



**HAL**  
open science

**Caractériser et comprendre le processus de changement  
des psychothérapies complexes : modélisation des  
processus, mécanismes et conditions des changements  
associés à la psychothérapie de 66 enfants et adolescents  
présentant des troubles du spectre autistique**

Jean-Michel Thurin

► **To cite this version:**

Jean-Michel Thurin. Caractériser et comprendre le processus de changement des psychothérapies complexes : modélisation des processus, mécanismes et conditions des changements associés à la psychothérapie de 66 enfants et adolescents présentant des troubles du spectre autistique. Sciences cognitives. Université Sorbonne Paris Cité, 2017. Français. NNT : 2017USPCB104 . tel-01829109

**HAL Id: tel-01829109**

**<https://theses.hal.science/tel-01829109>**

Submitted on 3 Jul 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Université Paris Descartes

Ecole doctorale ED 3C : Cerveau, Cognition, Comportement

*CESP/INSERM U1018 / Méthodologie*

## **Caractériser et Comprendre le Processus de Changement des Psychothérapies Complexes**

*Modélisation des processus, mécanismes et conditions des  
changements associés à la psychothérapie de 66 enfants et  
adolescents présentant des troubles du spectre autistique*

Par Jean-Michel Thurin

Thèse de doctorat en Sciences Cognitives

Dirigée par Bruno Falissard

Présentée et soutenue publiquement le 31 mai 2017 Devant un jury composé de :

Botbol, Michel, Professeur des Universités – Praticien hospitalier	Rapporteur
Muratori, Filippo, Professeur des Universités, Directeur U0C3,	Rapporteur
Cohen, David, Professeur des Universités – Praticien hospitalier	Examineur
Golse, Bernard, Professeur des Universités – Praticien hospitalier,	Examineur
Georgieff, Nicolas, Professeur des Universités – Praticien hospitalier	Examineur

*À Monique, mon épouse et compagne de tous les instants*

*À mes enfants Anthony, Thomas et Sarah*

*À mes petits-enfants Salomé, Milos, Leïla et Idriss*

*À mes parents ...*

# Remerciements

C'est grâce à de nombreuses personnes que j'ai pu mener cette thèse à terme, que chacune de ces personnes soit remerciée même si elle n'est pas citée.

Je voudrais tout d'abord remercier grandement mon directeur de thèse, Bruno Falissard, pour la confiance qu'il m'a accordée et pour m'avoir permis d'explorer l'analyse sous un angle statistique que je n'avais pas envisagé ...

Je remercie mon jury

Michel Botbol et Filippo Muratori qui m'ont fait l'honneur d'être les rapporteurs de ma thèse,

David Cohen, Bernard Golse et Nicolas Georgieff, qui m'ont fait l'honneur et ont accepté d'être les examinateurs de mon travail. Leur aide au cours du développement de ma thèse m'a stimulé et m'a permis d'envisager des questions de façon approfondie.

Je remercie naturellement Monique Thurin pour son apport quotidien dans de multiples domaines et notamment celui des sciences du langage et de la psychologie clinique dans lesquels elle est particulièrement qualifiée.

Je remercie aussi très chaleureusement chacun et chacune des cliniciens et cliniciennes français(e)s et italien(ne)s\* qui se sont engagé(e)s dans le pôle autisme du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques dont les données constituent, avec la littérature internationale, le socle de ma thèse. La qualité de leur travail, dans la prise en charge psychothérapeutique des enfants et adolescents autistes, est particulièrement remarquable. Leur engagement dans la recherche est un indicateur fort de ce que peut apporter une recherche collaborative cliniciens-chercheurs dans le double domaine des pratiques et des connaissances.

Je remercie tout particulièrement Geneviève Haag qui m'a beaucoup apporté au niveau de la compréhension du travail fabuleux qu'elle a entrepris et mené toute sa vie pour aider les enfants autistes. Nos échanges, toujours chaleureux mais sans concession, ont été très fructueux pour la recherche menée. Je la remercie également pour l'incitation qu'elle a eu auprès des cliniciens afin qu'ils s'engagent dans les études.

Je remercie également Catherine Barthélémy. Elle a permis à des cliniciens de son équipe de s'engager dans les études et sa présence au cours des journées organisées par le Réseau a été un des moteurs des discussions de fond très pertinentes menées sur les questions de l'autisme.

Pour rien au monde, je n'oublierais d'exprimer mes plus vifs remerciements à Daniel Widlöcher qui m'a tant apporté, depuis la lecture de ses travaux jusqu'aux discussions méthodologiques et cliniques en maintes occasions. Je pense notamment à la recherche sur le rêve que nous avons réalisée, ainsi qu'à nos réunions très animées du « Groupe du lundi » consacrées à l'évaluation des psychothérapies psychanalytiques.

Je remercie également toutes les personnes qui ont jalonné mon parcours de clinicien et m'ont incité à la recherche en stimulant ma réflexion sur des questions qui se sont posées dans ma pratique, à commencer par mes patients. J'y associe mes collègues et amis C. Kordon, G. Darcourt, Ph. Mazet, Th. Lempérière, F. Sauvagnat, A. Maruani, O. Lehembre, les auteurs qui m'ont tout particulièrement inspiré, et dont les travaux sont largement cités dans cette thèse, E. Jones, A. Kazdin, W. Stiles, J. Barber, P. Höglend, C. Schneider, C. Hill, R. Elliott, B. Wampold ..., T. Delespierre pour le développement initial sur *R*, ainsi que le groupe des cliniciens qui travaille sur l'évaluation des psychothérapies en pratique quotidienne dans le registre des troubles de la personnalité borderline N Juskewycz, F. Dafri, J. Y. Gautier, F. Journet, et M. Molinié.

\* Dans le pôle autisme, les cliniciens sont français ou italiens. Il s'agit, pour le pôle des cliniciens italiens, Susanna Ajmone Marsan, Barbara Amabili, Margherita Amenta, Anna Ancona, Anna Rosa Badiali, Ermenegilda Bertan, Chiara Cattelan, Elena Cetti, Barbara Ferri, Dana Gatti, Vanda Ghedin, Sonia Guerri, Gabriella Intinis Margherita Jezi, Rossana Jommi, Attilia Lanteri, Susanna Maione, Federica Mastella, Marco Mastella, Rosa Mattioli, Susanna Messeca, Cinzia Morselli, Chiara Nanni, Laura Pasero, Sylvia Peroni, Mario Priori, Angela Rossi, Paolo Vassallo, Luisa Zancanella.

Pour le pôle des cliniciens français de Léonardo Arrieta, Méлина Avondes-Yvelin, Marie Bakchine, Laurence Barrer, Radhia Benyoussef, Romuald Blanc, Catherine Brodin, Natalie Bouqueniaux, Jean-Michel Carbunar, Géraldine Cerf, Aviva Cohen, Didier Cohen-Salmon, Maguy Couetlanes, Mashinka Cusco, Marine De Courcel, Natalie Defas, Annie Dilanian, Mabel Guibert, Geneviève Haag, Christine Jacomin, Cécile Jounieaux, Claire Jutard, Anja Kloeckner, Elodie Lauserie, Chantal Lemant, Marie Makdessi, Pascale Margot, Bruno Mauger, Marie Michelle Narzabal, Lisa Ouss, Anne-Sylvie Pelloux, Candide Perez, Agnès Petit, Fabienne Piniho, Pierrette Poyet, Sylvie Reignier, Nathalie Ripoché, Christine Ritter, Magali Roachat, Patricia Rochut, Vélarie Roumengous, Olivier Rouvre, Flora Solans, Audrey Taffin, Colette Tostivint, Hélène Tremblay.

# Résumé

## Caractériser et Comprendre le Processus de Changement d'une Psychothérapie Complexe

### *Modélisation des processus, mécanismes et conditions des changements associés à la psychothérapie de 66 enfants et adolescents présentant des troubles du spectre autistique*

La méthodologie de l'évaluation en psychothérapie s'est longtemps limitée aux résultats issus d'essais cliniques comparatifs de groupes. L'objectif, engagé dans les années 2000, de comprendre ce qui cause son efficacité a engagé un renouvellement méthodologique. Son application concrète est peu documentée.

La première partie présente, à partir d'une revue de la littérature centrée sur l'introduction de la recherche sur le processus associée aux résultats, comment le paradigme interactionnel multifactoriel de la psychothérapie a stimulé le développement de méthodes adaptées à la complexité et à l'observation en conditions naturelles.

La seconde partie introduit autour de cinq axes principaux les questions méthodologiques générales et spécifiques de cette nouvelle orientation : 1. une épistémologie interactionnelle et transactionnelle ; 2. Un recentrage sur les études mixtes intensives de cas ; 3. Une investigation clinique et théorique multifocale des processus et mécanismes de changement ; 4. une forte relation clinicien-chercheur ; 5. une approche statistique innovante.

La troisième partie expose l'expérience et les questions soulevées par sa mise en œuvre dans le cadre du pôle autisme d'un réseau de recherche clinique centré sur les pratiques, du recueil des données jusqu'à l'analyse des processus et mécanismes de changement, et les résultats qui en sont issus.

La quatrième partie présente une revue détaillée de la littérature.

Cette thèse devrait favoriser les collaborations avec les disciplines connexes et l'efficacité des traitements par une meilleure connaissance des conditions et des mécanismes de changement associée au développement d'une base de données issue d'études de cas.

# **Présentation générale de la thèse pour sa soutenance**

Avant de commencer, je souhaite d'abord remercier les membres du jury d'avoir accepté de participer à cette soutenance ainsi que mon directeur de thèse Bruno Falissard et les membres de mon comité de thèse David Cohen et Nicolas Georgieff pour leur accompagnement et leur soutien tout au long de ce doctorat.

Je remercie également les personnes présentes pour l'intérêt qu'elles portent à mon travail.

Cette soutenance est l'aboutissement d'une recherche menée sur l'évaluation des psychothérapies depuis les années 90 et qui a pris un tournant opérationnel majeur à la suite de l'expertise collective Inserm de 2004 à laquelle j'ai participé avec B Falissard et dont la critique méthodologique a conduit au développement d'un réseau de recherches cliniques dont sont issues les études intensives de cas auxquelles cette thèse fait référence.

La thèse que je soutiens devant vous porte sur l'introduction de la recherche processus-résultats en psychothérapie, ce qui l'a imposée - le caractère restreint des connaissances sur la causalité des changements en psychothérapie -, ce qu'elle a impliqué - l'évolution du paradigme de la recherche et le renouvellement des méthodes d'analyse à partir d'études de cas à fort niveau de preuve-, et questionné - la possibilité d'en appliquer les principes aux processus de changement d'une population clinique -.

Cette possibilité a été mise à l'épreuve à partir de l'analyse de 66 psychothérapies conduites avec des enfants et adolescents souffrant de troubles autistiques, dont le processus de changement a été suivi et analysé sur une période d'un an. Ces psychothérapies ont été menées en conditions naturelles par des praticiens expérimentés de différentes orientations, la plus représentée dans ce travail étant psychanalytique.

L'objectif de cette thèse est d'élargir la base des connaissances, et de faciliter le développement d'études de ce type - encore rarement réalisées -, de montrer la possibilité, l'importance et le caractère indispensable de la collaboration cliniciens - chercheurs, et

d'encourager les cliniciens à s'engager pour aller plus loin dans la recherche clinique qui s'est révélée être aussi un formidable appui dans le champ complexe de l'autisme.

La thèse comprend quatre parties

La première partie présente, à partir d'une revue de la littérature centrée sur l'introduction et le développement de la recherche sur le processus associée aux résultats, comment le paradigme interactionnel multifactoriel de la psychothérapie s'est imposé dans le contexte de l'EBM et a stimulé le développement de méthodes centrées sur la causalité des changements adaptées à la complexité de l'action thérapeutique en psychothérapie, telle qu'elle est réalisée en conditions naturelles.

La seconde partie précise les aspects méthodologiques généraux et spécifiques de cette nouvelle orientation, à partir de deux axes principaux :

1. le premier axe est épistémologique : le processus interne de la psychothérapie est constitué d'interactions et de transactions entre le patient et le thérapeute. Par transaction, je fais référence à la nature dialogique des échanges verbaux et préverbaux entre le patient et le thérapeute. Le paradigme de l'action thérapeutique se distingue ainsi nettement de celui du modèle médical classique (un agent prescrit, une effet produit). Et, par extension, celui de l'efficacité, en y intégrant la chaîne causale qui la sous-tend ;
2. le second axe est méthodologique, avec 4 caractéristiques :
  1. *premièrement* - le recentrage sur les études observationnelles mixtes quasi-expérimentales de cas ;
  2. *deuxièmement* - l'introduction d'une procédure clinique associant à la causalité inférée des troubles celle de l'action thérapeutique sur ses principaux facteurs de maintenance et de renforcement ;
  3. *troisièmement* - l'élargissement de la portée des batteries d'évaluation, permettant une analyse plus large de ce qui a changé et a participé au processus de changement ; notamment, l'investigation clinique du thérapeute, le développement de ses hypothèses, le choix de ses objectifs (sa « théorie du changement ») et de l'approche qui en découle, en



relation avec la participation de l'enfant ;

4. *quatrièmement* - l'articulation dynamique entre l'étude du changement au niveau du cas individuel et l'étude statistique issue du regroupement des cas.

La troisième partie expose en détail la méthodologie qui a été appliquée dans le réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques, du recueil des données jusqu'à l'analyse des processus et mécanismes de changement. Cette méthodologie conduit, par différentes voies, à une modélisation de l'action thérapeutique dans différentes configurations, de sa conception à sa réalisation.

Sur cette base, je présente les premiers résultats qui en sont issus au niveau méthodologique, mais aussi les effets proprement dits sur les comportements, le développement et fonctionnement de l'enfant à partir des psychothérapies réalisées.

La quatrième partie présente une revue historique détaillée de la littérature.

Je précise maintenant les principaux points soulevés

- Premier point. Le *modèle Interactionnel / Transactionnel*.

Intrinsèquement bi-personnel ou dyadique, le *modèle interactionnel* met l'accent sur les processus réciproquement influents en psychothérapie (i.e, ce modèle reconnaît explicitement l'influence des caractéristiques spécifiques du patient, de ses comportements et de ses représentations mentales sur le thérapeute et sur le développement du processus thérapeutique émergent).

Au delà de la description de ces interactions, se pose la question de l'ajustement des réponses du thérapeute et de son effet sur les résultats.

La *conception transactionnelle* considère que les processus et espaces de changement se définissent mutuellement, plutôt que par une simple interaction.

Cette conception conduit à l'examen des configurations qui permettent ou qui obèrent le changement, et à celui des changements de configuration accompagnent le processus d'évolution.

- Deuxième point. *Les études de cas de nouvelle génération.*

Elles peuvent assurer un niveau de preuve élevé. Kazdin revient à de nombreuses reprises sur le fait que « Les études quasi expérimentales de cas individuels peuvent permettre d'obtenir des niveaux de preuve sensiblement similaires à ceux des études expérimentales ».

Dans quelles conditions et pourquoi ?

D'abord, ces études doivent reposer sur des données objectives au lieu d'informations anecdotiques ; des mesures claires, issues d'un recueil systématique des données à plusieurs reprises, sont nécessaires pour attester du fait que des changements ont effectivement eu lieu. Ces changements doivent concerner un problème stable et des cas multiples.

Il faudra veiller par ailleurs à ce qu'une autre explication que le traitement ne puisse expliquer les résultats.

La réplication des cas est indispensable. *Essentiellement, chaque cas peut être vu comme une réplication de l'effet originel qui a semblé être le résultat d'un traitement.* Plus il y a de cas qui s'améliorent avec le traitement, moins il est probable qu'un événement externe soit responsable du changement. Des événements externes ont probablement varié parmi les cas, et ce qui est partagé, à savoir le traitement, devient la raison la plus plausible des changements thérapeutiques.

Avec un échantillon de patients hétérogènes, la probabilité qu'une menace particulière à la validité interne (histoire, maturation, régression statistique) qui puisse expliquer les résultats se trouve réduite. L'analyse inter-cas issue des réplifications établit la même fonction que celle du groupe contrôle dans les études expérimentales de groupe : les effets du traitement deviennent l'interprétation la plus plausible et parcimonieuse des résultats.

Un autre aspect renforce les conclusions issues de la réplication, c'est que l'évolution longitudinale des effets s'inscrit dans une logique explicative cohérente.

- Troisième point. *L'approche causale de la psychopathologie et de l'action thérapeutique.*

Kazdin, Kraemer et al. engagent en 1997 un tournant méthodologique majeur en donnant à l'approche « facteurs de risque » une orientation élargie à celle des facteurs de « protection », « réparation », « construction » à partir de la psychopathologie développementale. Cette nouvelle

orientation prend en compte le fait que :

- La causalité est rarement unifactorielle et linéaire dans les situations rencontrées en clinique.
- L'existence de facteurs déclenchant montre l'aspect discret des troubles.
- Les relations causales ne sont pas évidentes et sont déduites à partir de l'observation elle-même.

Un nouveau modèle émerge où la définition et la distinction des différentes variables susceptibles d'intervenir dans un résultat devient une nécessité et un objectif. Ainsi :

- La référence aux facteurs de risque et à leur recherche ne vise pas seulement à centrer l'attention sur les effets indésirables potentiels, mais également à concevoir les facteurs (interventions, configurations) qui peuvent conduire à des résultats favorables.
- Des modèles conceptuels spécifiques sont nécessaires pour expliquer les progrès du processus thérapeutique.

Cette approche associe le niveau des dysfonctionnements aux manifestations pathologiques et à leurs causes. C'est une première étape importante. Ce qui l'est encore davantage, c'est d'y associer les actions développementales et thérapeutiques qui leur correspondent.

*La ou les chaînes causales qui conduisent aux résultats se trouvent ainsi conçues sous la forme d'hypothèses, destinées à être éventuellement déjà testées au cours du processus de traitement, puis à faire l'objet de procédures de consolidation des premières observations. Ce programme est précisé et complété par une série d'articles publiés sur une douzaine d'années*

- Quatrième point. *L'élargissement de la portée des batteries d'évaluation.*

L'attention portée aux processus de changement et aux mécanismes qui les sous-tendent conduit naturellement à une recherche sur les dysfonctionnements et leurs causes et, réciproquement, à ce que peut indiquer une évolution vers un fonctionnement « normal » dans un processus de récupération et de développement.

Les batteries d'évaluation doivent permettre de suivre cette évolution et apporter des pistes pour la comprendre.

Dans cette perspective quatre instruments sont nécessaires pour évaluer un processus de changement : la formulation de cas, un instrument centré sur les symptômes et les comportements,

un instrument centré sur le processus développemental et un instrument décrivant les ingrédients et la « vie » du processus interne de la psychothérapie dont les acteurs sont le patient, le thérapeute et leurs interactions.

- Cinquième point. *L'articulation de l'étude de cas individuel et de l'étude statistique.*

Elle respecte ce que chacune des méthodes apporte.

La distinction entre l'exploratoire qui serait la fonction de l'étude de cas et le confirmatoire qui serait celle des études de cas regroupés n'est pas nette. Les études observationnelles (sans manipulation) peuvent être utilisées à la fois pour générer et tester des hypothèses. L'observation passive peut être utilisée pour vérifier des hypothèses à partir d'une variation concomitante, hypothèses qui sont souvent hautement pertinentes pour des résolutions causales (Kazdin 2014).

Une des questions qui a été la plus travaillée est celle des corrélations statistiques qui devraient attester de l'importance d'une intervention spécifique pour un problème donné. De nombreuses études ont cherché à comprendre pourquoi cette corrélation ne se retrouvait pas systématiquement. Il en est ressorti que l'intervention spécifique prend en compte un ensemble de paramètres qui ne sont pas nécessairement communs chez les personnes qui souffrent d'un problème similaire.

L'ajustement du thérapeute intervient pour tirer le meilleur parti, au meilleur moment, des différences individuelles et le chemin causal qui conduit au résultat s'en trouve modifié. Tout cela n'apparaît pas nécessairement dans le regroupement des cas qui éclaire ce qui est commun, et qui en plus peut l'être à des degrés divers.

