8 et 36,9 %) qu'avec les prototypes des autres méthodes (11,0 % en moyenne). Les thérapeutes qui pratiquent l'IPB appliquent donc bien une technique spécifique, la concordance étant également beaucoup moins importante avec le prototype psychanalytique (11,0 et 5,0 %). Enfin, le prototype comportemental et cognitif est caractéristique dans l'un des cas (19,3 %) et non caractéristique dans l'autre cas (–10,9 %), ce qui pourrait être un indice de la souplesse du thérapeute et de l'adaptation de sa technique aux caractéristiques du patient et de la situation.

3.2.2. Ce que les thérapeutes font au cours de la psychothérapie

La comparaison des trois formes de thérapies entre elles montre que la correspondance la plus grande se trouve entre la pratique d'une méthode et le prototype de celle-ci ([Tableau 2](#)). Cependant, mis à part le prototype psychanalytique, qui est à la fois caractéristique de l'IPB et non caractéristique des deux autres approches, les trois autres prototypes sont dans tous les cas dans le pôle caractéristique des pratiques. Chacune des approches présente ainsi à la fois des aspects spécifiques et des aspects communs.

Comme le montre également la [Fig. 1](#), les cas d'IFS présentent les chevauchements les plus importants avec le prototype de la thérapie systémique (37,7 % en moyenne). Le pro-

Tableau 1
Pourcentage de correspondance entre les deux cas d'Intervention Psychodynamique Brève et les quatre prototypes

Prototypes	Cas IPB	
	Cas 1	Cas 2
IPB	43,8	36,9
Familial–systémique	22,5	19,1
Psychanalytique	11,0	5,0
Cognitivo–comportemental	19,3	–10,9

Tableau 2

Pourcentage moyen de correspondance entre les trois formes de psychothérapie ($n = 6$ cas) et les quatre prototypes

Prototypes	Formes de psychothérapie					
	IPB		Systémique		TCC	
	Moy	s	Moy	s	Moy	s
IPB	40,4	4,8	26,9	7,9	14,1	8,8
Fam.-systémique	20,8	2,4	37,7	3,8	11,7	5,3
Psychanalytique	8,0	4,2	-12,1	23,6	-11,1	17,8
Cognitif-comp.	4,2	21,4	22,1	3,5	11,6	4,0

Moy = moyenne ; s = Écart-type.

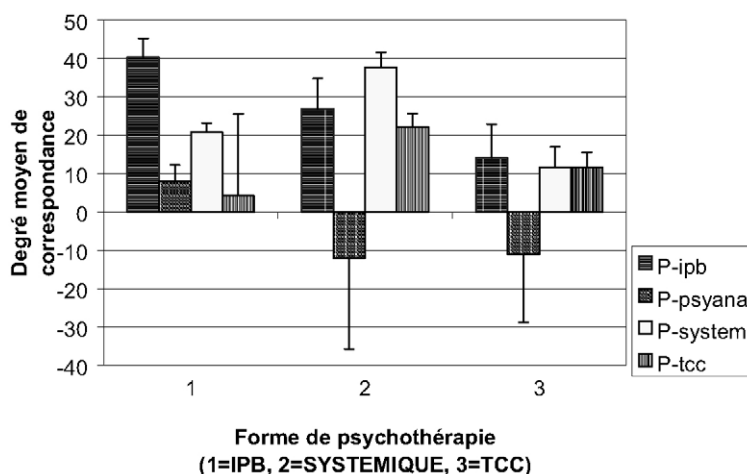


Fig. 1. Degré moyen de correspondance (et écart-types) des quatre prototypes (P) en fonction des trois formes de psychothérapie ($n = 6$ cas).

totype de l'IPB est présent dans les deux cas d'IFS (26,9 % en moyenne) ainsi que le prototype comportemental et cognitif (22,1 %). Le prototype psychanalytique est plutôt non caractéristique de ce type de thérapie (-12,1 %).