Sur ces bases, nous voici parvenus au chapitre application.

Il présente, en relation avec les résultats, les méthodes qui peuvent être mises en oeuvre pour cerner « pourquoi, comment et dans quelles conditions » la psychothérapie d'un trouble complexe peut être efficace. Il ne s'agit plus ici d'opérer de façon globale en testant sur un groupe une approche par rapport à une absence de traitement ou à une autre approche.

Six méthodes issues de la littérature sont proposées dans la thèse. Elles sont à prendre comme des moyens simples, très proches de l'exercice clinique, de formaliser les opérations mentales et les interventions qui conduisent à un changement significatif.

L'instrument de processus permet d'établir le lien entre ce qui est conçu et actualisé dans

l'action thérapeutique. Si l'action, dans ses différentes composantes objectivées par les instruments a été adaptée, l'effet doit se retrouver dans le résultat.

Le principe général qui sous tend ces méthodes est le suivant. Il s'agit :

- soit (dans l'après-coup) d'identifier les configurations d'éléments qui ont été activées à chaque temps d'évaluation de la psychothérapie (les médiateurs, qui ne se réduisent pas aux interventions techniques), de les mettre en relation avec les effets manifestes observés et de rechercher s'il existe une relation explicative logique ou statistique ;
- soit, dès la formulation de cas, de définir à partir d'une analyse fonctionnelle, quelles sont la ou les causes déclenchantes actuelle et les racines structurelles des problèmes rencontrés (la vulnérabilité) (chaîne causale 1 « facteurs de risque »), de concevoir à partir de là quelles sont les interventions appropriées pour obtenir un résultat (chaîne causale 2 « facteurs d'évolution favorable »), et d'examiner les résultats obtenus en considérant également les mécanismes qui peuvent les expliquer.

Dans chacune de ces approches, des cas similaires sont recherchés, les résultats et les hypothèses sur lesquels ils sont fondés examinés.

#### Concernant les résultats des psychothérapies

Les résultats généraux ont été présentés et discutés en détail dans l'article de 2014 dans Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. Les courbes d'évolution moyenne des 66 enfants montrent une évolution favorable similaire à celles se rapportant aux 50 premières psychothérapies évaluées. Il apparaît que ces résultats quantitatifs peuvent être considérablement enrichis par une description qualitative des items issus des différents instruments concernés par le changement et de leurs configurations initiales et ultérieures.

Tout ce qui précède conduit à une conclusion simple : nous avons besoin d'avoir des résultats précis pour pouvoir prétendre à dire quelque chose sur les processus de changement et leurs mécanismes. Ces résultats précis peuvent être obtenus à partir des études de cas, en allant au delà des résultats purement quantitatifs et en utilisant les possibilités d'une approche mixte issue de la formulation de cas et des énoncés d'instruments à forte dimension clinique.

Le résultat n'est pas une fin, mais un indicateur qu'une activité spécifiée a produit un effet en relation à la causalité qui sous tend ses expressions pathologiques, sur un cas ou un profil de cas. Si elle ne produit pas ou peu d'effet au regard de cas similaires ou dans un domaine spécifique, il faut essayer de comprendre pourquoi. Kazdin fait largement référence aux travaux de Patterson sur les troubles des conduites montrant le cercle vicieux qui peut s'établir entre le comportement de l'enfant et les réponses inadaptées que lui donne l'entourage. Dans le même ordre d'idée, les observations détaillées des 66 enfants nous confrontent à un décrochage de leur trajectoire d'évolution par rapport à celle d'enfants du même âge et à l'influence que peut avoir l'insécurité associée à une situation contextuelle particulièrement difficile ou, comme cela a été avancé, à des difficultés pré ou périnatales particulières- (modérateur).

Mais l'analyse des cas nous conduit surtout à constater la réduction importante de comportements pathologiques et le développement relativement rapide d'aptitudes relationnelles s'exprimant dans l'interaction sociale, l'expression et le partage émotionnel, la communication, la relation aux objets, la réduction de l'intolérance au changement, et le regard. La compréhension de ces évolutions et la modélisation des facteurs qui peuvent les expliquer devient alors, comme nous l'avons déjà souligné plus haut, non seulement un objectif mais une apport important pour la pratique et la théorie.

Pour conclure

Comme le soulignent Mesibov et Shea (2011), à partir d'une critique solide des principaux éléments qui caractérisent la pratique fondée sur la preuve classique, il n'y a pas une « vérité » qui déterminerait facilement ce qui est efficace pour les troubles autistiques. Ce qui leur apparaît essentiel, c'est que tous les principes et les techniques d'intervention, doivent être individualisés avec chaque patient et ensuite évalués pour leur efficacité dans cette situation unique qui est celle du soin et de l'éducation. Beaucoup d'études restent à faire pour comprendre par quels chemin et à quel niveau se produisent les changements au cours de la psychothérapie d'un enfant autiste.

Un point me paraît essentiel à souligner, c'est l'apport que représente la participation directe des cliniciens à une recherche qui aborde les questions centrales qui se posent quotidiennement dans le champ de l'autisme « Qu'est-ce qui fonctionne ? Pourquoi ? Comment ? Pour qui ? Qu'est que l'on pourrait faire pour que cela fonctionne encore mieux?

L'introduction d'une méthodologie qui permet de constituer des bases observationnelles solides, de formaliser les hypothèses et de réaliser une première analyse fondée des paramètres qui

ont conduit au résultat, qu'il soit bon ou moins bon, est une première étape pour y répondre. La seconde étape, qui est rendue possible par la réplication et l'existence d'une base de données, permet des comparaisons cas à cas et inter-cas centrées sur des questions particulières. Les réponses peuvent venir de différents protocoles, en tenant compte du nombre de cas et de la réduction qui s'opère du fait de l'hétérogénéité des cas, comme présenté dans cette thèse.

Dans cette perspective, l'évaluation - dont la conception initiale avait produit beaucoup de défiance et une rupture entre clinique et recherche - devient une expérience de recherche qui pourra être prise en compte au début d'une autre psychothérapie réalisée par un autre thérapeute, et plus largement.

La mutualisation des expériences et des connaissances issue de la recherche clinique réalisée en groupes de pairs, puis discutée en groupe élargi, est un point fort de ce qu'a produit le réseau. Cet abord nous semble être une façon d'apporter encore plus de sens à la pratique, laquelle en donne déjà énormément par la relation qui s'établit avec un patient souffrant d'autisme.

Je remercie à nouveau mon jury de m'avoir écouté, ainsi que les personnes présentes et tout particulièrement les cliniciens, français ou italiens, dont certains sont ici présents.

# Liste des tableaux

Tableau 01. Évolution des scores de comportements autistiques chez 66 enfants de 3 à 15 ans à partir de l'ECA-r, de façon générale (EG) et aux niveaux de la déficience relationnelle (DR) et du déficit de modulation des émotions.....	169
Tableau 02. Évolution des scores de pathologie, de développement et d'expression développementale temporaire chez 66 enfants de 3 à 15 ans à partir de l'EPCA.....	170
Tableau 03.Évolution des scores d'aptitude chez 66 enfants de 3 à 15 ans à partir de l'EPCA.....	171
Tableau 04. Évolution des scores d'insight, de vécu affectif et de relation au monde, à soi, et aux autres chez 66 enfants de 3 à 15 ans à partir du CPQ. ....	171
Tableau 05 : Données descriptives pour chacun des 10 modérateurs .....	175
Tableau 06 : Aptitudes acquises et évolution des comportements autistiques suivant les âges, l'IG et le nombre d'années antérieures de psychothérapie (enfants de 3-15 ans). ....	177
Tableau 07 : 16 enfants en psychothérapie présentent un blocage au niveau des acquisitions par rapport aux enfants de leur âge (enfants de 3-15 ans). Le tableau tient compte de la faible variation dans l'année et du nombre antérieur d'années de psychothérapie .....	180
Tableau 08 : Enfants en psychothérapie (29) présentant un gain d'aptitudes (très) favorable, saillant par rapport aux enfants du même âge.....	181
Tableau 09 : Nombre d'enfants concernés par chacun des 10 modérateurs et présentant un blocage au niveau des acquisitions relativement aux enfants de leur âge au cours de l'étude. ....	183
Tableau 10 : Enfants en psychothérapie (29) présentant un gain d'aptitudes (très) favorable, saillant par rapport aux enfants du même âge.....	184
Tableau 11. Comparaison du pourcentage de chacun des 10 modérateurs entre les groupes avec faible et fort gain d'aptitudes .....	185
Tableau 12 : Comparaison de Y096 et Y098 au niveau des variations comportementales et d'aptitudes....	224
Tableau 13 : Comparaison des scores moyens des médiateurs préconstruits de Y096 et Y098 .....	225
Tableau 14 : Comparaison des scores à 2, 6 et 12 mois des médiateurs préconstruits de Y096 et Y098 ...	226
Tableau 15 : Niveau de concordance d'une variable avec les facteurs .....	228
Tableau 16 : Intervalles des loadings des facteurs F1, F2 et F3.....	229



Tableau 17 : comparaison des facteurs correspondant à 2 types de cas.....	229
Tableau 18 : distinction des facteurs de 2 cas (Y096 et X071) .....	230
Tableau 19 : items avec scores négatifs correspondant au facteur F2.....	231
Tableau 20 : items avec scores positifs correspondant au facteur F2 .....	231
Tableau 21 : items correspondant au facteur F1 .....	232
Tableau 22 : mise en relation des coordonnées factorielles de Y078 .....	233
Tableau 23 : mise en relation des coordonnées factorielles de Y086 .....	234
Tableau 24 : mise en relation des coordonnées factorielles de Y096 .....	235
Tableau 25 : mise en relation des coordonnées factorielles de Y098 .....	235
Tableau 26. Exemple de modélisation par équation structurelle 1.....	239
Tableau 27. Exemple de modélisation par équation structurelle 2.....	240
Tableau 28. Évaluation des résultats du modèle structurel PLS-SEM (intervalle de confiance) .....	257
Tableau 29. Évaluation des résultats du modèle structurel PLS-SEM ( $p$ ).....	258
Tableau 30 : Extraction des médiateurs à partir des variables du CPQ les plus caractéristiques .....	418
Tableau 31. Évolution des énoncés du CPQ entre T0 et T12 traduisant l'évolution des 66 enfants.....	420

# Table des figures

Figure 01. Pratique fondée sur la preuve et preuve fondée sur la pratique.....	71
Figure 02 : La thérapie comme « investigation disciplinée » (d'après D.R. Peterson, 1991, In Fishman 2013) .....	88
Figure 03 : Outils et chronologie des évaluations.....	156
. 176	
Fig 04 : Présentations synthétiques et sous forme de graphiques du processus de changement de l'enfant Y086 au cours de l'année d'étude intensive de son cas.....	203
Fig 05 : Présentations synthétiques et sous forme de graphiques du processus de changement de l'enfant Y078 au cours de l'année d'étude intensive de son cas.....	210
Figure 06. Graphique de la relation entre troubles émotionnels de Y078 et structure relationnelle de base entre Y078 et sa thérapeute sur l'année.....	215
Figure 07. Interactions Enfant-thérapeute à T2.....	216
Figure 08. Interactions Enfant-Thérapeute à T6.....	217
Figure 09. Interactions Enfant-Thérapeute à T12.....	217
Figure 10 : Modélisation du processus psychothérapeutique à partir d'un cas.....	238
Figure 11 : Indicateurs de l'état de l'enfant et de l'action psychothérapeutique (AT). ....	247
Figure 12. Chemin des changements de la déficience relationnelle et de la modulation émotionnelle T0 à T12.....	248
Figure 13. Variables latentes de l'action psychothérapeutique et leurs indicateurs réfectifs à 2, 6 et 12 mois.	249
Figure 14. Première étape (T0-T2) de la médiation de l'état de santé mentale de l'enfant par les médiateurs potentiels activés à partir des objectifs et de la stratégie issus de la formulation de cas initiale.....	250
Figure15 : Chemins, coefficients de corrélation et charges des indicateurs des construits. ....	251
Figure 16. Pistes causales du processus de changement dans les psychothérapies des 3-6 ans.....	260
Figure 17. Pistes causales du processus de changement dans les psychothérapies des 7-15 ans.....	261



# Sommaire

<b>Remerciements .....</b>	<b>3</b>
<b>Résumé .....</b>	<b>5</b>
<b>Présentation générale de la thèse pour sa soutenance .....</b>	<b>6</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>15</b>
<b>Table des figures .....</b>	<b>17</b>
<b>Sommaire .....</b>	<b>19</b>
<b>OBJECTIFS DE LA THÈSE .....</b>	<b>21</b>
<b>CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET BASES DE LA RECHERCHE EMPIRIQUE SUR LES PROCESSUS DE CHANGEMENT ASSOCIÉS AUX RÉSULTATS EN PSYCHOTHÉRAPIE : PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE .....</b>	<b>24</b>
DÉBUT DES ÉTUDES SUR LE PROCESSUS .....	25
EBM ET PSYCHOTHÉRAPIES : DÉVELOPPEMENT ET RÉPONSES MÉTHODOLOGIQUES.....	26
INTRODUCTION DE VARIABLES DE PROCESSUS ET D'OUTILS CONCEPTUELS .....	30
RECHERCHES SUR LE PROCESSUS DE CHANGEMENT .....	34
DÉVELOPPEMENT DES ÉTUDES DE CAS INDIVIDUELS DE NOUVELLE GÉNÉRATION .....	39
NOUVELLES APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES DE RECHERCHE EN PSYCHOTHÉRAPIE .....	49
ÉVOLUTIONS INSTITUTIONNELLES DES MÉTHODES DE RECHERCHE.....	63
ÉVOLUTION DES MÉTHODES STATISTIQUES .....	68
DONNÉES PROBANTES FONDÉES SUR LES PRATIQUES. ....	69
<b>CHAPITRE 2 : QUESTIONS MÉTHODOLOGIQUES GÉNÉRALES ET SPÉCIFIQUES DANS LA RECHERCHE PROCESSUS-RÉSULTATS EN PSYCHOTHÉRAPIE.....</b>	<b>73</b>
NOUVEAU PARADIGME ET MODÈLES ATTENANT DU PROCESSUS DE CHANGEMENT .....	77
QUEL STATUT DONNER À LA THÉORIE DANS LA RECHERCHE ? .....	81
CONVERGENCE DES ÉTUDES EXPÉRIMENTALES ET OBSERVATIONNELLES DE CAS .....	89
ANALYSE DU PROCESSUS EN RELATION AVEC LES RÉSULTATS .....	93

Caractériser et Comprendre le Processus de Changement des Psychothérapies Complexes

PEUT-ON DÉCRIRE DES ÉTAPES DANS LE PROCESSUS DE CHANGEMENT ? .....	98
ANALYSE DU PROCESSUS ET Q MÉTHODOLOGIE .....	103
QUELLE EST LA CAUSE PRINCIPALE DES RÉSULTATS OBSERVÉS ? .....	114
ÉVOLUTION DES MÉTHODES STATISTIQUES .....	119
LES PRATICIENS PEUVENT-ILS ÊTRE DES ACTEURS MAJEURS DE LA RECHERCHE EN PSYCHOTHÉRAPIE ? .....	130
APPORT DE LA MODÉLISATION .....	133
QUELQUES ASPECTS TECHNIQUES .....	142
<b>CHAPITRE 3 : APPLICATION À 66 ÉTUDES QUASI-EXPÉRIMENTALES PROCESSUS-RÉSULTATS NATURALISTES RÉALISÉES À PARTIR D'UNE MÉTHODOLOGIE COMMUNE DANS LE CADRE D'UN RÉSEAU DE RECHERCHES FONDÉES SUR LES PRATIQUES .....</b>	<b>144</b>
CADRE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE : LE RÉSEAU DE RECHERCHES FONDÉES SUR LES PRATIQUES PSYCHOTHÉRAPIQUES (RRFPP) .....	144
MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE .....	145
RÉSULTATS ET APPORT DE L'ANALYSE DU PROCESSUS ET DE SA MÉTHODOLOGIE POUR LEUR COMPRÉHENSION .....	168
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>263</b>
<b>DISCUSSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>283</b>
POUR CONCLURE .....	293
<b>CHAPITRE 4 : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....</b>	<b>296</b>
RÉSUMÉS, EXTRAITS ET COMMENTAIRES D'ARTICLES CLASSÉS PAR DATES DE PUBLICATION .....	296
RETOUR BIBLIOGRAPHIQUE SUR LES GRANDES QUESTIONS DE LA RECHERCHE PROCESSUS DE CHANGEMENT.....	376
<b>ANNEXES .....</b>	<b>387</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>432</b>

# **Caractériser et Comprendre le Processus de Changement des Psychothérapies Complexes**

*Modélisation des processus, mécanismes et conditions des changements associés à la psychothérapie de 66 enfants et adolescents présentant des troubles du spectre autistique*

**Directeur de thèse: Bruno Falissard**

**Comité de thèse: Bruno Falissard, David Cohen, Nicolas Georgieff**

## **Objectifs de la thèse**

Pourquoi, comment et dans quelles conditions une psychothérapie est-elle ou non efficace avec un patient particulier ? Ces questions prolongent celle, aujourd'hui démontrée, de l'efficacité générale de la psychothérapie. La méthodologie de l'évaluation, longtemps centrée sur les résultats issus d'essais cliniques comparatifs portant sur des groupes, est aujourd'hui renouvelée par l'objectif et la possibilité d'appréhender le processus interne de la psychothérapie dont le patient, le thérapeute et leurs interactions sont les acteurs. Les implications méthodologiques de cette évolution sont nombreuses et leur mise en oeuvre, à partir d'un ensemble significatif d'études systématisées de cas, est peu documentée.

La première partie présente, à partir d'une revue de la littérature centrée sur le processus et les relations processus-résultats au cours des 50 dernières années, la dynamique, le contexte, les concepts, les méthodes et les outils à partir desquels une nouvelle perspective de la recherche en psychothérapie s'est progressivement organisée. La perspective de cette nouvelle approche est double : élargir la base des données probantes et favoriser une efficacité renouvelée de la pratique, en abordant précisément les questions de la causalité et des mécanismes des processus de changement dans une perspective multi factorielle systémique dynamique. Une place centrale est donnée aux études quasi-expérimentales de cas réalisées en conditions naturelles.

La seconde partie introduit les questions méthodologiques générales et spécifiques de cette nouvelle orientation de la recherche. Elles se situent à plusieurs niveaux : 1) épistémologique, avec l'introduction de la dimension interactionnelle/transactionnelle entre le patient et le thérapeute ; elle conditionne l'action thérapeutique ; 2) méthodologique, permettant de suivre, de décrire précisément, et de commencer à comprendre et tester le processus de changement ; les études intensives de cas individuels réalisées en conditions naturelles dans le cadre d'un réseau de recherche clinique répondent à ces critères ; l'instrument de processus est un outil central du dispositif ; 3) analytique, à partir des données issues des cas individuels, de leurs regroupements et comparaisons ; les méthodes descriptives mixtes (qualitatives et quantitatives) des cas individuels et statistiques sont utilisées pour décrire les éléments principaux, les configurations, les séquences, les chaînes causales, et les relations entre les modérateurs, les médiateurs et les résultats qui contribuent aux effets de la psychothérapie et à leur modélisation.

La troisième partie expose l'expérience et les questions soulevées par la mise en oeuvre de cette méthodologie dans le cadre d'un réseau de recherche clinique et en santé des populations, de la constitution des données jusqu'à l'analyse des processus et mécanismes de changement et les résultats qui en sont issus. Soixante-six études systématiques de cas menées en conditions naturelles ont été réalisées. Elles portent sur une année de psychothérapie d'enfants et d'adolescents (3 à 15 ans) présentant des troubles du spectre autistique.

La quatrième partie présente l'analyse détaillée de la littérature. Elle est complétée par un glossaire.

En conclusion, quatre aspects sont soulignés : ce qu'apportent les données et leur valeur épistémologique ; l'apport du quantitatif relativement au qualitatif (et réciproquement) ; l'apport des études systématisées de cas individuels dans l'introduction et la prise en compte des variables impliquées dans les effets d'une psychothérapie ; les méthodes qui peuvent contribuer à saisir les processus et les mécanismes de changement, les conditions de leur utilisation, leur apport et leurs limites.

Ce travail devrait soutenir l'introduction de réseaux de recherches fondées sur les pratiques et contribuer à améliorer l'efficacité des traitements par une meilleure connaissance des conditions et des mécanismes de changement.

Mots clés : psychothérapie, interventions complexes, processus de changement, mécanismes de changement, modélisation, étude intensive de cas, méthode quantitative, méthode qualitative, preuve, données probantes, inférence causale, étude expérimentale de cas individuel, étude quasi-expérimentale de cas individuel, étude observationnelle, Psychotherapy Process Q-set, Child Psychotherapy Process Q-set, action thérapeutique, efficacité, intervention psychosociale, médiateur, modérateur, prédicteurs de changement, ingrédients thérapeutiques, facteurs spécifiques, facteurs communs, chaîne causale, réplication.

Keywords: psychotherapy, complex intervention, process of change, mechanisms of change, modelling, ASD, single case study, quantitative methodology, qualitative methodology, evidence, causal inference, single experimental case study, quasi-experimental single case study, observational study, Psychotherapy Process Q-set, Child Psychotherapy Process Q-set, therapeutic action, efficiency, psychosocial intervention, mediator, moderator, predictors of change, therapeutic ingredients, specific factors, non specific factors, causal chain, replication.



# Chapitre 1 : Contexte et bases de la recherche empirique sur les processus de changement associés aux résultats en psychothérapie : présentation synthétique

Engagée dans les années 1950 à partir de la question de l'efficacité des psychothérapies, la recherche en psychothérapie a situé l'étude du processus interne de la psychothérapie parmi ses thèmes en 1962, dans le premier des trois volumes sur la recherche en psychothérapie de l'APA<sup>1</sup>. Elle se centre alors sur trois dimensions, les variables patients, les variables thérapeute, et leurs relations avec le processus et les résultats en psychothérapie. À partir des années 1980, au cours desquelles *l'Evidence-based Medicine* (EBM) prend son essor, la recherche empirique en psychothérapie se trouve orientée essentiellement sur l'efficacité globale d'interventions et de thérapies prédéterminées. Néanmoins, des recherches sur les techniques, les actions thérapeutiques, les ingrédients, puis sur les processus de changement en psychothérapie se développent progressivement parallèlement (Stiles, Hill & Elliott 2014)<sup>2</sup>. Leur objectif est de mieux saisir les ressorts de l'action thérapeutique et d'améliorer la qualité des soins. Le clivage entre la recherche sur les résultats et la recherche sur le processus se réduit nettement à partir des années 1990. La recherche processus-résultats se développe alors. Elle est accompagnée de nombreuses questions méthodologiques qui seront abordées dans la suite de ce texte ...

---

<sup>1</sup> Gottman, J. & Markman H.J. Experimental designs in psychotherapy research. In Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, Garfield & Bergin eds, John Wiley & Sons 1978, p 26.

<sup>2</sup> Stiles, W. B., Hill, C. E., & Elliott, R. (2014). Looking both ways. *Psychother Res*, 1-12.

## Début des études sur le processus

La tentative de comprendre ce qui peut expliquer l'efficacité d'une psychothérapie n'est pas nouvelle. Dès 1936, Rosenzweig<sup>3</sup> pose déjà la double question provocatrice suivante : « Les facteurs, dont on prétend qu'ils opèrent dans une thérapie donnée, sont-ils bien ceux qui opèrent en réalité ? » et « Les facteurs qui interviennent vraiment dans différentes thérapies n'ont-ils pas plus d'éléments communs que ceux qui sont prétendus être opérants ? ». Il introduit ainsi la distinction des *facteurs communs et spécifiques* qui sera largement développée ensuite. En 1978, Gomes-Schwartz<sup>4</sup> aborde celle des ingrédients du processus qui prédisent le succès d'une thérapie. Son étude montre que la dimension du processus qui prédit le résultat de la thérapie de la façon la plus consistante est l'implication du patient.

Les études portant sur le processus et sa relation avec les résultats sont engagées dans les années 1950 par les travaux de Rogers (1942), réalisés à partir d'enregistrements audio<sup>5</sup>, sur les actes de langage et l'analyse conversationnelle. Elles prennent différentes formes à partir des années 1980. Les interactions verbales et les techniques utilisées dans des approches sous-tendues par des théories différentes sont étudiées au niveau de séances isolées<sup>6</sup> (micro analyse qualitative). Dans un deuxième temps, c'est l'impact des aptitudes des patients (*mindedness*), de la qualité de leurs relations d'objet et de leurs styles d'attachement, des caractéristiques des thérapeutes, de leur formation et de l'accordage de leurs personnalités avec celles des patients, et d'ingrédients

---

<sup>3</sup> Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.

<sup>4</sup> Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective Ingredients in Psychotherapy: Prediction of Outcome From Process Variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(5), 1023-1035.

<sup>5</sup> Rogers, C. R. (1942). The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. *American Journal of Orthopsychiatry*, 12, 429-434.

<sup>6</sup> Hill, C. E. (1978). Development of a counselor verbal response category system. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 461-468.

thérapeutiques spécifiques qui sont étudiés isolément en relation à des approches définies, à partir d'études transversales (Thurin 2004 ; Garfield 1990) <sup>7 8</sup>.

## **EBM et psychothérapies : développement et réponses méthodologiques**

De façon transversale, les années 1980 sont marquées par le développement de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM). La recherche sur les psychothérapies se trouve directement impliquée dans ce mouvement sous l'égide de l'*Institut National de Santé Mentale* américain (NIMH) et de l'*Association Américaine de Psychologie* (APA). Le motif primaire de la "Task Force" de 1995, centrée sur la "Promotion et la Dissémination des Procédures Psychologiques", est de redresser le déséquilibre entre la psychothérapie et les médicaments dans les recommandations de pratique en psychiatrie. La solution préconisée par le NIMH est d'utiliser la même méthode que celle appliquée pour l'efficacité des traitements médicamenteux : la comparaison des résultats d'un traitement expérimental appliqué à un groupe, avec ceux d'un traitement absent ou d'un placebo. En le faisant, elle place les psychothérapies brèves sur la carte psychiatrique. Mais ce positionnement situe également la comparaison dans le cadre de la classification des pathologies psychiatriques, telle qu'elle est appréhendée par le DSM. Elle laisse pour compte une grande partie des patients qui ne réunissent pas les critères de la dépression majeure ou qui peuvent avoir un éventail d'autres symptômes, dont beaucoup reflètent des vulnérabilités partagées.

De façon plus générale, l'orientation de la recherche privilégiée par l'EBM est celle des études *expérimentales* de résultats à partir d'études comparatives de groupes (les essais contrôlés randomisés (ECRs)) <sup>9</sup>. Ce choix n'est pas sans conséquences. Ces études, précieuses pour apporter

---

<sup>7</sup> Thurin, J.M. (2004). Aspects méthodologiques de l'approche psychodynamique (psychanalytique) in Inserm. Psychothérapie : trois approches évaluées. Expertise Collective (Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin JM): Paris : Inserm, pp. 71-103.

<sup>8</sup> Garfield, S. L. (1990). Issues and Methods in Psychotherapy Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(3), 273-280.

<sup>9</sup> La troisième génération de la recherche sur les résultats - les ECRs - a commencé dans les années 1980 avec le Programme de Recherche Collaborative sur la Dépression de l'Institut National de Santé

des réponses globales sur l'efficacité et construites pour répondre aux principes de l'expérimentation d'interventions simples, rencontrent plusieurs difficultés. Alors que la question initiale de la recherche "La psychothérapie est-elle efficace ?" est franchie sans difficulté, la seconde question "Quelle est l'approche efficace pour tel trouble ?" se heurte rapidement à un double paradoxe : "Comment expliquer que des approches manifestement différentes puissent produire des résultats équivalents ?"<sup>10</sup> et "Comment des techniques a priori strictement identiques peuvent-elles conduire à des résultats différents ?" (Shedler 2010, Elkin et al. 1996)<sup>11 12</sup>. Après une période d'incertitude, de vérification des mesures et de proposition d'un facteur latent commun (la relation thérapeutique), une partie de la recherche se centre sur les facteurs explicatifs de changement et ses différentes voies (Ablon et Jones 1998)<sup>13</sup>, tandis que l'autre partie néglige les problèmes précédents et se consacre essentiellement à la multiplication d'études de résultats en reléguant la question de leur origine. Un second problème est que, malgré les limites méthodologiques des ECRs et les biais structurels qui les ont souvent caractérisés (Thurin 2016)<sup>14</sup>, le développement de l'EBM<sup>15</sup> et l'idéologie qui l'accompagne (Westen, Novotny & Thompson-Brenner 2004 ; Norcross, Beutler et

---

Mentale (NIMH) (Elkin, Parloff, Hadley, & Autry, 1985), qui a dévié l'objectif vers l'usage de populations cliniques actuelles et l'amélioration de la validité interne (p.e. en appliquant l'adhésion aux manuels et la randomisation). (In Goldfried et Eubanks-Carter 2004)

<sup>10</sup> Cette question a été abordée avec le concept de « Dodo bird verdict ». Elle est présentée dans le sous-chapitre suivant.

<sup>11</sup> Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*, 65(2), 98-109.

<sup>12</sup> Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., & Shaw, B. F. (1996). Science Is Not a Trial (But It Can Sometimes Be a Tribulation). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 92-103.

<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> Thurin, J. M. (2016). Est-il nécessaire (et possible) d'établir un nouveau système de preuve en psychiatrie pour les psychothérapies et les interventions complexes ? *PSN*, 14(1), 29-51.

<sup>15</sup> Thurin M. Historique et définition de l'EBM. *Pour la Recherche* 2004 ; 2 : 2-3.

Levant 2005)<sup>16 17</sup> favorisent cette orientation et renforcent une compétition inter-approches par "marques" (*brandnames*) à partir des premières listes de traitements validés empiriquement (Chambless et Hollon 1998)<sup>18</sup>. Le nombre des ECRs s'accroît ainsi considérablement avec les techniques cognitivo-comportementales, alors qu'il progresse lentement avec les approches psychodynamiques<sup>19</sup>, davantage orientées sur les interventions complexes. Un troisième problème est le fossé qui se creuse entre les chercheurs et les cliniciens, avec comme effet l'échec de la translation des résultats de la recherche à la pratique. La recherche sur le processus se trouve freinée par la quasi disparition des financements dans ce domaine, mais elle se révèle progressivement incontournable du fait des limites des essais cliniques de groupes et des conditions épistémologiques que requiert une recherche pertinente sur les résultats.

Cette évolution peut être appréhendée à partir des différentes réactions méthodologiques et générales, émanant essentiellement de l'*Association Américaine de Psychologie* et de chercheurs impliqués dans la recherche en psychothérapie. Ces réactions s'expriment dans de nombreuses publications qui, dans leur évolution, dressent un tableau vivant des progrès de la recherche en dépit des difficultés rencontrées.

L'association Américaine de Psychologie publie simultanément en 1986, dans ses deux principaux journaux *American Psychologist* (AP) et *Journal of Consulting and Clinicat*

---

<sup>16</sup> Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull*, 130(4), 631-663.

<sup>17</sup> Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. (2005). *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

<sup>18</sup> Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.

<sup>19</sup> PubMed. Psychothérapies psychodynamiques: en 2002, 50 publications/an, en 2008: 96, en 2013: 168, thérapies cognitivo-comportementales: en 2002: 1289, 2008: 3335, 2013: 5512). Dans Psychinfo, 445 références concernent la psychothérapie psychodynamique, avec une pointe en 2011 (63) et en moyenne 25 articles / an : 917 publications concernent la thérapie cognitivo-comportementale, en progression avec un passage de 55 à 75 articles par an ces dernières années).

*Psychology*, (JCCP) deux numéros spéciaux consacrés à la recherche en psychothérapie. La publication simultanée des deux numéros spéciaux est destinée à fournir une ressource unique pour les professionnels intéressés par les sujets actuels de la recherche et par leurs implications pour le champ et le soin en général.

Dans le premier, l'éditorial de G. R. VandenBos (1986)<sup>20</sup> fait un historique de l'évolution de la recherche depuis Eysenck et explique que la recherche fondée uniquement sur le « résultat » (ou l'efficacité) devrait être « une chose du passé », être au minimum une recherche de résultat « comparative » et qu'elle devrait inclure une certaine exploration des variables de processus. Il précise que le champ est prêt à se centrer sur une recherche plus pertinente théoriquement et cliniquement utile, en traitant directement le processus de changement au cours de la psychothérapie (Kiesler 1985)<sup>21</sup>. Il précise plus loin que le financement de la recherche en psychothérapie a changé. La perspective plutôt « science fondamentale » du soutien du NIMH 35 ans plus tôt, se trouve désormais remplacée par un objectif « appliqué » dépendant de financements multiples allant du ministère de la défense, à la sécurité sociale, aux assurances et corporations de soin privées, etc. Le numéro de l'AP est centré sur le statut et l'utilisation de la recherche en psychothérapie.

Le JCCP, introduit par Kazdin (1986a)<sup>22</sup>, est conçu pour réunir une revue et une discussion des articles qui traitent de questions théoriques et méthodologiques, transmettent la pensée actuelle sur les questions de fond, et définissent les orientations futures de la recherche. Dans ce numéro, Kazdin (1986b)<sup>23</sup> aborde les problèmes soulevés par les études comparatives des résultats sous l'angle de la méthodologie, incluant la conceptualisation, la mise en œuvre et l'évaluation des

---

<sup>20</sup> VandenBos, G. R. (1986). Psychotherapy Research: A Special Issue. *American Psychologist*, 41(2), 111-112.

<sup>21</sup> Kiesler, D. J. (1985). The missing link in psychotherapy research [Review of Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process]. *Contemporary Psychology*, 30, 527-529.

<sup>22</sup> Kazdin, A. E. (1986a). Introduction de l'Éditeur au numéro spécial sur la recherche en psychothérapie. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 3.

<sup>23</sup> Kazdin, A. E. (1986b). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 95-105.

traitements alternatifs ; l'évaluation du processus et des résultats spécifiques au traitement ; et l'évaluation des résultats. L'article traite concrètement ces questions et d'autres en y associant des stratégies et des recommandations pour améliorer l'apport des études comparatives de résultats et atténuer les controverses quant à l'adéquation des démonstrations.

Dans un autre article, Strupp (1986)<sup>24</sup> souligne que la psychothérapie n'est pas une forme de traitement chimique ou "médical". De ce fait, les méthodes de recherche communément utilisées pour établir la "sécurité" et "l'efficacité" des médicaments sont largement inappropriées. Il propose à la place que la psychothérapie soit appréhendée comme une relation humaine spécialisée qu'un thérapeute outillé développe, maintient et gère avec une intention thérapeutique.

## **Introduction de variables de processus et d'outils conceptuels**

Deux "événements méthodologiques" vont bousculer les études de résultat, le "*Dodo bird verdict* » et la recherche du NIMH sur l'étude comparative des traitements de la dépression. Un troisième événement va donner à la recherche sur le processus un outillage conceptuel simple et performant : la publication, par Baron et Kenny, de leur article de définition et d'usage des concepts de modération et de médiation du processus de changement.

Le "*Dodo bird verdict* " est une expression introduite par Rosenzweig (1936, p. 412)<sup>25</sup> Elle est reprise par Luborsky et al. (1975)<sup>26</sup> pour souligner le constat, issu des premières méta-analyses, d'une équivalence des résultats des différentes approches psychothérapeutiques. Le verdict introduit un paradoxe qui appelle une réponse. Des propositions méthodologiques sont faites pour résoudre le paradoxe de l'équivalence, à partir des trois hypothèses principales (Stiles, Shapiro et Elliott 1986)

---

<sup>24</sup> Strupp, H. H. (1986). Psychotherapy : Research, Practice, and Public Policy' (How to Avoid Dead Ends). *American Psychologist*, 41(2), 120-130.

<sup>25</sup> D'après Carroll, 1865, p. 34.

<sup>26</sup> Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.

<sup>27</sup>. La première hypothèse est l'existence d'erreurs de mesures. La seconde est que les caractéristiques communes des différentes psychothérapies sont responsables de l'équivalence générale de l'efficacité. Autrement dit, qu'il existe une équivalence des mécanismes en dépit de la non équivalence superficielle du contenu. En particulier il est concevable que, dans une psychothérapie efficace, les thérapeutes des différentes écoles partagent les qualités apparemment souhaitables que sont un abord chaleureux, la compréhension, et la capacité de guider les patients vers de nouvelles perspectives. La troisième hypothèse est que les causes des changements ne se situent pas au niveau des techniques du thérapeute, mais d'événements brefs qui se produisent au cours des séances. Après un examen détaillé de ces trois hypothèses, les auteurs considèrent que les tentatives les plus productives pour résoudre le paradoxe de l'équivalence se situent dans une plus grande spécificité, des unités plus petites et mieux spécifiées d'analyse, une plus grande précision de mesure, et de multiples niveaux d'analyse.

Jones, Cumming et Horowitz (1988) <sup>28</sup> contestent l'explication incluse dans la seconde hypothèse. Ils montrent à partir d'un instrument de description du processus, le *Psychotherapy Process Q-set* (PQS) que, dans une population de patients souffrant de stress post-traumatique, les caractéristiques du processus qui prédisent des résultats satisfaisants avec des patients plus ou moins perturbés sont parallèles avec celles qui distinguent les approches expressives et de soutien (Wallerstein 1986) <sup>29</sup> ou de provocation/réduction de l'anxiété dans les psychothérapies brèves (Sifneos 1972) <sup>30</sup>. Ces données suggèrent que le changement du patient est beaucoup plus complexe que ce que suggère l'hypothèse de l'efficacité non spécifique. Les auteurs ajoutent que l'échec de l'identification de corrélations consistantes entre les aspects spécifiques du processus et les résultats du traitement est le produit de la tentative de trouver des explications simples, et de négliger la

---

<sup>27</sup> Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are All Psychotherapies Equivalent ? *American Psychologist*, 41(2), 165-180.

<sup>28</sup> Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another Look at the Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 48-55.

<sup>29</sup> Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-two lives in treatment*. New York: Guilford Press.

<sup>30</sup> Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.



recherche de conceptualisations qui reflètent de façon adéquate l'interaction de multiples influences dans les traitements cliniques.

L'hétérogénéité, d'un centre à un autre, des résultats issus du *Treatment for Depression Collaborative Research Program* (TDCRP) du NIMH (Elkin et al. 1989)<sup>31</sup> constitue le second événement. Elle introduit frontalement la question des variables tierces qui participent au changement dans la psychothérapie et la possibilité de les contrôler en amont. Dans son article de synthèse, Elkin (1996)<sup>32</sup> décrit l'enchaînement des questions engagées par la divergence inter-sites des résultats concernant l'efficacité des thérapies interpersonnelles et cognitivo-comportementales pour la dépression. Ont ainsi été examinées les influences : de la sévérité des troubles, des procédures statistiques et des tendances qu'une statistique bayésienne rendait possible<sup>33</sup> pour chaque patient, du handicap fonctionnel, de la qualité d'implémentation du traitement, de la formation et de la compétence des thérapeutes, des résultats et rechutes au post-traitement. À l'issue de ces tentatives d'explication, à laquelle s'ajoute celle, révélée dans des études exploratoires, de l'influence potentielle des relations thérapeutes-patients, les auteurs appellent au développement de nouvelles études centrées sur ces questions et d'autres à partir de la base des données du TDCRP. Des études centrées sur l'effet de l'interaction des variables patient-thérapeute commencent à se développer. Elles se dérouleront pendant ces 20 dernières années sur ces bases. On peut citer ici celles menées par Ablon et Jones (2002)<sup>34</sup>, Barber et al. (2000)<sup>35</sup>, Blatt & Zuroff (2005)<sup>36</sup>, et Höglend (2008)<sup>37</sup>.