Dans les cas d'ICC, les prototypes comportemental et cognitif (11,6 %), IPB (14,1 %) et familial-systémique (11,7 %) sont représentés dans les mêmes propositions. C'est un résultat particulièrement surprenant dans la mesure où il montre que l'ICC est la pratique la moins définie par des techniques spécifiques et qu'il contredit l'étude d'Ablon et Jones (1998).

4. Discussion

Cette étude exploratoire met en lumière plusieurs aspects intéressants des pratiques thérapeutiques par rapport aux modèles théoriques qui les définissent. Tout d'abord, c'est entre le prototype idéal et la pratique clinique de chaque forme de psychothérapie qu'on observe la correspondance la plus importante. Les thérapeutes font donc bien ce qu'ils disent faire.

Mais ils ne font pas que cela : l'adhérence à un modèle n'exclut pas le recours à des pratiques valorisées explicitement par d'autres modèles. Au-delà des facteurs communs,

ces techniques spécifiques « importées » d'autres modèles indiquent que le thérapeute fait preuve de souplesse dans ses interventions, qu'il ajuste et adapte son intervention en fonction du contexte. Schulte et Eifert (2002) ont décrit un modèle duel des stratégies thérapeutiques, tantôt orientées par la méthode, tantôt orientées par la situation. Nos résultats reflètent cette nécessaire dualité entre spécificité et souplesse.

Comparés aux résultats d'Ablon et Jones (1998), nos formes de psychothérapie sont moins spécifiques : le prototype psychanalytique se révèle peu caractéristique de l'IPB et le prototype comportemental et cognitif peu caractéristique de l'ICC. La différence entre ces deux études tient en grande partie au type de processus étudié. Au cours de l'intervention psychodynamique brève, plusieurs items du prototype psychanalytique, « Les rêves et les phantasmes du patient sont discutés », « Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations », « La relation thérapeutique est un sujet de discussion » ou encore « Le patient montre une nouvelle compréhension » ne sont pas attendus dans ce contexte, voire sont même techniquement prohibés dans le cas de l'interprétation de transfert.

En termes de spécificité, l'IPB et l'IFS se montrent plus spécifiques que l'ICC alors que l'on s'attendait à un résultat opposé. En observant l'enregistrement des séances d'ICC, nous avons été frappés de constater qu'elles avaient en effet un caractère relativement non-spécifique dans la mesure où l'objectif était d'établir la compatibilité du patient avec l'approche comportementale et cognitive plutôt que d'appliquer directement la méthode elle-même. L'alliance thérapeutique, en tant que facteur commun, a également pu jouer un rôle. On sait en effet que l'alliance se construit au cours des premières séances (De Roten et al., 2004). Or, les aspects relationnels sont particulièrement présents dans les prototypes IPB et IFS, ce qui expliquerait leur importance durant cette phase de la thérapie. Remarquons enfin que la haute spécificité observée dans l'IPB va de pair avec un haut degré de formalisation de la méthode qui permet une application plus rigoureuse d'attitudes et de techniques.

Le modèle psychanalytique est le plus variable d'un cas à l'autre, particulièrement dans les ICC et les IFS. Cette variabilité dépend en particulier de l'influence de la relation thérapeutique. Ainsi les items du prototype psychanalytique « Le thérapeute est sensible aux émotions du patient, empathique » et « Le thérapeute communique avec un style clair, cohérent » varient fortement d'un cas à l'autre. La variabilité rend donc compte également de la souplesse et de l'adaptation du thérapeute aux caractéristiques du patient dans la construction d'une relation thérapeutique.

Les nombreuses questions soulevées par cette étude exploratoire soulignent l'intérêt de cet instrument de recherche et démontrent l'importance de compléter les études d'efficacité portant sur les résultats des psychothérapies par des études portant sur les processus thérapeutiques (Grawe, 1997). Cette perspective comparative et processuelle nous semble particulièrement prometteuse : cliniciens et chercheurs peuvent y trouver un espace commun de réflexion et de dialogue et, les cliniciens de différentes orientations peuvent dépasser les débats idéologiques qui perturbent trop souvent la comparaison de leurs pratiques.