---

<sup>31</sup> Elkin, I., Shea, T., Watkins, J., Imber, S., Sotsky, S., Collins, J., & al., e. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.

<sup>32</sup> Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., & Shaw, B. F. (1996). Science Is Not a Trial (But It Can Sometimes Be a Tribulation). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 92-103.

<sup>33</sup> L'inférence bayésienne révisé la probabilité des propositions au fur et à mesure des observations, incluant, dans l'analyse de [Thomas Bayes](#) qui lui donne son nom, la première opinion (*a priori*) sur la probabilité des [prémisses](#). (Wikipedia)

<sup>34</sup> Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry*, 159(5), 775-783.

Dans ce contexte, plusieurs instruments sont construits pour décrire les interventions dans les séances et les interactions patient-thérapeute, la “Multitheoretical list of therapeutic interventions” (MULTI) (McCarthy & Barber 2009)<sup>38</sup>, le “Psychotherapy Process Q-set” (PQS) (Jones 2000)<sup>39</sup>, et la “Comparative Psychotherapy Process Scale” (Hilsenroth et al.)<sup>40</sup>.

Le troisième événement méthodologique peut être associé aux deux précédents, c'est la publication par Baron et Kenny (1986)<sup>41</sup> de l'article où ils définissent et distinguent les modérateurs et les médiateurs dans le champ de la recherche en sciences sociales et psychologiques, en y associant des considérations conceptuelles et statistiques.

Le modérateur est ainsi défini comme « une variable qualitative (par exemple, le sexe, la classe sociale) ou quantitative . . . qui affecte la direction et / ou la force d'une relation entre une variable indépendante (ou prédicteur), et une variable dépendante (ou variable de critère). . . Un effet général du modérateur peut être représenté comme une interaction entre une variable indépendante focale et un facteur (le modérateur) qui spécifie

---

<sup>35</sup> Barber, J.P., Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027–1032.

<sup>36</sup> Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clin Psychol Rev*, 25(4), 459-486.

<sup>37</sup> Høglend, P., & Bøgwald, K. P. (2008). Transference Interpretations in Dynamic Psychotherapy: Do They Really Yield Sustained Effects? *Am J Psychiatry*, 165, 763-771.

<sup>38</sup> McCarthy, K. S., & Barber, J. P. (2009). The multitheoretical list of therapeutic interventions (MULTI): Initial report. *Psychotherapy Research*, 19, 96–113.

<sup>39</sup> Jones, E. E. (2000). The Psychotherapy Process Q-set (PQS) Coding Manual. in *Therapeutic Action* (pp. 315-361). Northvale, New Jersey London: Jason Aronson Inc.

<sup>40</sup> Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., & Blais, M. A. (2005). Measuring psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral techniques: Development of the comparative psychotherapy process scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 42, 340–356.

<sup>41</sup> Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

les conditions appropriées pour son fonctionnement. . . Les variables modératrices sont généralement introduites quand il y a une relation inattendue faible ou irrégulière entre un prédicteur et une variable de critère » (Baron & Kenny, 1986, p. 1174, 1178).

Quant au médiateur, il est défini comme « le mécanisme générateur à travers lequel la variable indépendante focale est capable d'influencer la variable dépendante d'intérêt. . . (et) la médiation ... est la mieux réalisée dans le cas d'une relation forte entre le prédicteur et la variable critère ». (pp. 1173, 1178).

## Recherches sur le processus de changement

Le terme de "Recherche sur le Processus de Changement" (*Change Research Process* (CPR)) en psychothérapie est introduit par Greenberg (1986)<sup>42</sup> pour se référer à la recherche qui va au delà de la vieille dichotomie processus / résultats en se centrant "sur l'identification, la description, l'explication et la prédiction des effets des processus qui causent le changement thérapeutique ». Il souligne que l'hypothèse suivant laquelle tous les processus ont la même signification (indépendamment du contexte) doit être abandonnée, et un processus de recherche sensible au contexte doit être développé. Les actes de discours doivent être considérés dans le contexte des types d'épisodes dans lesquels ils se produisent, et les épisodes ont besoin d'être considérés dans le cadre du type de relation dans lequel ils s'expriment. Cette approche devrait se traduire par l'utilisation d'une batterie d'instruments de processus pour mesurer les configurations de processus *dans leur contexte* et les relier aux résultats. En 1991<sup>43</sup>, Greenberg situe cette recherche comme une approche qui reconnaît la complexité du processus psychothérapeutique et tente d'analyser le développement successif, moment par moment, des fonctionnements de la personne dans différents états et contextes. Elle peut représenter une alternative aux études expérimentales.

Avec cette perspective, la recherche se déplace de l'association et l'interaction entre variables vers une étude plus complexe des processus de changement. Le processus devient une succession de configurations dont on peut préciser certains déterminants particuliers sur lesquels l'action

---

<sup>42</sup> Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4-9.

<sup>43</sup> Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change, *Psychotherapy Research*, 1:1, 3-16

thérapeutique peut être centrée. Parmi ces configurations, on trouve les croyances pathogènes, les conflits relationnels centraux, les réactions problématiques, les cycles interpersonnels négatifs. Ces configurations appellent des interventions intermédiaires spécifiques qui peuvent être décrites.

Il devient ainsi concevable de déterminer :

- les interventions les mieux appropriées à différents moments/événements de la thérapie ;
- le type d'occurrence intra-thérapie auxquelles ces interventions sont les mieux adaptées et
- le type de changement intermédiaire que l'on peut en attendre ([Safran et al. 1986](#)<sup>44</sup>, [Silberschatz et al. \(1989\)](#)<sup>45</sup>).

La question des mécanismes de changement, c'est-à-dire, celle du changement intermédiaire qui peut désenclaver une réaction spontanée et/ou une situation bloquée devient ainsi potentiellement accessible. La recherche doit viser à démontrer que, pour *ce* déterminant, *cette* intervention produit *ce* type de résultat.

C'est également à cette période que le concept d'alliance thérapeutique commence à s'imposer. [Marmar et al. \(1989\)](#)<sup>46</sup> en identifient 5 dimensions à partir d'une analyse en composantes principales (ACP) : l'engagement du patient, sa capacité de travail, la compréhension du thérapeute et son implication, la contribution négative du thérapeute, et le désaccord sur les objectifs et la stratégie. Ces différentes évolutions posent la question d'une approche intégrative. Un séminaire du NIMH est consacré à ce thème. Sa conclusion est que le temps est davantage celui d'une "déségrégation" que d'une "intégration". La conférence recommande que la recherche commence par une comparaison du processus de changement tel qu'il se produit dans les différentes orientations.

---

<sup>44</sup> Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of Core Cognitive Processes in Cognitive Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10(5), 509-526.

<sup>45</sup> Silberschatz, G., Curtis, J. T., & Nathans, S. (1989). Using the patient's plan to assess progress in psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 26(1), 40-46.

<sup>46</sup> Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Psychological Assessment*, 1, 46-52.

La fin du clivage entre recherche sur les résultats et recherche sur le processus est annoncée et explicitée en 1990 par Beutler<sup>47</sup> dans son éditorial du *Journal of Consulting and Clinical Psychology* consacré aux avancées de la recherche sur le processus psychothérapique. Ce numéro réunit cinq articles. La distinction initiale entre les chercheurs défendant des observations objectives et ceux qui défendent des sources guidées par la théorie, entre comportementalistes et psychanalystes, entre chercheurs centrés sur les résultats ou centrés sur le processus subsiste encore, mais elle a tendance à se réduire avec le mixage interne dans les équipes. Marmar (1990)<sup>48</sup> aborde de façon très détaillée les questions méthodologiques générales de la recherche sur le processus (formulation et interrelation des variables, développement des systèmes de mesures, problèmes dans la segmentation des données, sélection et formation des juges, questions conceptuelles dans la mise en relation du processus et des résultats, questions sur l'analyse des données dans la mise en relation du processus et des résultats et valeur des études comparatives de résultats pour la recherche sur le processus de la psychothérapie). Les stratégies d'analyse sont passées d'approches *univariées* à des approches *multivariées*. Ces approches prennent en compte les dépendances séquentielles des données du processus et l'interaction des variables de processus avec les caractéristiques de pré-traitement. Elles traitent également l'influence bidirectionnelle des effets processus-résultats. Garfield (1990)<sup>49</sup>, traditionnellement critique vis-à-vis des analyses de processus, aborde de façon très précise les problèmes et les méthodes en recherche sur le processus en psychothérapie. Ainsi, par exemple, « Comment l'alliance ou la relation produit-elle le changement si l'ouverture, versus la dimension défensive du patient, intervient dans le résultat, de même que la gravité initiale de son état ? Comment rationaliser l'utilisation des différentes techniques qui sont présentées par les différentes écoles de psychothérapie comme étant les facteurs significatifs qui interviennent dans la production du changement thérapeutique si la variable opérante essentielle est située dans

---

<sup>47</sup> Beutler, L. E. (1990). Introduction to the Special Series on Advances in Psychotherapy Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 263-264.

<sup>48</sup> Marmar, C. R. (1990). Psychotherapy process research: Progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 265-272.

<sup>49</sup> Garfield, S. L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 273-280.

l'alliance ? Quel est le rôle d'une technique spécifique comme l'interprétation dans les effets de la psychothérapie, alors que les premières études n'apportaient pas de réponse tranchée sur cette question ?

Deux autres articles, plus spécifiques, ceux de Luborsky et al. (1990)<sup>50</sup>, et de Hill (1990)<sup>51</sup>, décrivent les méthodes utilisées dans les deux approches. Centré sur la recherche naturaliste ou quasi-naturaliste, l'article de Hill aborde 4 types de recherches sur le processus : (1) les techniques du thérapeute, (2) l'expérience vécue du patient, (3) les ingrédients non manifestes du processus et (4) les modèles du processus. L'article est complété par les mesures concernant les interactions entre les thérapeutes et les patients, l'impact des événements et les changements d'état au cours de la thérapie. En conclusion, l'auteur présente plusieurs méthodes (lier les comportements avec les résultats immédiats, les analyses séquentielles, les analyses globales de processus, les analyses de tâches, et les approches qualitatives) qui ont été développées en réponse aux critiques relatives au caractère inadéquat de l'approche traditionnelle de corrélation de la fréquence des événements de processus avec le résultat du traitement. Le cinquième article, de Shoham Salomon (1990)<sup>52</sup>, recherche la synthèse et présente un modèle systémique, dynamique et transactionnel des processus de changement.

Un article général de synthèse de Goldfried, Greenberg et Marmar (1990)<sup>53</sup> portant sur les évolutions importantes qui se produisent dans les différents domaines de la recherche en psychothérapie dans les années 85-90, et centré sur l'étude du processus de changement, est publié la même année dans l'*Annual Review of Psychology*.

---

<sup>50</sup> Luborsky, L., Barber, J. P., & Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 281-287.

<sup>51</sup> Hill, C. E. (1990). A review of exploratory in-session process research in individual psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.

<sup>52</sup> Shoham-Salomon, V.(1990). Interrelating research processes of process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 295-303.

<sup>53</sup> Goldfried, M. R., Greenberg, L. S., & Marmar, C. (1990). Individual Psychotherapy: Process and Outcome. *Annual Review Psychol.*, 41, 659-688.

Dans un article de synthèse très documenté, Elliott (2010)<sup>54</sup> distingue en quatre protocoles principaux de recherche sur les processus de changement :

- 1) le *protocole quantitatif processus-résultats*. Il est très intuitif mais se heurte à une difficulté centrale, celle de l'effet paradoxal de l'ajustement (la responsivité) du thérapeute. L'association des patients « bon répondeurs » nécessitant moins d'interventions et des patients « non répondeurs » avec lesquels elles doivent être multipliées, conduit à un résultat nul [l'association d'études de cas individuels peut préciser les conditions de ce problème] ;
- 2) le *protocole qualitatif des facteurs aidant*. Il est réalisé à partir d'une enquête auprès des patients sur ce qui les a aidés (ou ne les a pas aidés dans leur thérapie) ;
- 3) le *protocole de microanalyse du processus séquentiel*. Il implique des questions telles que "Quels sont les processus qui sont activés chez le patient, par quelles réponses du thérapeute, et dans quelles conditions ?" (et réciproquement) .. "et avec quels effets ?". Cette forme de recherche sur le processus de changement est très valorisée par l'auteur. Il y adjoint les conditions suivantes : introduire le résultat et par là même rechercher l'impact potentiel d'une variable confondante et de variables de contexte (p.e., un moment privilégié). La combinaison de l'analyse séquentielle avec l'analyse processus-résultats peut renforcer les résultats. Une autre force est l'émergence de méthodes statistiques appropriées pour des observations séquentiellement dépendantes telles que les analyses de séries temporelles [p.e. [Jones, Ghannam, Nigg et Dyer \(1993\)](#)<sup>55</sup>], la modélisation multi niveaux [p.e., [Galop et Tasca \(2009\)](#)<sup>56</sup>] et la modélisation par courbe de croissance

---

<sup>54</sup> Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research : realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20 (2),123-135.

<sup>55</sup> Jones, E. E., Ghannam, J., Nigg, J., & Dyer, J. F. (1993). A Paradigm for Single-Case Research: the Time Series Study of a Long-Term Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 381-394.

<sup>56</sup> Gallop R. and Tasca G. A. Multilevel modeling of longitudinal data for psychotherapy researchers: I. The basics, *Psychotherapy Research* 2009 ; 19(4):429-437

(Tschacher & Ramseyer (2009)<sup>57</sup>) [qui demandent des nombres importants de séances et de cas] ;

- 4) le *protocole des événements importants de la psychothérapie*. Cette approche a deux formes principales. La première identifie une tâche thérapeutique importante (p.ex., aider un patient à résoudre un conflit à propos de quelque chose qu'il a fait ou ressenti) ; elle examine ensuite les effets favorables ou absents pour le patient de façon à construire et à tester des modèles de la façon dont on peut aider ces patients à résoudre ces problèmes. La seconde, l'analyse globale de processus, part inversement de moments importants du changement thérapeutique afin d'expliquer et de modéliser leurs composants et leurs effets consécutifs, ainsi que le contexte dans lequel ils sont survenus. Ces études utilisent aussi les méthodes d'analyse séquentielle en suivant de multiples aspects qualitatifs, ce qui les différencie des études séquentielles traditionnelles centrées sur un ou deux paramètres quantitatifs. Elles se prêtent à la construction de la théorie à partir de l'étude de cas suivant des modes précisément décrits par [Stiles \(2007\)](#)<sup>58</sup>. Elles empruntent également la stratégie processus-résultats en recherchant une connexion entre le processus dans la séance et le résultat. Elles s'adaptent bien à des études de cas issues de la pratique.

## Développement des études de cas individuels de nouvelle génération

L'évolution de la recherche sur le processus et sa relation avec les résultats a été accompagnée d'une renaissance des études systématisées de cas individuels ([Thurin 2012b](#))<sup>59</sup>. Les premières

---

<sup>57</sup> Tschacher, W., & Ramseyer, F. (2009). Modeling psychotherapy process by time-series panel analysis (TSPA). *Psychother Res*, 19(4-5), 469-481.

<sup>58</sup> Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7, 122-127.

<sup>59</sup> Thurin, J. M. (2012). L'étude de cas, au cœur de la formation et de la recherche en psychothérapie. *Perspectives Psy*, 51(4), 364-373.



études prospectives systématiques processus-résultats sont développées dans les années 1950 par l'équipe de la clinique Menninger dans le champ des psychothérapies psychanalytiques des psychoses et des états limites (Wallerstein (1986) <sup>60</sup>, Kernberg (1973) <sup>61</sup>). Les ouvrages de Barlow & Hersen (1984) <sup>62</sup> et de Kazdin (1982) <sup>63</sup> portent essentiellement sur les études expérimentales de cas isolés. Cependant, Kazdin (1981 <sup>64</sup>, 1982 Chap. 4 p. 76-102) situe les études expérimentales dans un continuum avec les études de cas "quasi expérimentales" "non contrôlées" dont les menaces à la validité interne peuvent être rejetées. Ces études constituent des alternatives aux études expérimentales lorsqu'elles ne peuvent être appliquées pour des raisons éthiques, méthodologiques et pratiques inhérentes à la situation clinique. Il est possible de situer le niveau de preuve de chaque étude de cas, du récit anecdotique (niveau 0) à l'étude structurée, répliquée, et évaluant les menaces à la validité interne (niveau 3). Les études de niveau 3 ont un niveau de preuve très proche de celui des études expérimentales [Compléments dans Bibliographie]. Cette distinction dans un continuum entre études expérimentales et études quasi-expérimentales introduit la possibilité pour les études de cas naturalistes de se situer à des niveaux de preuve similaires, voire supérieurs à ceux des ECR (Thurin 2016c) <sup>65</sup> .

---

<sup>60</sup> Wallerstein, R. S (1986). *Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*. Guilford, New York

<sup>61</sup> Kernberg O. F. (1973). Summary and conclusions of "Psychotherapy and Psychoanalysis, final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project". *Int J Psychiatry*, 11 : 62-77.

<sup>62</sup> Barlow, D. H. & Hersen, M. (1984). *Single Case Experimental Designs* (2nd ed.): Pergamon Press.

<sup>63</sup> Kazdin, A. E. (1982). *Single-Case Research Designs. Méthodes for Clinical Applied Settings*: Oxford University Press.

<sup>64</sup> Kazdin, A. E. (1981). Drawing Valid Inferences From Case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 183-192.

<sup>65</sup> Thurin, J.M. (2016). Présentation détaillée de trois articles clés de Kazdin pour une recherche issue des pratiques. *Pour la recherche*, 89, 1-8.

Goldfried, Greenberg et Marmar (1990)<sup>66</sup> constatent, dans *l'Annual Review of Psychology*, le déclin des méta-analyses pour l'évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales de troubles spécifiques. La tendance croissante est de se confronter à la question de la façon dont se déroule changement thérapeutique, quand il a lieu. Cette évolution, qui leur paraît cruciale dans l'amélioration de l'efficacité des psychothérapies, est le thème dominant de la revue. Les auteurs insistent également sur les répercussions a priori négatives qu'ont pu avoir les décisions du NIMH de supprimer la branche de recherche sur le traitement psychosocial et d'organiser ses programmes suivant les catégories du DSM. Un *Consortium Psychothérapie* est constitué pour identifier les problèmes potentiels.

Jones et Wundholz (1990)<sup>67</sup> présentent une étude portant sur les séances de 6 années de psychanalyse enregistrées et transcrites. L'analyse du processus est réalisée avec le *Psychotherapy Process Q-Set*. Cet instrument permet de saisir la complexité du processus psychothérapique où sont concentrés les mécanismes potentiels de changement en psychothérapie. La méthode d'analyse issue de cet instrument permet : (1) que la richesse de l'observation des études de cas puisse être ramenée à des dimensions objectives et quantifiables, (2) de capturer le caractère unique de l'étude individuelle de cas et (3) des comparaisons entre observateurs du même cas, ainsi que des comparaisons inter-cas.

L'éditorial de Jones (1993)<sup>68</sup>, publié dans un numéro spécial du *JCCP* consacré à la recherche issue du cas individuel en psychothérapie, donne deux explications à la renaissance des études de cas. La première est la reconnaissance croissante des limites des ECRs pour informer sur la façon dont les patients changent à travers des interventions dont la médiation est psychologique. La seconde est que la compréhension des processus qui promeuvent le changement thérapeutique nécessite *une analyse précise de l'interaction patient-thérapeute* et conduit à *tester les modèles*

---

<sup>66</sup> Goldfried, M. R., Greenberg, L. S., & Marmar, C. (1990). Individual Psychotherapy: Process and Outcome. *Annual Review Psychol.*, 41, 659-688.

<sup>67</sup> Jones, E. E., & Windholz, M. (1990). The Psychoanalytic Case Study: Toward a Method for Systematic Inquiry. *J Am Psychoanal Assoc*, 38, 985-1015.

<sup>68</sup> Jones, E. (1993). Introduction to Special Section: Single-Case Research in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(3), 371-372.