La formation est un autre domaine où le PQS peut se révéler très utile. Avec la construction du prototype IPB par exemple, nous disposons d'un instrument permettant de mesurer l'intégrité de ce traitement, selon les deux aspects : l'adhérence (fidélité au modèle) et la différenciation (différence par rapport aux autres modèles). Utilisé avec les thérapeutes en

formation, il nous permet d'évaluer directement l'impact de la formation sur l'adhérence à la technique.

La méthode comporte également ses limites. L'utilisation des statistiques courantes, se fondant sur des indices de tendances centrales et de la variance, comporte un risque de simplification et de réductionnisme. Par ailleurs, l'approche par prototype se trouve dans une perspective naturaliste, se limitant aux aspects observables : la rencontre intersubjective qui caractérise toute forme de psychothérapie est certainement plus et autre chose que cela. Cette étude exploratoire est également très limitée ; l'échantillon est minimal et ne permet que de poser les questions à tester sur des échantillons plus grands. Le contexte particulier des premières séances de psychothérapie est très spécifique et limite la portée des observations. Des analyses sur des séances à différents moments du processus sont indispensables. La variabilité des thérapeutes est également un élément dont il faudra tenir compte à l'intérieur d'un modèle thérapeutique donné, étant donné l'importance de cette variable (Wampold, 2001). Enfin, ces données de processus ne prendront tout leur sens qu'une fois mises en relation avec des données concernant les résultats de ces traitements.

5. Conclusion

Le PQS s'est révélé un instrument très intéressant pour comparer des processus thérapeutiques différents afin de spécifier leurs éléments communs et spécifiques. Malgré ses limites, nous espérons que notre contribution stimulera d'autres recherches empiriques dans le domaine.

Annexe A

Prototypé Psychanalytique (dix premiers items)

Item	Description
91	Les rêves et les fantasmes du patient sont discutés.
94	Le thérapeute est neutre.
37	Le thérapeute pointe l'utilisation par le patient de manœuvres défensives, par exemple l'annulation rétroactive, le déni.
100	Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations.
7	Le thérapeute est sensible aux émotions du patient ; empathique.
68	Le thérapeute interprète des désirs, des sentiments ou des idées réprimés ou inconscients.
19	Le thérapeute présente une attitude d'acceptation sans jugement.
33	Le patient montre une nouvelle compréhension.
99	La relation thérapeutique est un sujet de discussion.
47	Le thérapeute communique avec le patient dans un style clair, cohérent.

Tiré de [Ablon et Jones \(1998\)](#), traduction française.

Annexe B

Prototypé comportementale et cognitif (dix premiers items)

Item	Description
38	Il y a une discussion à propos des tâches et des activités spécifiques que le patient doit atteindre en dehors des séances.
30	La discussion est centrée sur des thèmes cognitifs.
4	Les buts du traitement pour le patient sont discutés.
85	Le thérapeute encourage le patient à essayer de nouvelles manières de se comporter avec les autres.
17	Le thérapeute exerce un contrôle actif sur l'interaction (par exemple, structuration ou introduction de nouveaux sujets de discussion).
45	Le thérapeute adopte une attitude soutenante.
23	Le dialogue a un focus spécifique.
31	Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.
69	La situation de vie actuelle ou récente est mise en avant dans la discussion.
27	Le thérapeute donne des conseils explicites.

Tiré de [Ablon et Jones \(1998\)](#), traduction française.

Annexe C

Prototypique systémique (les dix premiers items)

Item	Description
63	Les relations interpersonnelles du patient sont un thème majeur de la séance.
2	Le thérapeute attire l'attention du patient sur son comportement non-verbal, par exemple la posture corporelle, les gestes.
62	Le thérapeute identifie un thème récurrent dans l'expérience de la conduite du patient.
40	Le thérapeute fait des interprétations qui se réfèrent à des personnes concrètes de la vie du patient.
43	Le thérapeute suggère le sens des comportements des autres.
101	Le thérapeute aborde dans la séance les liens conjugaux, parentaux et filiaux.
102	Lors de la séance le thérapeute ou le patient accordent de l'importance aux liens intrafamiliaux.
103	Le thérapeute élabore des hypothèses fondées sur la réalité des relations avec la famille et avec les personnes significatives de l'entourage.
104	Le thérapeute accorde son attention aux événements marquants de la vie familiale à travers les générations.
105	Le thérapeute questionne le client autour de perceptions et de croyances des membres de sa famille.