*théoriques*. Les états sur la psychothérapie issus d'études de groupes ont peu à voir avec les problèmes cliniques qui se présentent aux cliniciens, si bien que la recherche est restée périphérique à la pratique clinique et aux principaux courants intellectuels et théoriques dans le champ.

Six articles de haut niveau accompagnent l'éditorial. Ils abordent les principales questions méthodologiques associées à la recherche issue de cas individuels. Hilliard (1993)<sup>69</sup> présente les questions centrales associées couramment aux études de cas (définition, agrégation, généralisation, différentes catégories). La recherche cas-isolé est située comme une sous-classe de la recherche intra-sujet ; l'agrégation directe des sujets est évitée car elle porte le risque d'une perte d'information très explicative ; la généralité des conclusions issues du cas-isolé est abordée à travers la réplication sur une base de cas-par-cas. Jones, Ghannam, Nigg et Dyer (1993)<sup>70</sup> présentent l'*analyse statistique en série temporelle* à partir d'un exemple clinique. L'article de Spence, Dahl et Jones (1993)<sup>71</sup> fournit un exemple de la façon dont la recherche cas-isolé, avec des techniques aussi innovantes que l'*analyse linguistique* et la *Q-Méthodologie*, aborde la question du test d'hypothèses théoriques. Les deux études quantitatives de cas isolés rapportées par Silberschatz et Curtis<sup>72</sup> sont exemplaires du test d'hypothèses spécifiques à partir de l'ajustement des interventions du thérapeute. Elles illustrent également la puissance de la vérification des découvertes issues du cas individuel à travers la *réplication*. Moras, Telfer et Barlow (1993)<sup>73</sup> démontrent l'utilité de l'étude de cas pour développer

---

<sup>69</sup> Hilliard, R. B. (1993). Single-Case Methodology in Psychotherapy Process and Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), trad.

<sup>70</sup> Jones, E. E., Ghannam, J., Nigg, J., & Dyer, J. F. (1993). A Paradigm for Single-Case Research: the Time Series Study of a Long-Term Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 381-384.

<sup>71</sup> Spence, D. P., Dahl, H., & Jones, E. E. (1993). Impact of interpretation on associative freedom. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 395-402.

<sup>72</sup> Silberschatz, G., & Curtis, J. T. (1993). Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic progress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 403-411.

<sup>73</sup> Moras, K., Telfer, L. A., & Barlow, D. H. (1993). Efficacy and specific effects data on new treatments: A case study strategy with mixed anxiety-depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 412-420.

de nouveaux traitements psychothérapeutiques et *tester des hypothèses* développées à partir de la théorie à propos des moyens présumés d'action. L'article de Horowitz et al. (1993)<sup>74</sup> présente l'étude de cas empirique, orientée vers la découverte et sensible au contexte. Il présente un outil d'analyse et décrit comment différents styles d'attachement peuvent correspondre à différents types de problèmes interpersonnels.

Cette série d'articles sera complétée progressivement par des publications qui illustrent les réponses que la *description du processus* apporte aux grandes questions en cours : facteurs communs et spécifiques, équivalence des résultats des différentes approches, déplacement de la recherche vers les pratiques et leurs effets, scientificité des études de cas, qualité et rigueur des connaissances qui en sont issues, relations avec les théories, méthodes, aspects épistémologiques ...

Kazdin (1993)<sup>75</sup> complété en 2014c<sup>76</sup>) aborde la façon dont l'évaluation du cas individuel peut être réalisée en pratique clinique. Il précise les conditions qui peuvent : 1) améliorer l'information et la qualité des inférences qui peuvent en être tirées et 2) renforcer la force des résultats en donnant à étude une qualité quasi-expérimentale. Un tableau (p 313) précise les 5 étapes clés pour une évaluation systématique en pratique clinique. Ces cinq étapes sont les suivantes : 1) spécifier et évaluer les buts du traitement, 2) spécifier et évaluer les procédures et les processus, 3) sélectionner les mesures, 4) déterminer les temps d'évaluation, 5) modéliser et évaluer les données. Une étude de cas est présentée.

---

<sup>74</sup> Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal Problems, Attachment Styles, and Outcome in Brief Dynamic Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 549-560.

<sup>75</sup> Kazdin, A. E. (1993). Evaluation in Clinical Practice: Clinically Sensitive and Systematic Methods of Treatment Delivery. *Behav Ther, 24*, 11-45.

<sup>76</sup> Kazdin, A. E. (2014). Chapter 11. Evaluation of the Single Case in Clinical Work *Research Design in Clinical Psychology* (Fourth ed., pp. 300-327). Harlow: Pearson.

Fishman (2000)<sup>77</sup>, présente les études pragmatiques de cas dans le cadre d'une épistémologie post-moderne et la variété méthodologique des études de cas en insistant sur les études mixtes. Il présente la revue *Études pragmatiques de cas*, conçue sur le principe d'une base de données organisées par un format général commun de publication.

Haynes et Williams (2003)<sup>78</sup> valorisent la formulation de cas et l'appréhendent comme une analyse fonctionnelle qui facilite les décisions du traitement. Elle aide le clinicien à estimer l'importance relative de l'effet de chaque variable causale sur les problèmes de comportement du patient. Les problèmes peuvent s'affecter réciproquement de façon complexe et chaque problème de comportement peut être influencé par de multiples variables causales en interaction. Suivant ce modèle, un déterminant principal de la conception du traitement est l'importance attribuée à chacune des multiples variables causales affectant les problèmes du patient. La conséquence logique de cette approche est que l'ampleur estimée des effets du traitement est une fonction partielle du degré suivant lequel les mécanismes d'action associés à chaque traitement modifient les variables causales les plus importantes pour les problèmes de comportement du patient. La stratégie de traitement la plus efficace dépend en partie du degré suivant lequel les mécanismes d'action potentiels du traitement traitent les variables causales les plus importantes chez le patient. On retrouve ici l'approche « facteurs de risque, facteurs de protection et de développement » développée par Kazdin et al. (1997)

Stiles (2003)<sup>79</sup> aborde la question de la *scientificité de l'étude de cas*. Le premier point concerne la relation entre les idées et les observations. Les observations s'infiltrent dans les idées et leur permettent de se modifier. C'est ce qui permet à la science d'être cumulative. Les théories évoluent en fonction des observations. En statistiques, de nombreuses observations sont mises en relation avec une hypothèse. En psychothérapie, plutôt que d'attribuer une forte confiance à un

---

<sup>77</sup> Fishman, D.B. Transcending the efficacy versus effectiveness research debate: proposal for a new, electronic « Journal of Pragmatic Case Studies ». *Prev Treat* 2000 ; 3 (<http://journals.apa.org/prevention/volume3/toc-may03-00.html>).

<sup>78</sup> Haynes, S. N., & Williams, A. E. (2003). Case Formulation and Design of Behavioral Treatment Programs. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3), 164-174

<sup>79</sup> Stiles, W. B. (2003). When is a Case Study Scientific Research? *Psychotherapy Bulletin*, 38(1), 6-11.

élément particulier, l'investigateur compare simultanément un grand nombre d'observations chez un individu particulier avec un grand nombre d'énoncés issus de théories. Chaque énoncé qui décrit un certain aspect du cas en termes théoriques représente une comparaison de la théorie avec l'observation.

Comment l'étude de cas peut-elle produire de la théorie ? En identifiant des problèmes et en les suivant à travers les séances. À partir de cas issus de différentes approches, et de la façon dont l'expression du problème diffère d'un moment à l'autre, un processus de changement peut être inféré, et les concepts pour décrire ce processus être développés. Certains événements réactivent le processus et la question devient alors celle de leurs effets et de leur intégration. Le passage d'expériences problématiques à des ressources implique plusieurs (8) étapes qui sont décrites. Au fur et à mesure que les observations s'accumulent, la théorie peut se modifier légèrement ou montrer ses limites pour un type particulier de cas. Au total, Stiles suggère que les études de cas offrent une alternative qui peut compléter la recherche par test d'hypothèse.

Edwards et al. (2004)<sup>80</sup> décrivent comment les études basées sur des cas permettent d'affiner les modèles de traitement clinique ainsi que le test et l'affinage de la théorie sur laquelle les modèles sont basés. Elles fournissent des réponses à des questions plus détaillées sur le processus, car elles permettent la collecte de nombreuses informations sous la forme de mesures quantitatives répétées, ainsi que des informations qualitatives sur le processus de chaque séance et les événements pertinents survenus entre les séances, comme la réponse aux tâches. L'information concernant le moment où un changement important est survenu et ce que le patient a connu comme produisant des changements cognitifs, comportementaux ou émotionnels importants, permettent de tester en détail le modèle clinique sur lequel le traitement est fondé.

Virues-Ortega et Haynes (2005)<sup>81</sup> font de l'analyse fonctionnelle une des étapes de la formulation de cas. Ils développent un modèle du cas individuel qui rappelle celui de l'analyse PLS-SEM. Cet exercice, outre son intérêt pour la conception logique et ajustée du programme

---

<sup>80</sup> Edwards, D. J. A., Dattilio, F. M., & Bromley, D. B. (2004). Developing Evidence-Based Practice: The Role of Case-Based Research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6), 589-597.

<sup>81</sup> Virués-Ortega, J., & Haynes, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 567-587.

thérapeutique à partir des variables issues de la formulation de cas, permet un bon travail de réflexion pour la possibilité d'une modélisation analogue pour un groupe (voir le Chapitre 3 pour la description détaillée de PLS-SEM).

Messer (2007)<sup>82</sup> présente comment le format adopté par la revue *Pragmatic Case Study* (PCS), peut contribuer à améliorer la qualité et la rigueur des connaissances issues des études psychanalytiques de cas individuels. L'auteur examine cinq limitations de présentations de cas ou de vignettes psychanalytiques typiques et la façon dont la méthode PCS tente de les améliorer. Les limitations comprennent : (1) le recours à la mémoire du thérapeute ou à des notes non développées ; (2) la sélection des données par le thérapeute seul ; (3) la tendance à interpréter le matériel des cas suivant l'orthodoxie théorique régnante ; (4) le manque de contexte disponible pour permettre au lecteur d'accepter ou de réfuter la lecture du cas par le thérapeute ; (5) la restriction de la source des données au seul thérapeute. Malgré les avantages de la méthode PCS sur ce qui est actuellement la norme pour présenter le matériel du cas psychanalytique, il y a des défis en cours pour déterminer si la méthode doit être considérée comme un moyen scientifique de présenter des preuves et d'utiliser ces éléments de preuve pour modifier la théorie.

Quatre principes sont ainsi proposés par Messer pour améliorer le rendement scientifique des études de cas : décrire précisément la variable dépendante dans les conditions de base (formulation de cas) ; spécifier soigneusement le traitement ; réaliser des mesures répétées et observer l'évolution pendant un temps suffisant ; collecter des informations complémentaires pour éliminer les facteurs éventuels (menaces à la validité interne) qui pourraient expliquer les modifications tout au long du traitement. Ces quatre critères sont tout à fait compatibles avec les études observationnelles.

Iwakabe (2011)<sup>83</sup> discute la méthode de comparaison de cas en faisant la revue des approches précédentes de ce type. Les 4 études de Strupp (1980) centrées sur la compréhension des

---

<sup>82</sup> Messer, S. B. (2007). Psychoanalytic Case Studies and the Pragmatic Case Study Method. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 55-58.

<sup>83</sup> Iwakabe, S. (2011). Extending Systematic Case Study Method: Generating and Testing Hypotheses About Therapeutic Factors Through Comparisons of Successful and Unsuccessful Cases. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7(2), 339-350.

différences de résultats de patients similaires traités de la même façon (1980 a,b,c,d) étaient qualitatives. Les études suivantes (Henry et al. 1986, O'Farrel et al. 1986) ont intégré des mesures quantitatives des comportements des patients et des thérapeutes au cours des séances, de façon à identifier ce qui contribue au changement thérapeutique ou ont utilisé une méthode strictement qualitative (Knox et al. (2008) <sup>84</sup>.

Thurin (2009, 2012b) <sup>8586</sup> explore la capacité de l'étude de cas à faire face à la complexité des cas cliniques et à fournir des données scientifiques sur le processus de changement en psychothérapie. Soulignant l'inadaptation des études comparatives de groupes pour apporter aux cliniciens des connaissances appropriées sur l'approche thérapeutique des cas individuels et la nécessité de méthodes alternatives de recherche, il propose d'utiliser la potentialité des études de cas systématisées centrées sur la compréhension des mécanismes de changement et décrit les lignes directrices pour la conduite de telles recherches en psychothérapie.

Fishman (2013) <sup>87</sup> présente une mise à jour de son article de 2000 dans laquelle il distingue les différents types de méthodologies de recherche possibles en psychothérapie. Sa classification est générée par trois dimensions : a) le type de données collectées – principalement quantitatives, qualitatives, ou une combinaison des deux ; b) le type de situation dans laquelle les données de recherche sont collectées : expérimentale ou naturaliste ; et c) le focus de l'analyse des données : par groupe d'individus, par cas individuels ou par une combinaison des deux. Il dresse un premier bilan des 8 années de publication de *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*.

---

<sup>84</sup> Knox, S., Hill, C. E., Hess, S. A., & Crook-Lyon, R. E. (2008). Case studies of the attainment of insight in dream sessions: Replication and extension. *Psychotherapy Research*, 18, 200-215.

<sup>85</sup> Thurin, J. M. (2009). Évaluation du changement en psychothérapie. *Thérapie Familiale*, 30, 235-250.

<sup>86</sup> Thurin, J. M. (2012). L'étude de cas, au cœur de la formation et de la recherche en psychothérapie. *Perspectives Psy*, 51(4), 364-373.

<sup>87</sup> Fishman, D. B. (2013). L'étude de cas pragmatique : une méthode de recherche rigoureuse et systématique qui parle aux praticiens. *Psychothérapies*, 33(1), 3.



McLeod (2013)<sup>88</sup> présente différentes stratégies pour renforcer la rigueur des rapports d'études de cas. Elles portent sur la conception générale et les objectifs de la recherche, les critères de qualité pour évaluer la validité des résultats des études, les approches pour agréger les conclusions d'un ensemble de cas, et l'interprétation des données issues des cas. Sont ainsi distinguées : (1) les *Études de cas orientées vers les résultats*, répondant à deux questions principales : Quelle a été l'efficacité de la thérapie pour ce cas ? Dans quelle mesure les changements observés chez le patient peuvent-ils être attribués à la thérapie ? ; (2) les *Études de cas orientées vers la théorie*, qui traitent des questions telles que : Comment le processus de la thérapie dans ce cas peut-il être compris en termes théoriques ? Comment les données dans ce cas peuvent-elle être utilisées pour tester et affiner un modèle théorique existant ou construire un nouveau cadre théorique ? ; (3) les *Études pragmatiques de cas*. Leur objectif est de fournir un plus large éventail de données quantitatives et qualitatives de base sur le cas que les rapports traditionnels de cas cliniques. Elles adhèrent à un format standard pour leur publication qui leur permet d'être intégrées dans une base de données, et (4) les *Études de cas expérientielles ou narratives*. Elles visent à raconter l'histoire d'un cas, du point de vue du patient ou du thérapeute, en explorant des questions telles que : "Qu'est-ce que le patient ou le thérapeute semblait être dans ce cas ? Quelle était la signification de cette rencontre thérapeutique ?"

Huit critères généraux sont avancés pour permettre de définir la *qualité des informations* fournies par les études de cas : (1) les buts et objectifs de l'étude ; (2) les caractéristiques du problème présenté par le patient (s), décrites de telle manière qu'il soit possible de localiser le cas dans une population plus large ; (3) le contexte organisationnel ou l'organisme au sein duquel le traitement a eu lieu ; (4) le nombre de séances, de séances manquées, la durée des séances, le paiement, etc. ; (5) les caractéristiques du thérapeute (par exemple, l'âge, le sexe, la formation) ; (6) les interventions utilisées par le thérapeute ; les procédures éthiques utilisées pour obtenir le consentement du client ; (7) l'utilisation d'une supervision externe et consultation par le thérapeute. S'y ajoute, dans le cadre des Études de résultats, (8) la recherche d'événements extérieurs susceptibles d'avoir influencé le cours de la psychothérapie.

---

<sup>88</sup> McLeod, J. (2013). Increasing the Rigor of Case Study Evidence in Therapy Research. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(4), 382-402.

Ces différents aspects sont développés dans l'analyse bibliographique.

Hilsenroth (2010)<sup>89</sup>, rédacteur en chef de la revue *Psychotherapy*, lance un appel à la publication d'études de cas fondées sur des données probantes. Il en attend des informations très utiles pour combler le fossé entre la recherche et la pratique et des modèles importants sur la façon d'intégrer la recherche fondamentale dans les travaux appliqués au niveau du cas individuel. En outre, cette initiative devrait ouvrir une voie pour la publication à ceux qui, dans la pratique privée à temps plein, sont intéressés par l'intégration de mesures de recherche dans leur travail clinique. Cet appel devrait offrir un ensemble facilement identifiable d'études de cas systématisées de différentes formes de traitement répondant aux critères de l'*Association Américaine de Psychologie* pour la Pratique Fondée sur des Preuves (APA 2006) ainsi que pour la dimension de l'utilité clinique dans les critères d'évaluation des directives thérapeutiques (APA 2002).

## **Nouvelles approches méthodologiques de recherche en psychothérapie**

En 1997, trois institutions de recherche, le NIMH, la Fondation MacArthur - Réseau Psychopathologie et Développement, et le Consortium de Recherche en Intervention Psychosociale chez l'Enfant et l'Adolescent (CAPIRC) se réunissent pour organiser un séminaire de travail avec la volonté de faire progresser le champ de la recherche sur les thérapies psychosociales. Ce séminaire donne lieu à la production d'un numéro spécial du *Journal of Abnormal Child Psychology*. Cette publication, introduite par E. Hibbs (1998)<sup>90</sup> présente six articles sur les principales questions méthodologiques qui ont besoin d'être améliorées dans la recherche sur le traitement psychosocial de l'enfant et de l'adolescent.

---

<sup>89</sup> Hilsenroth, M. J. (2010). Appeal for publication of evidence-based case studies in psychotherapy: theory, research, practice, training. American Psychological Association. Traduction JMT Pour la Recherche 77-78 p5

<sup>90</sup> Hibbs, E. (1998). Improving Methodologies for the Treatment of Child and Adolescent Disorders: Introduction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 1-6.

L'article de Brent et Kolko (1998)<sup>91</sup> fait l'inventaire des facteurs dont on considère qu'ils interviennent dans les résultats (p.ex., la relation thérapeutique, les mécanismes qui sous-tendent le changement cognitif, la régulation de l'affect, les connexions biologiques associées, le contexte dans lequel vit l'enfant) et constate que ces effets n'ont pas été testés. Les auteurs recommandent qu'ils soient pris en considération dans le développement de traitements psychothérapeutiques. Les résultats de ces études peuvent aider à réaliser d'autres améliorations dans, à la fois les théories de l'étiologie et l'amélioration des traitements pour les enfants et les adolescents. Deux figures complètent cet article qui pose de façon générale le cahier des charges d'études de nouvelle génération telles que celles dont la réalisation, les résultats et les méthodes sont présentées dans cette thèse.

Eyberg, Schuhman & Rey (1998)<sup>92</sup> présentent le *modèle transactionnel* (ce qu'il advient du développement d'un enfant résulte de transactions dynamiques complexes entre le système constitutionnel de l'enfant (au sein de l'enfant) et le système de son environnement (en dehors de l'enfant)). Avec ce modèle, l'accent est placé sur l'effet de l'enfant sur l'environnement, de sorte que les expériences fournies par l'environnement ne sont pas indépendantes de lui. Les auteurs en donnent un exemple détaillé avec le processus qui peut s'enclencher à partir de l'angoisse de séparation. Ils décrivent les problèmes liés au diagnostic suivant le DSM, l'influence de différents modérateurs (âge, environnement social, relations interpersonnelles). Les mesures doivent pouvoir saisir et mettre en relation ces différentes influences.

Kendall & Flannery-Schroeder (1998)<sup>93</sup> décrivent toutes les difficultés concrètes qu'ils peuvent rencontrer dans la réalisation d'un essai clinique concernant le traitement des troubles anxieux chez les jeunes à 3 niveaux : (a) problèmes de procédure ; (b) évaluation de la détresse anxieuse et (c) analyse du changement produit par le traitement. Ils proposent pour chaque difficulté

---

<sup>91</sup> Brent, D. A., & Kolko, D. J. (1998). Psychotherapy : Definitions, Mechanisms of Action, and Relationship to Etiological Models. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 17-25.

<sup>92</sup> Eyberg, S. M., Schuhmann, E. M., & Rey, J. (1998). Child and Adolescent Psychotherapy Research: Developmental Issues. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 71-82.

<sup>93</sup> Kendall, P. C., & Flannery-Schroeder, E. C. (1998). Methodological Issues In Treatment Research for Anxiety Disorders in Youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 26(1), 27-38.

des stratégies d'amélioration potentielle. Dans leur conclusion ils précisent que ces améliorations ont un coût, mais que c'est le prix de l'assurance d'une rigueur méthodologique et de la confiance dans les conclusions de la recherche.

Eddy, Dishion & Stoolmiller (1998)<sup>94</sup> présentent un article méthodologique très fouillé centré sur 3 questions : (a) Quels sont les changements que nous mesurons ? ; (b) Quand mesurons-nous le changement ? ; (c) Comment le mesurons-nous ? Le modèle général est développemental transactionnel. Les auteurs distinguent, dans le développemental, ce qui relève du processus naturel et ce qui relève de l'intervention thérapeutique. Le transactionnel fait intervenir, dans le cycle longitudinal des interactions, non seulement les interactions patient-thérapeute, mais également les interactions de ces deux acteurs avec le contexte (parent, milieu scolaire, pairs). Le point d'appui de cette présentation se situe au niveau des études de Patterson (1982) sur le traitement clinique du comportement antisocial de l'enfant, auxquelles se réfère également beaucoup Kazdin dans ses articles, d'un point de vue théorique, méthodologique (Kazdin 1997) et pratique.

March & Curry (1998)<sup>95</sup> considèrent les questions des variables prédictives d'un point de vue méthodologique. Ils font valoir que l'examen des modérateurs et des médiateurs pouvant affecter les résultats du traitement dans le cadre du modèle linéaire général peut ne pas être suffisant. En raison de la complexité des traitements psychosociaux, qui ciblent non seulement les symptômes spécifiques aux troubles, *mais aussi des comportements étroitement liés à la maladie*, le modèle linéaire général n'est pas satisfaisant quand on a besoin de déterminer les effets des modérateurs et des médiateurs. Les auteurs expliquent aussi la difficulté de mettre en œuvre ce modèle dans un cadre clinique qui n'est pas celui du laboratoire. *Un traitement axé sur des symptômes spécifiques est généralement limité, étant donné le fait que d'autres variables compliquent l'ensemble*. Par exemple, l'environnement de l'enfant, la maladie des parents, les difficultés socio-économiques, et la comorbidité peuvent entacher les résultats. En réponse aux insuffisances du modèle linéaire

---

<sup>94</sup> Eddy, J. M., Dishion, T. J., & Stoolmiller, M. (1998). Analysis of Intervention Change in Children and Families: Methodological and Conceptual Issues Embedded in Intervention Studies. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 53-69.

<sup>95</sup> March, J. S., & Curry, J. (1998). Predicting the Outcome of Treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 39-51.

général, les auteurs examinent cinq modèles de recherche qui peuvent être utilisés, en fonction de l'objectif de l'étude, pour examiner les variables prédictives dans la recherche sur les thérapies psychosociales : (1) les études épidémiologiques longitudinales, (2) les protocoles de cas individuels et ouverts, (3) les protocoles comparatifs de groupes (4) les stratégies séquentielles ou simultanées, (5) le design factoriel simultané [d'après Hibbs].

En 1997, Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer et Offord (1997)<sup>96</sup> publient un article sur les contributions de la recherche “facteur de risque“ à la psychopathologie développementale. La recherche sur les facteurs de risque a grandement contribué à comprendre le développement, la dysfonction et l'adaptation. Cette recherche se réfère à l'étude des conditions qui leur sont antérieures, aux changements qui leur sont consécutifs, et aux nombreuses façons dont ils sont associés.

La recherche facteur de risque est intrinsèquement développementale dans la mesure où l'accent est mis sur les influences et les résultats au fil du temps, ainsi que sur les chemins et les processus intermédiaires qui les relient. Dans le cas simple, les individus sont évalués à deux points dans le temps pour déterminer si les variables mesurées à l'évaluation initiale sont associées à l'émergence d'un résultat particulier à l'évaluation ultérieure. À première vue, la nature corrélationnelle des facteurs de risque semblerait reléguer la recherche à des inférences relativement faibles concernant les chemins et les trajectoires du développement. *Cependant, il y a des forces spéciales de l'approche dans la façon dont les antécédents et les résultats sont conceptualisés, la façon dont la recherche progresse vers une compréhension à grain fin du développement, et la façon dont la recherche et l'application sont étroitement liées.*

Le but de l'article est de situer la recherche “facteurs de risque“ comme une approche vers la recherche en psychopathologie développementale. L'approche reflète une façon de conceptualiser les phénomènes, ainsi que les méthodes de *design* et d'analyse des relations entre les conditions antérieures et les résultats au fil du temps. Cet article traite de la conceptualisation des causes des résultats au cours du développement, de la progression de la recherche dans l'élaboration de la nature des influences qui y participent et comment elles fonctionnent. S'y associent les nombreuses

---

<sup>96</sup> Kazdin, A. E., Kraemer, H. C., Kessler, R. C., Kupfer, D., & Offord, D. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clin Psychol Rev*, 17(4), 375-406.

questions et stratégies adoptées par la recherche sur les facteurs de risque, et leurs contributions à la connaissance et à son application. Des exemples pour illustrer les contributions et les progrès de la recherche sur les facteurs de risque sont tirés de la psychopathologie développementale, ainsi que de la santé publique, où les stratégies et les contributions de la recherche ont été le plus pleinement développées.

Cet article est structurellement essentiel. Il introduit le modèle général d'une causalité à double orientation, psychopathologique dans un sens, développementale dans l'autre. Les hypothèses qui leur sont relatives peuvent être précisées et, pour une part, testées à partir des interventions thérapeutiques attenantes et des mécanismes qui leur sont inférés. Ce *design* et ses étapes se trouvent précisés par les exemples qui sont présentés. On les retrouve sous une forme résumée dans les 7 étapes qui décrivent le développement d'un traitement efficace suivant Kazdin et Kendall en 1998.

Holmbeck (1997) précise les conditions dans lesquelles les concepts de modération et de médiation peuvent s'appliquer, en donnant de nombreux exemples de leur mauvais et bon usage conceptuel et statistique. Il opère une comparaison entre l'approche de régression et l'approche de modélisation par équation structurale pour tester les effets des modérateurs et des médiateurs.

Dans le prolongement de l'article de Kazdin et Kendall de 1998, et de l'article qu'il consacre au développement d'un agenda de recherche pour la psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent (Kazdin 2000)<sup>97</sup>, Kazdin engage en 2001 un tournant méthodologique important qui remet fortement en question la démarche générale de recherche centrée par les ECRs.

Dans un premier article Kazdin (2001a)<sup>98</sup> souligne son objectif général, à savoir combler le fossé entre la théorie et la pratique clinique, mais aussi l'écart entre la recherche théorique et thérapeutique.

La thèse centrale du second article (Kazdin 2001b)<sup>99</sup> est que le développement des traitements dépend fortement d'investigations portant sur des questions scientifiques essentielles. Il suggère que

---

<sup>97</sup> Kazdin, A. E. (2000). Developing a new research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 57(9), 829-835.

<sup>98</sup> Kazdin A.E.(2001). Bridging the enormous gaps of theory with therapy research and practice. *J. Clin. Child. Psychol*, 30 : 59-66.

si les chercheurs impliqués dans la clinique organisaient un peu mieux la recherche en psychothérapie, et qu'ils fournissaient aux investigateurs une succession de questions, étapes, ou méthodes d'évaluation du traitement, le mouvement vers des traitements bien développés et utiles serait plus rapide et évident. L'objectif est une meilleure compréhension du processus de changement. En particulier, celles des mécanismes par lesquels la thérapie fonctionne et des conditions dans lesquelles elle est susceptible d'être efficace et pourquoi .

On devrait être armé avec la connaissance de la façon dont le traitement produit le changement, la nature des composants essentiels du traitement, et comment maximiser leur impact. Les commentaires de l'auteur plaident en faveur d'un portefeuille de recherches qui aborde un plus large éventail de questions et englobe des méthodes plus diverses d'évaluation du traitement. *L'étendue et la diversité des méthodes ne sont pas des fins en elles-mêmes, mais elles seront essentielles pour obtenir les connaissances nécessaires permettant d'effectuer des changements optimaux dans les applications cliniques du traitement.* S'appuyant sur la démarche clinique de construction d'un traitement, il en formalise le processus opérationnel en 6 étapes, des principes qui le sous-tendent aux tests qui lui donnent sa légitimité. Un bilan des facteurs de contexte et de leur caractère favorable ou défavorable (les modérateurs) est incontournable. Les études d'efficacité n'ont pas développé systématiquement la base de connaissances. *L'activité d'un traitement ne se résume pas à ses composants internes. Elle implique aussi des processus psychologiques, sociaux et biologiques.* Un traitement additionnel est nécessaire qui se centre sur la compréhension des bases qui sous-tendent le traitement et la façon dont on peut optimiser le changement thérapeutique.

Le séminaire du NIMH de 2002<sup>100</sup> "*Psychotherapeutic Interventions: "How and Why they Work"*" marque une nouvelle étape de la recherche en psychothérapie. Le thème central de cet atelier, auxquels participent notamment Kraemer et Kazdin, concerne une question centrale, celle de la façon dont pourquoi et comment les interventions psychothérapeutiques produisent des résultats.

---

<sup>99</sup> 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.

<sup>100</sup> NIMH (2002) Psychotherapeutic Interventions: How and Why they Work. Texte intégral et traduction du compte rendu

Son objectif est d'établir des stratégies pour optimiser la recherche dans ce domaine. À sa suite, deux articles de Kraemer et al. précisent les arguments et la méthodologie de l'évolution de la recherche présentée dans le séminaire du NIMH.

Le premier article de Kraemer et al. (2001)<sup>101</sup> est centré sur la nécessaire introduction de la complexité et de ses conséquences sur l'abord de la causalité par la recherche. De nouveaux outils méthodologiques sont nécessaires. Son introduction est la suivante :

"Les troubles qui constituent l'essentiel des questions médicales, de recherche et de santé aujourd'hui, particulièrement en psychiatrie, ont la probabilité d'être complexes. De tels troubles peuvent ne pas avoir une seule cause, mais être sous-tendus par une ou de multiples chaînes causales. Ces chaînes peuvent impliquer des facteurs de risque génétiques, environnementaux, sociaux et biologiques. Aucun effet de ces risques ne peut être pleinement compris en dehors du contexte de tous les autres. Jusqu'ici, une attention insuffisante a été portée à aider à la fois le chercheur clinique et le clinicien avec les outils méthodologiques appropriés pour fournir cette information. Que l'accent soit placé sur le processus de prise de décision d'une intervention ou sur des questions de recherche, une compréhension de la façon dont les facteurs de risque travaillent ensemble est cruciale."

Ces questions ne concernent pas que la psychiatrie, mais elles y sont particulièrement actives. Elles nécessitent une clarification conceptuelle et des définitions attenantes pour aborder le statut des facteurs et les "chaînes causales" qui interviennent dans le développement des troubles et leur résolution. L'accent est mis sur l'introduction et la distinction des médiateurs et des modérateurs, la précision de la chronologie de l'intervention des facteurs actifs, leurs rapports de dominance ou d'équivalence, et les formes de leur présentation (directe, par procuration, ou sous une forme globale).

Le second article de Kraemer et al. (2002)<sup>102</sup> explique comment différencier l'action des modérateurs et des médiateurs dans les ECRs quand les résultats sont mesurés sur un mode dimensionnel. Les modérateurs identifient *pour qui et dans quelles circonstances* les traitements ont

---

<sup>101</sup> 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.

<sup>102</sup> Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and Moderators of Treatment Effects in Randomized Clinical Trials. *Archives General Psychiatry*, 59, 877-883.



des effets différents. Les médiateurs identifient *pourquoi et comment* les traitements ont des effets. Le mécanisme est le *lien causal entre le médiateur et le résultat*.

Plusieurs articles de Kazdin et al. précisent comment appliquer ces concepts :

En 2003, Kazdin et Nock (2003)<sup>103</sup> présentent les nouveaux objectifs de la recherche en psychothérapie et huit recommandations pour les atteindre.

En 2007, Kazdin<sup>104</sup> publie *Mediators and Mechanisms of change in psychotherapy research* dans la Revue annuelle de psychologie clinique. Cet article est présenté ici en détail car il constitue une synthèse des objectifs et de la méthode, assortis de nombreux exemples, ainsi que des questions qui se trouvent posées par son application. Il anticipe les évolutions de la recherche en psychiatrie que présentera Insel<sup>105</sup> en 2012.

Cet article complète celui de 2003. Il précise d'abord les définitions et différences entre médiateur et mécanisme. Le concept de *mécanisme* se réfère à un niveau supérieur de spécificité par rapport à celui du *médiateur*. Il reflète les étapes ou le processus à partir desquels la thérapie (ou une quelconque variable indépendante) sous-tend et produit le changement. Le *modérateur* se réfère à plusieurs caractéristiques qui influencent la direction ou l'ampleur de la relation entre l'intervention et le résultat.

Parmi les conditions requises pour démontrer les médiateurs et les mécanismes de changement, le caractère *plausible et cohérent* d'un mécanisme reliant une cause et un effet est expliqué à partir de l'exemple de blessures d'enfants amenés aux urgences. Dans certains cas, l'explication donnée ne rejoint pas les critères précédents, alors que l'examen clinique approfondi oriente vers des sévices parentaux. La *consistance* est une autre condition importante. Elle nécessite la *réplication*

---

<sup>103</sup> 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. Traduction de l'article (JMT).

<sup>104</sup> Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 1-27. Traduction de l'article (JMT)

<sup>105</sup> Insel, T. R. (2012). Next-Generation Treatments for Mental Disorders. *Science Translational Medicine*, 4(155ps19), 1-9.

d'un résultat observé à travers les études, échantillons et conditions. Par exemple, nous nous attendons à ce que les relations entre A, B et C ne soient pas spécifiques d'un seul échantillon. Il n'est pas nécessaire non plus qu'elles soient spécifiques de tous les échantillons. Après plusieurs études, et quand tous ou presque tous les critères sont réunis, on peut établir qu'un certain processus d'intervention intervient pour le changement.

L'article présente ensuite un aperçu général des méthodes pour étudier les médiateurs et les mécanismes dans la psychothérapie. Deux *techniques statistiques* sont décrites : les *tests de médiation* et le *pourcentage de variance*. Dans les tests de médiation, les techniques de régressions multiples<sup>106</sup>, l'analyse des chemins, la modélisation par équation structurelle et les méthodes de *bootstrap*<sup>107</sup> sont les options prédominantes. Une limitation clé de l'interprétation est le fait que la chronologie entre le médiateur et le résultat n'est pas nécessairement établie. Même quand la chronologie est établie, la médiation ne suggère pas nécessairement les mécanismes de l'action. Quel est précisément le processus de changement, quelles sont ses étapes jusqu'au changement, existe-t-il d'autres variables impliquées dans la mesure ? (Kraemer et al. 2001). Dans le pourcentage de variance, si deux variables sont corrélées ( $r$ ), alors on peut identifier la proportion d'influence commune ou partagée ( $r^2$ ). On dit souvent que les processus thérapeutiques (par ex, l'alliance) « prédisent » le changement thérapeutique. Mais rien dans la mesure du pourcentage de variance ne parle de médiateurs ou de mécanismes. La variance partagée de l'alliance et du résultat pourrait être énorme, mais cela pourrait être dû au changement symptomatique se produisant *avant* la réalisation de l'alliance. Ensuite, l'alliance thérapeutique peut « intervenir » dans la variance de résultat du traitement, mais elle même peut être expliquée par une ou plusieurs autres variables (p.e. Kazdin & Whitley 2006)<sup>108</sup>. En bref, le niveau de variance peut ou peut ne pas nous orienter vers les

---

<sup>106</sup> Falissard, B. Mooc présentations 13-18. Présentations détaillées plus loin.

<sup>107</sup> Cette méthode est basée sur des simulations réalisées à partir des informations disponibles dans l'échantillon. L'aspect autocentré et itératif de la méthode a inspiré sa désignation anglaise : en effet, le *bootstrap* désigne le fait de « se hisser en tirant sur ses propres lacets ou plus précisément sur ses « *bootstraps* » qui désignent en anglais les anneaux de cuir ou tissu cousus au rebord des bottes pour y passer les doigts afin de les enfiler plus facilement (Wikipedia).

<sup>108</sup> Kazdin AE, Whitley MK. (2006). Pretreatment social relations, therapeutic alliance, and improvements in parenting practices in parent management training. *J. Consult. Clin. Psychol.* 74:346–55

médiateurs ou les mécanismes. Si la relation (certaines corrélations) fournit des voies significatives, les conditions requises pour établir les médiateurs devront être réunies, comme cela a été mentionné avant.

Concernant *les méthodes*, les essais contrôlés ne prennent souvent pas en compte la chronologie des changements. Les études de *démantèlement* placent tous les composants de l'intervention dans un groupe et les variations qui ne concernent pas tous les composants dans un ou plusieurs autres groupes. L'approche complémentaire est la stratégie de *construction* dans laquelle on commence avec un composant et on ajoute les autres dans d'autres groupes. La même approche peut être réalisée au niveau individuel avec une *méthode d'études de cas croisés* (voir Kazdin 2003). L'idée derrière chaque stratégie est d'identifier les ingrédients nécessaires, suffisants et facilitants qui permettent d'atteindre un changement dans un traitement. Dans son commentaire, Kazdin précise qu'après avoir réalisé l'analyse statistique, on revient ensuite vers l'un des critères pour se demander « est-ce que ce critère était là ? ». Qu'il s'agisse de la chronologie d'un médiateur ou d'un mécanisme supposé de changement, ou qu'il s'agisse de la construction d'une explication plausible et cohérente du changement thérapeutique, ce ne sont pas des questions qui se posent à partir des analyses statistiques en elles-mêmes, *mais à propos de l'interprétation de ces analyses*.

La suite de l'article introduit la question des « voies d'identification et d'élaboration des médiateurs et des mécanismes ». Kazdin précise d'abord que :

« Comprendre les médiateurs et ensuite les mécanismes n'est pas la matière d'une seule étude, mais elle est la matière du développement ultérieur d'un processus qui se dessine sur une série de projets qui semblent souvent distincts ou issus de différentes disciplines ou de types de recherche. Il est utile de penser la recherche sur les mécanismes comme un jeu d'échecs. Même s'il pouvait y avoir un mouvement final d' « échec et mat », le jeu est gagné sur des fronts multiples, les séquences d'actions intégrées et les mouvements convergents qui rendent possible l'échec et mat. L'essentiel du jeu d'échecs est qu'il y a un mouvement vers un but ; le fait que la recherche sur les psychothérapies montre ce mouvement, au moins en relation avec la compréhension des mécanismes, n'est pas si clair. »

Suit la description, décrite dans plusieurs articles, qui a conduit à la découverte du mécanisme à partir duquel le tabac peut conduire au cancer du poumon ou celle de la relation cholestérol - trouble cardiaque. Dans les deux cas, la réduction de l'agent causal *identifié à partir de l'exploration des mécanismes* modifie le risque de trouble secondaire associé. Comment un

processus de découverte du même ordre peut-il se développer dans le champ des psychothérapies ?