Annexe D

Prototypique de l'Intervention Psychodynamique Brève (dix premiers items)

Item	Description
62	Le thérapeute identifie un thème récurrent dans l'expérience ou le comportement du patient.
18	Le thérapeute présente une attitude d'acceptation sans jugement.
3	Les remarques du thérapeute visent à faciliter l'expression verbale du patient.
80	Le thérapeute présente une expérience ou un événement dans une perspective différente.
65	Le thérapeute clarifie, reformule ou met en forme les propos du patient.
46	Le thérapeute communique avec le patient dans un style clair, cohérent.
32	Le patient montre une nouvelle compréhension.
101	Le thérapeute aborde dans la séance les liens conjugaux, parentaux et filiaux.
81	Le thérapeute met de l'importance sur les sentiments du patient dans le but de l'aider à les ressentir profondément.
67	Le thérapeute interprète des désirs, des sentiments ou des idées réprimés ou inconscients.

Références

- Ablon, J.S., Jones, E.E., 2002. Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy : Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry* 159 (5), 775–783.
- Ablon, J.S., Jones, E.E., 1998. How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research* 8 (1), 71–83.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J., Hayes, A.M., 1996. Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64 (3), 497–504.
- Curat, T., Despland, J.-N., Michel, L., 2001. De l'investigation psychiatrique à la consultation thérapeutique. *Médecine & Hygiène* 59, 1768–1774.
- de Roten, Y., Fisher, M., Drapeau, M., Beretta, V., Kramer, U., Favre, N., Despland, J.-N., 2004. Is one assessment enough? Patterns of early alliance development and outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 11 (5), 324–331.
- Frank, J.D., Frank, J.B., 1991. *Persuasion and Healing. A comparative study of Psychotherapy* (3rd Edition). John Hopkins University Press, Baltimore.
- Gillieron, E., 1997. *Manuel de psychothérapies brèves*. Dunod, Paris.
- Goldfried, M.R., 1991. Research issues in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration* 1, 5–25.
- Grawe, K., 1997. Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research* 7 (1), 1–19.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D., 2000. *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy*. American Psychological Association, Washington, D. C.
- Jones, E.E., 2000. *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Jason Aronson, Northvale, NJ.
- Jones, E.E., Cumming, J.D., Horowitz, M.J., 1988. Another look at the non-specific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56, 48–55.
- Jones, E.E., Hall, S., Parke, L.A., 1991. The process of change: the Berkeley Psychotherapy Research Group. In: Beutler, L., Crago, M. (Eds.), *Psychotherapy Research: An International Review of Programmatic Studies*. American Psychological Association, Washington, D. C, pp. 98–107.
- Jones, E.E., Krupnick, J.H., Kerig, P.K., 1987. Some gender effects in a brief psychotherapy. *Psychotherapy* 24, 336–352.
- Jones, E.E., Parke, L.A., Pulos, S.M., 1992. How therapy is conducted in the private consulting room : a multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research* 2 (1), 16–30.
- Jones, E.E., Pulos, S.M., 1993. Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (2), 306–316.
- Luborsky, L., Diguier, L., Luborsky, E., Schmidt, K.A., 1999. The Efficacy of Dynamic versus other Psychotherapies. In: Janowsky, D.S. (Ed.), *Psychotherapy Indications and Outcomes*. American Psychiatric Press, Washington, D. C, pp. 3–22.
- Schulte, D., Eifert, G.H., 2002. What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science & Practice* 9 (3), 312–328.
- Wampold, B.E., 2001. *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods, and Findings*. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.