Cette question est introduite de la façon suivante :

« La recherche psychologique se déplace rarement de l'évaluation du corrélat au facteur de risque, jusqu'à celle d'un agent causal. Une raison habituellement donnée est que l'on ne peut pas manipuler les variables essentielles expérimentalement chez l'homme (par exemple, l'éducation des enfants, le style d'attachement), et donc que nous sommes confinés à la corrélation. Le problème est ailleurs, à savoir qu'il y a peu de théorie sur les concepts clés (les médiateurs) et la façon dont ils pourraient être étudiés, peu d'efforts pour identifier les étapes ou les processus (mécanismes) par lesquels la construction conduit à un résultat, et peu d'utilisation de lignes convergentes d'investigation qui pourraient renforcer les inférences sur les causes, les médiateurs et les mécanismes. On n'a pas nécessairement besoin d'une véritable expérimentation. On a besoin de construire le problème en réunissant les exigences décrites ci-dessus. Il existe de nombreuses stratégies pour comprendre les mécanismes ou au moins pour déplacer le ballon vers l'avant de façon significative au-delà de la corrélation, comme je le traite ci-dessous ».

La stratégie proposée est très ancrée dans le biologique par rapport à celle décrite dans l'article de Kazdin et Kendall (1998) : (1) réaliser une description méticuleuse à différents niveaux (par exemple, on sait finalement peu de choses sur ce qui se produit dans l'interaction sociale en dehors du contexte de la thérapie, en relation à des indices neurologiques ou biologiques) ; (2) savoir que les modérateurs peuvent être un chemin d'identification des médiateurs et des mécanismes. S'appuyant sur les travaux concernant les comportements antisociaux, qui conduisent à des niveaux de précision des enchaînements depuis la réalité actuelle jusqu'à la génétique, on constate que la recherche en psychothérapie en est encore aux tous premiers stades avec les modérateurs. Il existe une vaste littérature avec des analyses montrant que les garçons versus les filles, les jeunes versus les vieux, et tel groupe ethnique versus tel autre groupe ethnique diffèrent. C'est très bien comme point de départ, mais une grande partie de la recherche ne parvient pas à dépasser ce « point de départ » ; (3) recourir à l'intervention et à une expérimentation directe. L'activation, par un médicament (la D-cycloserine), du récepteur essentiel associé à la technique d'exposition dans une angoisse des hauteurs améliore les résultats obtenus avec la technique d'exposition seule [il s'agit ici d'une relation simple entre un symptôme et une intervention psychologique isolée, ce qui n'est pas la règle] ; (4) faire converger les lignes de travail. Kazdin s'appuie ici sur les études menées par Patterson et al. dans les années 1960 pour comprendre l'émergence et le maintien des

comportements agressifs de l'enfant (Kazdin et al. 1997, Patterson 1982<sup>109</sup>, 1992<sup>110</sup>). Il n'y a ici ni intervention médicamenteuse ni expérimentation. Ces études ont fait apparaître, à partir de l'observation, les comportements, les enchaînements réciproques en escalade qui s'établissaient entre l'enfant et ses parents, et comment le comportement de l'enfant pouvait s'orienter d'un côté ou d'un autre. Un élément complémentaire, la formation des parents à une meilleure gestion de leurs attitudes dans les crises, a montré la réduction de ces renforcements négatifs interagis. Dans ce cas, le déroulement d'un comportement coercitif et d'une intervention efficace vont très loin pour suggérer les mécanismes impliqués dans l'apparition et l'élimination des agressions dans la maison, au moins pour certains enfants.

La discussion met en évidence des exemples de recherches liées au traitement qui se déplacent de relations causales vers la compréhension des médiateurs et des mécanismes. Kazdin précise qu'il a omis les études sur la médiation, qui sont devenues relativement communes. La raison de leur omission est expliquée dans la discussion des tests statistiques de médiation, à savoir, que les études établissent rarement les conditions essentielles pour l'établissement d'une chronologie et qu'*un médiateur n'est pas nécessairement un mécanisme*. Lorsque la chronologie n'est pas établie, c'est même encore un saut trop important que d'impliquer qu'il existe une relation de médiation au-delà d'une relation statistique dans laquelle le médiateur et les résultats pourraient être inversés.

À partir des bases précédentes, des recommandations pour la recherche sont proposées. Elles sont simplifiées par rapport à celles de 2003 et comprennent : (1) l'utilisation de la théorie comme guide ; (2) l'inclusion de mesures de médiateurs potentiels dans les études thérapeutiques ; (3) l'établissement d'une chronologie entre le médiateur ou le mécanisme proposé et le résultat ; (4) l'évaluation de plus d'un médiateur ou d'un mécanisme ; (5) l'utilisation de protocoles (*designs*) qui peuvent évaluer les médiateurs et les mécanismes. Un tableau récapitulatif montre les conditions nécessaires pour l'évaluation des mécanismes. Elles ne sont pas remplies par les essais cliniques classiques ; (6) l'examen de la consistance à travers différents types d'études.

La compréhension des médiateurs et des mécanismes par lesquels le changement thérapeutique se produit pourrait bénéficier de différents types d'études, au-delà de celles qui pourraient être

---

<sup>109</sup> Patterson GR. 1982. *Coercive Family Process*. Eugene, OR: Castalia.

<sup>110</sup> Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. 1992. *Antisocial Boys*. Eugene, OR: Castalia.

interprétées comme de la recherche en thérapie. Les conclusions de ces études peuvent être homogènes et convergentes en rendant un processus particulier plausible.

Les différents types d'études comprennent : (1) *la recherche animale en laboratoire*. Des tests, très éloignés des paramètres de la thérapie, fournissent des tests de principes importants. Par exemple, les comportements de soins maternels (comme le nursing, le léchage, le toilettage) chez les rats influencent la réactivité au stress chez les ratons ; les effets peuvent être observés dans le comportement, ainsi que dans les réponses neurologiques et endocriniennes de la progéniture (cf., Francis, Champagne, Liu et Meaney 1999) <sup>111</sup>. Cela pourrait bien être pertinent pour comprendre le stress, faire face au stress, et pour les interventions visant à améliorer le stress ; (2) *la recherche observationnelle naturaliste* sur les processus qui peuvent être opérationnels dans l'environnement naturel et leurs corrélats - à court et à long terme, peut être très utile. Elle peut à la fois générer et tester des hypothèses sur les médiateurs et les mécanismes (p.ex., étude précédente sur l'émergence et le maintien d'un comportement agressif de l'enfant, réactivité des nourrissons au stress de la mère durant des activités de routine (Hume & Fox 2006<sup>112</sup>) ; (3) *La recherche qualitative* peut fournir une analyse fine en évaluant de manière intensive la richesse et les détails du processus, y compris ce qui change et comment le changement se déroule, et ce qui ne change pas et qui pourrait être opérationnel dans cette situation ; (4) *Les études de laboratoire des processus thérapeutiques*.

Les défis et obstacles particuliers sont ensuite abordés.

Ils concernent d'abord les relations entre mécanisme et résultats. La complexité s'exprime lorsqu'*une seule influence produit des résultats multiples*. Il peut y avoir des mécanismes multiples et différents pour un agent unique, avec des résultats différents. Mais aussi, certaines voies communes peuvent exister qui aident à la focalisation de la recherche. *Des influences multiples peuvent conduire à un résultat unique*. Des résultats similaires peuvent être atteints par des chemins

---

<sup>111</sup> Francis, D. D., Champagne, F. A., Liu, D., & Meaney, M. J. (1999). Maternal Care, Gene Expression, and the Development of Individual Differences in Stress Reactivity. *Ann N Y Acad Sci.*, 896, 66-84.

<sup>112</sup> Hume AA, Fox NA. (2006). Ordinary variations in maternal caregiving influence human infants' stress reactivity. *Psychol. Sci.* 17:550-56.

multiples. Une exploration des modérateurs possibles et des études exploratoires, suivies par un travail conceptuel, seront essentiels pour trouver des sous-groupes.

Plusieurs autres aspects sont à considérer : (1) *Les relations non linéaires*. Nous sommes formés à penser et à apprécier que les statistiques génèrent des relations linéaires. Peut-être même, sommes-nous victimes d'une heuristique cognitive qui nous attire vers elles. Les analyses de sous-groupes et les *tests de relations non linéaires* pour identifier des configurations fiables de relations médiateur-résultats sont un point de départ ; (2) *La chronologie des changements*. C'est un défi pour la recherche, de veiller à ce que l'on puisse évaluer le mécanisme et le changement, alors qu'ils peuvent varier dans le cours du temps suivant les individus ; (3) *les modérations*. Les effets d'une intervention peuvent être modérés suivant des modalités qui exercent un impact énorme. Plutôt que de chercher les principaux effets d'une intervention et un mécanisme uniforme de changement, nous pouvons avoir besoin d'identifier et de caractériser des sous-groupes, d'une manière très semblable à celle des chercheurs en génétique.

Les obstacles concernent également la mesure du développement. *De nombreux médiateurs du changement commencent comme de larges construits* (par exemple, les changements dans la cognition). Nous avons besoin de mesures valides de tels construits, puis d'une démonstration de la façon dont ils fonctionnent.

Dans ses conclusions, Kazdin revient sur le fait que malgré ses progrès, les avancées de la recherche en psychothérapie font cruellement défaut dans l'étude des médiateurs et des mécanismes de changement thérapeutique. Il est remarquable que, après des décennies de recherche dans ce champ, nous ne puissions pas fournir une explication fondée sur des preuves pour savoir comment ou pourquoi nos interventions, y compris celles qui sont les plus étudiées, produisent des changements. Le meilleur soin du patient viendra de la variation optimale du traitement qui lui sera fourni. Comprendre les mécanismes du traitement est le chemin vers un traitement amélioré.

# Évolutions institutionnelles des méthodes de recherche

Dans le contexte de cette évolution des concepts et des méthodes, un changement de la politique de l'*American Psychological Association* (APA) dans le domaine de la preuve, a commencé à s'exprimer à partir de 2002<sup>113</sup> avec la publication des "Critères pour l'Évaluation des Guides de Traitement". Le but de ce document est de fournir des critères qui aident à déterminer les forces et les faiblesses de chaque recommandation suivant deux dimensions connexes, celle de *l'efficacité du traitement* (est-ce que le traitement fonctionne ?) et celle de *son utilité clinique* (l'applicabilité, la faisabilité et l'utilité de l'intervention dans le contexte local ou spécifique où elle doit être proposée).

Le changement de politique de l'APA est confirmé et renforcé en 2006<sup>114</sup> par le rapprochement des données issues de la recherche de leur contribution pratique et leur adossement à un véritable programme de "Pratique fondée sur des données probantes en Psychologie". Cette nouvelle approche est associée à la prise en compte clinique des spécificités du patient.

En ce qui concerne la recherche, de nombreuses conceptions méthodologiques sont proposées pour contribuer à la constitution de données probantes. Elles mettent l'accent sur l'articulation des différents protocoles de recherche avec les différentes questions posées. Ainsi :

- L'observation clinique (incluant les études de cas individuels) et la science psychologique fondamentale sont des sources valables d'innovations et d'hypothèses (le contexte de la découverte scientifique).
- La recherche qualitative peut être utilisée pour décrire l'expérience subjective vécue des personnes, y compris celle des patients en psychothérapie.

---

<sup>113</sup> American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57(12), 1052-1059.

<sup>114</sup> American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. *Am Psychologist*, 61(4),



- Les études de cas systématisées sont particulièrement utiles quand elles sont rassemblées dans des réseaux de recherche fondée sur la pratique pour comparer, les uns aux autres, les patients ayant des caractéristiques communes.
- Les conceptions expérimentales de cas uniques sont particulièrement utiles pour établir les relations causales dans le contexte d'un individu.
- La recherche en santé publique et la recherche ethnographique sont surtout utiles pour tracer la validité, l'utilisation et l'acceptation des traitements en santé mentale tout comme pour suggérer des moyens de les modifier pour maximiser leur utilité dans un contexte social donné.
- Les études de processus-résultat sont surtout valables pour identifier les mécanismes de changement.
- Les études d'interventions, telles qu'elles sont délivrées dans les situations naturalistes, (la recherche d'efficacité réelle) sont bien adaptées pour évaluer la validité écologique des traitements.
- Les essais cliniques randomisés et leurs équivalents logiques (recherche d'efficacité potentielle) sont l'étalon de référence pour tirer des inférences causales sur les effets des interventions (contexte de la vérification scientifique).
- La méta-analyse est le moyen systématique pour synthétiser les résultats issus des nombreuses études, tester les hypothèses et estimer quantitativement la taille d'effet.

*Pour le futur*, les besoins les plus urgents de la recherche sont les suivants :

- étudier les pratiques des cliniciens qui obtiennent les meilleurs résultats dans la communauté, en général et avec des types particuliers de patients ou de problèmes ;
- identifier des compétences techniques utilisées par les cliniciens experts dans la gestion des interventions psychologiques qui se sont avérées efficaces ;
- améliorer la fiabilité, la validité, et l'utilité clinique des diagnostics et des formulations de cas ;
- étudier les conditions qui maximisent l'expertise clinique (plutôt que de se concentrer principalement sur les limites de l'expertise clinique) ;
- déterminer jusqu'à quel point les erreurs et les biais largement étudiés dans la littérature sont reliés aux chutes dans les résultats du traitement et comment modifier ou corriger ces erreurs ;
- développer des mesures "bien normées" que les cliniciens peuvent employer pour évaluer leurs jugements diagnostiques, pour mesurer le progrès thérapeutique avec le temps, et pour évaluer le processus thérapeutique ;

- distinguer l'expertise associée aux facteurs communs partagés par la plupart des thérapies et l'expertise spécifique reliée aux approches de traitement particulier ;
- fournir au clinicien un retour sur la situation du patient en temps réel, pour comparer les progrès dans le traitement, et concevoir des outils de soutien clinique pour ajuster le traitement si nécessaire.

Une nouvelle liste des indications de la psychothérapie, adossée sur une sélection de publications attendues, est publiée par l'APA en 2013<sup>115</sup>. Elle donne une nouvelle perspective à la question de l'efficacité des psychothérapies en se démarquant de l'approche par « marques », sans toutefois aborder précisément l'apport des études de processus dans ce domaine.

Avec cette évolution, le paradigme général de la recherche se recentre sur les pratiques, les études naturalistes et le patient. Le panel des méthodologies recommandées est élargi, en précisant leurs applications respectives. Bien que les véritables expérimentations soient une base magnifique pour tirer des inférences *dans des conditions appropriées*, l'importance donnée à leur rôle apparaît trop exclusive et inadaptée pour *l'évaluation des interventions complexes* (p.e. [Thurin & Briffault 2006](#)<sup>116</sup>, [Craig 2008](#)<sup>117</sup>, [Kazdin 2008](#))<sup>118</sup>.

Dans la publication du *Medical Research Council guidance*, ces interventions sont définies suivant les critères suivants : le nombre d'éléments en interaction dans les interventions, le nombre et la difficulté des comportements requis par ceux qui délivrent ou reçoivent l'intervention, le

---

<sup>115</sup> American Psychological, A. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy (Chic)*, 50(1), 102-109.

<sup>116</sup> Thurin, J. M., & Briffault, X. (2006). Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *Encephale*, 32(4 Pt 1), 402-412.

<sup>117</sup> Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & Medical Research Council, G. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, 979-983.

<sup>118</sup> Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol*, 63(3), 146-159.

nombre de groupes ou de niveaux organisationnels ciblés par l'intervention, l'étendue et la variabilité des résultats, le degré de flexibilité ou d'adaptation de l'intervention autorisée. Cette situation apparaît nettement avec les interventions psychothérapeutiques complexes qui caractérisent l'action psychothérapeutique dans nombreux troubles mentaux (Carey & Stiles 2015)<sup>119</sup>.

Les nouvelles priorités s'expriment notamment dans la place donnée aux *études observationnelles* (Ablon, Levy, Katsenstein 2006 ; Blomberg, Lazar, Sandell 2001, Pham-Orsetti 2012, Kazdin 2014)<sup>120 121 122 123</sup>, avec l'objectif de leur donner un niveau de preuve élevée (McLeod et Elliott 2011)<sup>124</sup>.

La plupart des études dans les sciences biologiques, physiques et sociales *ne sont pas* des véritables expérimentations, pour la bonne raison que l'investigateur ne peut manipuler que quelques-unes des variables potentiellement explicatives (par exemple, l'éducation des enfants, le style d'attachement). Cela ne disqualifie par leur importance. De solides inférences peuvent être tirées d'*études quasi expérimentales* dans lesquelles il y a une estimation, une évaluation, et une

---

<sup>119</sup> Carey, T. A., & Stiles, W. B. (2015). Some Problems with Randomized Controlled Trials and Some Viable Alternatives. *Clin Psychol Psychother*, 23(1), 87-95.

<sup>120</sup> Ablon, J.S., Levy, R.A., Katsenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2): 216–231.

<sup>121</sup> Blomberg, J., Lazar, A., Sandell, R. (2001). Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies: first findings of the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis study. *Psychotherapy Research*, 11:361-382.

<sup>122</sup> Kazdin, A. E. (2014a). Chapter 9. Observational Research, Case-Control and Cohort Designs *Research Design in Clinical Psychology* (Fourth ed., pp. 233-264). Harlow: Pearson.

<sup>123</sup> Pham-Orsetti, H. (2012). *Thèse de doctorat en Médecine. Recherche évaluative et psychothérapies psychodynamiques : vers un nouveau paradigme méthodologique?*, Université Paris-Descartes.

<sup>124</sup> McLeod, J., & Elliott, R. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 1-10.

façon analytique de penser (à propos des menaces à la validité, des possibles confusions, des sources de biais et d'artefact, Kazdin <sup>125</sup>; Shadish, Cook & Campbell <sup>126</sup>). Suivant leur qualité et dans une perspective dimensionnelle, les études quasi-expérimentales sont classées par Kazdin en 3 niveaux, le niveau 3 ayant une dimension de preuve quasi équivalente à celle des études expérimentales (APA 2002, Kazdin 1981, 1982, 2014).

Le développement de *méthodes mixtes* associant la recherche quantitative et la recherche qualitative (Lutz & Hill 2009, McLeod 2001) <sup>127</sup> <sup>128</sup> est une autre caractéristique de l'évolution de la méthodologie. Les informations issues de la recherche ne s'établissent pas seulement dans les mesures des comportements et des symptômes et les relations qu'elles entretiennent avec des techniques appliquées. Elles concernent aussi le contexte de la personne et le sens qu'elle donne aux choses. Un tel niveau de complexité conduit naturellement à reconnaître qu'il ne peut exister que des approches partielles de la complexité qui sous tend la constitution d'un trouble et le processus de sa réduction. Et pourtant, la possibilité de cette évolution est un fait si l'on se réfère à l'expérience qu'en ont aussi bien les patients (Kovess et al. 2007) que les thérapeutes.

La question qui se pose alors est celle des méthodologies qui peuvent extraire les conditions essentielles du changement, des facteurs de risque aux facteurs d'évolution favorable, parmi lesquels se situent l'action psychothérapique et ses ingrédients. Avec la méthodologie des facteurs de risque, étendue aux facteurs de développement, on est au carrefour des méthodologies de l'épidémiologie et de l'étude de cas. Les grains sont différents suivant l'échelle, mais l'une et l'autre partagent l'exigence d'une chronologie et d'une analyse approfondie du processus qui conduit d'une situation de départ à un résultat et des éléments qui peuvent expliquer le déroulement d'une

---

<sup>125</sup> Kazdin 1981, 1982, 2008, 2014 *Research Design in Clinical Psychology.*, Fourth Edition p 301.

<sup>126</sup> Shadish, W. R., Cook, T., & Campbell, D. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*: Boston New York: Houghton Mifflin.

<sup>127</sup> Lutz, W., & Hill, C. E. (2009). Quantitative and qualitative methods for psychotherapy research: introduction to special section. *Psychother Res*, 19(4-5), 369-373.

<sup>128</sup> McLeod, J. (2001). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. London, Sage Publications Ltd,

trajectoire plutôt qu'une autre (Kazdin 1997). Un grand avantage est de pouvoir utiliser des concepts communs.

## Évolution des méthodes statistiques

Les analyses statistiques relatives aux protocoles expérimentaux cas-isolés ont été décrites par Kazdin dans son ouvrage *Single-Case Research Designs* (1982)<sup>129</sup> et dans le [chapitre 9](#)<sup>130</sup> du livre de Barlow & Hersen *Single-Case Experimental Designs* (1984).

Depuis, des méthodes statistiques sophistiquées se sont développées, telles que les études en séries temporelles ([Jones et al. 1993](#)), la modélisation par équation structurelle (Falissard [2005, 2014](#))<sup>131 132</sup>, l'analyse PLS-SEM ([Hair et al. 2014](#))<sup>133</sup>, la modélisation multi niveaux ([Tasca et Gallop 2009, Dupéré et al. 2007](#))<sup>134 135</sup>.

---

<sup>129</sup> Kazdin, A. E. (1982). Appendix B. Statistical Analyses for Single-Case Designs: Illustrations of Selected Tests *Single-Case Research Design. Methods for Clinical and Applied Settings* (pp. 318-338). New York Oxford: Oxford University Press.

<sup>130</sup> Kazdin, A. E. (1984). Statistical Analyses for Single-Case Experimental Designs. In D. H. Barlow & M. Hersen (Eds.), *Single-Case Experimental Designs* (pp. 285-324): Pergamon.

<sup>131</sup> Falissard, B. (2005). Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie (3ème ed.)(pp.203-215). Paris: Masson.

<sup>132</sup> Falissard, B. (2014). Analysis of Questionnaire Data with R: Taylor & Francis Group.

<sup>133</sup> Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2014). A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM): SAGE Publications.

<sup>134</sup> Tasca, G. A., & Gallop, R. (2009). Multilevel modeling of longitudinal data for psychotherapy researchers: I. The basics. *Psychother Res*, 19(4-5), 429-437.

<sup>135</sup> Dupéré, V., Lacourse, E., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2007). Méthodes d'analyse du changement fondées sur les trajectoires de développement individuel. Modèles de régression mixtes paramétriques et non paramétriques. *Bulletin de méthodologie sociologique*, 95, 1-25

Une question centrale reste la part respective que peuvent apporter les méthodes statistiques issues des regroupements de cas et les analyses de cas individuels. Les relations entre les 2 approches sont facilitées par une structure logique de questionnement commune. Le commun et l'individuel ont chacun leur place.

Des descriptions et commentaires sont présentés plus loin et dans la bibliographie.

## **Données probantes fondées sur les pratiques.**

Des efforts importants sont faits actuellement pour soutenir des *approches innovantes* permettant de jeter un pont entre la recherche et la pratique en impliquant les cliniciens dans la recherche en psychopathologie et en *psychothérapie* (Castonguay 2014 <sup>136</sup>, [Goldfried et Eubanks-Carter](#) <sup>137</sup>, [Lampropoulos et al.](#), 2002 <sup>138</sup>).

Différentes causes ont conduit à cette orientation. Du côté des chercheurs, une prise de conscience s'est faite que la focalisation sur la méthodologie s'était réalisée indépendamment des questions cliniques qui s'y posaient. Des conséquences importantes, telles que l'absence de prise en compte de leur travail et une mauvaise utilisation des résultats qui en étaient issus, ont été soulignées. Du côté des cliniciens, l'absence de prise en compte par les chercheurs des questions cliniques qui les concernaient directement a créé un fossé qui, pendant un temps qui n'est peut-être pas encore complètement révolu, a paru définitif.

---

<sup>136</sup> Castonguay, L. (2014) Conducting practice-oriented research: What to do and not to do in building partnerships between researchers and Clinicians. [Accès Webinar](#)

<sup>137</sup> Goldfried, M. R., & Eubanks-Carter, C. (2004). On the need for a new psychotherapy research paradigm: comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychol Bull*, 130(4), 669-673; author reply 677-683.

<sup>138</sup> Lampropoulos, G. K., Goldfried, M. R., Castonguay, L. G., Lambert, M. J., Stiles, W. B., & Nestoros, J. N. (2002). What kind of research can we realistically expect from the practitioner? *J Clin Psychol*, 58(10), 1241-1264

Sur le fond, il est nécessaire de prendre également en compte l'évolution des objectifs de la recherche et des possibilités de s'y engager. Cette évolution est, de fait, très favorable à une véritable rencontre des cliniciens et des chercheurs. Le renouvellement des études de cas et le développement de l'approche observationnelle dans l'activité psychothérapique permettent de développer une véritable recherche clinique. Ce sont les cliniciens qui passent le plus de temps avec les patients et qui ont le plus d'opportunités pour observer, innover et recueillir des données. Une meilleure collaboration entre chercheurs et praticiens peut conduire à de nouvelles découvertes et perspectives pour le travail clinique, ainsi que déceler les conditions et actions qui sont les plus directement pertinentes pour la pratique.

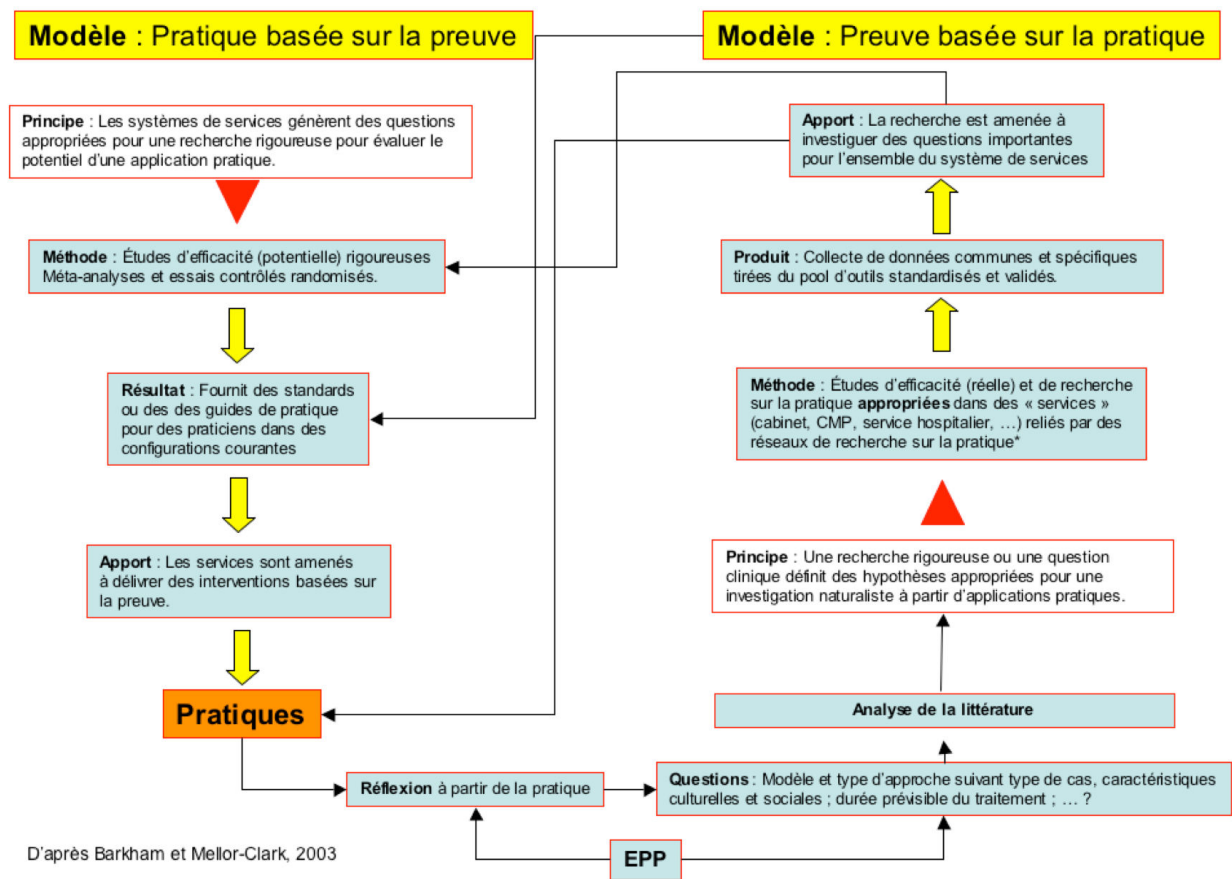
Parmi les recherches actuelles, citons celles portant sur le rôle charnière de vulnérabilités associées à la personnalité et à l'environnement spécifique du développement, à l'expression et au maintien de troubles ; celles qui s'intéressent à la réceptivité particulière de certains patients à certains types d'interventions et réciproquement aux facteurs qui les rendent inefficaces ; celles qui portent sur les modalités d'approches des problèmes relationnels entre jeunes adultes et leurs parents ; ou sur les incidents qui peuvent émailler la relation entre thérapeutes et patients. Il y a évidemment aussi celles qui sont réunies autour du programme « Comprendre pourquoi et comment une psychothérapie produit des effets ». La perspective est ainsi aujourd'hui d'organiser directement dans le champ clinique des recherches sur des thèmes d'intérêt, d'impliquer les cliniciens à chaque étape du projet, depuis sa conception jusqu'à la publication des résultats. Différents articles montrent comment le mouvement s'est engagé pour arriver aujourd'hui à une certaine maturité ([Westen et al. 2004a](#)<sup>139</sup>, [Borkovec et al. 2001](#)<sup>140</sup>, [Goldfried et Borkovec 1999](#)<sup>141</sup>).

---

<sup>139</sup> Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull*, 130(4), 631-663.

<sup>140</sup> Borkovec, T. D., Echemendia, R. J., Ragusea, S. A., & Ruiz, M. (2001). The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 155-168.

Figure 01. Pratique fondée sur la preuve et preuve fondée sur la pratique



**Légende :** Un cycle de recherche rigoureuse et pertinente. Les ECR fournissent une base d'informations sur les thérapies qui ont montré une efficacité à partir d'études comparatives de groupes menées en laboratoire. Les études systématisées de cas fournissent des données longitudinales d'évolution à partir de cas dont les situations cliniques initiales, les caractéristiques de la thérapie appliquée et l'évolution sont soigneusement décrits. Des hypothèses sont formulées sur les médiateurs qui ont contribué aux résultats et les mécanismes à partir desquels ils sont survenus. Une base de données est constituée sur cette base.

<sup>141</sup> Goldfried, M. R., Borkovec, T. D., Clarkin, J. F., Johnson, L. D., & Parry, G. (1999). Toward the Development of a Clinically Useful Approach to psychotherapy Research. *Psychotherapy in Practice*, 55(11), 1385-1405.



Barkham et Mellor-Clark (2003)<sup>142</sup> ont joué un rôle important dans le développement des réseaux de recherche issus des pratiques (*Practice-Research Network*). Ils insistent sur le fait que les praticiens doivent avoir le choix dans leur prise de décision clinique et leurs modalités thérapeutiques. Ils y associent la nécessité de pouvoir repérer comment se place une intervention parmi d'autres et la possibilité d'avoir accès, à partir des données, aux différences individuelles et aux variations liées à des sous-groupes de patients. Il en ressort la nécessité de replacer les études dans le cadre plus général d'une infrastructure de réseaux de recherches fondées sur les pratiques, le réseau se définissant comme « des cliniciens qui collaborent à conduire une recherche qui les informe dans leur pratique quotidienne (Audin *et al.*, 2001)<sup>143</sup> ». Cette conception et organisation générale de la recherche correspond au modèle de la Preuve fondée sur les pratiques (figure 01, partie droite). Les relations et indications des différentes méthodes ont été précisées ci-dessus.

---

<sup>142</sup> Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 319-327

<sup>143</sup> Audin K., Mellor-Clark J., Barkham M., et al. (2001), « Practice research networks for effective psychological therapies », *Journal of Mental Health*, n° 10 (3), p. 241-251.

## Chapitre 2 : Questions méthodologiques générales et spécifiques dans la recherche processus-résultats en psychothérapie

Comme nous l'avons présenté dans le premier chapitre, la méthodologie de la recherche sur le processus s'est constituée progressivement et le pont avec la recherche sur les résultats s'est rétabli dans les années 1990. Nous abordons plus précisément dans cette partie quelques *questions méthodologiques centrales* qui éclairent les choix méthodologiques que nous avons retenus dans la recherche qui est la base de cette thèse.

Il est important de rappeler les étapes qui ont conduit à l'introduction du processus dans la méthodologie des études. Au cours des 40 dernières années, la recherche empirique en psychothérapie n'a cessé d'évoluer. Elle a d'abord établi l'efficacité générale de la psychothérapie, à partir de la taille d'effet issue d'études très disparates (méta-analyses de Smith et Glass 1976, 1977). Elle a ensuite commencé à distinguer des sous-groupes, puis comparé l'effet d'approches issues de théories différentes (psychodynamique, cognitivo-comportementale, systémique, interpersonnelle, et autres) sur différents troubles à partir d'essais cliniques contrôlés (Inserm (2004)<sup>144</sup>. Une approche à la fois complémentaire et différente a été de distinguer l'impact qui relevait d'éléments communs aux différentes thérapies et celui qui relevait d'éléments spécifiques (Rosenzweig 1936, Wampold 2015)<sup>145</sup>.

Le mouvement de définition progressive des éléments pouvant expliquer la variabilité des résultats d'une même approche avec des patients présentant le même trouble a conduit à rechercher,

---

<sup>144</sup> Inserm. (2004). *Psychothérapie : trois approches évaluées. Expertise Collective (Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin JM)*. Paris: Inserm.

<sup>145</sup> Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*, 270–277.

parmi l'ensemble des variables potentiellement responsables de ce constat, des caractéristiques particulières concernant le thérapeute et le patient (études des Universités US) et à mener des recherches secondaires à partir des données de la grande étude comparative sur les traitements de la dépression du NIMH 1980-1986), jusqu'à considérer les interactions entre *spécificités du thérapeute* et *spécificités du patient* (Blatt & Zuroff 2005)<sup>146</sup>. Les configurations particulières qui pouvaient se constituer à partir de la situation clinique (Ablon et Jones 2002) ont également été décrites. Ce mouvement a conduit à reconnaître dans l'action psychothérapique, initialement identifiée à celle du traitement par psychotropes, l'importance des interactions et des (in)adaptations réciproques qui caractérisent la psychothérapie, en plus de celle des interventions techniques spécifiques.

La dimension paradoxale de cette évolution majeure a été soulignée. Les facteurs qui y ont contribué sont à la fois le caractère inexplicable de *l'identité des résultats* avec des approches réputées différentes (Stiles et al. 1986) et la *différence des résultats* avec des approches a priori identiques (Strupp 1980). C'est aussi l'évolution générale de la pensée et de la recherche dans les domaines des sciences sociales et de la santé.

Cette évolution a conduit, dans les années 2000, à l'introduction de la complexité (Kraemer et Kazdin 2001) et de la dynamique des systèmes complexes (von Bertalanffy 1973)<sup>147</sup> dans la recherche en psychologie et en psychiatrie. Un nouvel objectif de la recherche est proposé. Il s'agit de passer de « Avec quelle approche, pour quel trouble, est-il possible de prédire qu'une psychothérapie donnée produira plus d'effet qu'une absence de traitement ou qu'un traitement habituel ? » à « Pourquoi, comment et dans quelles conditions une psychothérapie peut-elle produire un effet favorable pour un trouble ou un problème particulier ? » (Kazdin 2000, 2001). La méthodologie de la recherche se trouve radicalement modifiée par cette évolution. L'approche expérimentale ne peut plus fonctionner suivant le modèle simplifié antérieur, l'approche observationnelle devient au moins une étape préliminaire indispensable. L'articulation entre le général et le particulier, entre le groupe et la personne se trouve de fait complètement modifiée. Par

---

<sup>146</sup> Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clin Psychol Rev*, 25(4), 459-486.

<sup>147</sup> Von Bertalanffy, L. (1973) ». *Théorie générale des systèmes*. Paris Dunod, Bordas.

ailleurs, avec cette nouvelle orientation, la définition du trouble n'est plus seulement associée directement à ses manifestations symptomatiques. Elle considère aussi les dysfonctionnements qui les sous-tendent et les mécanismes qui les accompagnent, tant dans l'évolution pathologique que dans le processus de réduction du risque et de réparation/ (re)construction (Kazdin 1997, Insel 2012).

Les conditions méthodologiques de la recherche ne sont que partiellement prêtes et organisées pour cette évolution, pour différentes raisons. Le *nombre des variables* potentiellement explicatives est important, relativement au nombre de cas complexes qu'il est possible de réunir. Les processus de changement sont le produit de transformations en chaînes où *les variables de résultat d'un jour deviennent les variables explicatives des changements du lendemain*. De plus, la psychothérapie, longtemps considérée comme *un système isolé du contexte externe* est amenée à considérer la fonction développementale et médiatrice qu'elle peut tenir dans le rapport entre le psychisme et le monde extérieur, ainsi qu'entre l'esprit et le corps.

Un facteur très favorable est intervenu, celui de la possibilité d'une *participation directe des cliniciens à la recherche* à partir d'une double évolution, celle d'une collaboration cliniciens - chercheurs permettant de réduire le fossé qui s'était creusé et, de façon connexe, la réalisation de réseaux de recherche (Thurin 2013)<sup>148</sup> permettant de regrouper les expériences cliniques à partir d'une méthodologie partagée, répondant aux possibilités et exigences actuelles de la recherche. De nombreux chercheurs dont Borkovec et al. (2001), Westen et al. (2004a<sup>149</sup>, 2004b<sup>150</sup>), Goldfried

---

<sup>148</sup> Thurin, J. M. (2013). Réseaux de recherches fondées sur les pratiques : contexte international. *Pour la Recherche*, 77-78(3), 2-3.

<sup>149</sup> Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004a). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull*, 130(4), 631-663.

<sup>150</sup> Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004b). The Next Generation of Psychotherapy Research: Reply to Ablon and Marci (2004), Goldfried and Eubanks-Carter (2004), and Haaga (2004). *Psychological Bulletin*, 130(4), 677-683.

(2004<sup>151</sup>, 2015<sup>152</sup>) Castonguay (2015)<sup>153</sup>, Kazdin (2008) ont publié des articles sur cette nouvelle structuration de la recherche et la collaboration entre intervenants qui la permet.

En résumé, la recherche en psychothérapie a adopté différentes stratégies méthodologiques pour essayer de répondre aux problèmes qu'elle a successivement rencontrés au fur et à mesure de l'extension de son champ et des résultats paradoxaux qu'elle rencontrait. Il est indiscutable que le passage des études de résultats aux études processus-résultats et l'introduction de la complexité ont introduit une reconfiguration de la conception épistémologique et méthodologique qui était propre aux essais cliniques. Tout en bénéficiant de l'expérience et des résultats acquis par rapport à cette étape, une relecture des questions précédentes et de la façon dont elles se trouvent résolues ou restent posées est devenue nécessaire.

Beaucoup de ces questions sont déjà abordées en 2004 par Hill et Lambert<sup>154</sup> dans le chapitre 4 du *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Ce chapitre traite successivement les questions méthodologiques de la recherche sur le processus et de la recherche sur les résultats. La première partie aborde ainsi successivement en détail : les mesures de processus, leur validité et fiabilité ; le recueil des données ; les juges ; l'analyse des données ; la recherche qualitative. La seconde partie, centrée sur la définition des résultats, présente successivement un historique ; les questions liées aux mesures, leur sélection et organisation ; la

---

<sup>151</sup> Goldfried, M. R., & Eubanks-Carter, C. (2004). On the need for a new psychotherapy research paradigm: comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychol Bull*, 130(4), 669-673; author reply 677-683.

<sup>152</sup> Goldfried, M. R. (2015). On Possible Consequences of National Institute of Mental Health Funding for Psychotherapy Research and Training. *Professional Psychology: Research and Practice*. doi:10.1037/pro0000034

<sup>153</sup> Castonguay, L. G., & Muran, J. C. (2015). Fostering collaboration between researchers and clinicians through building practice-oriented research: an introduction. *Psychother Res*, 25(1), 1-5.

<sup>154</sup> Hill, C. E., & Lambert, J. E. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Fifth Edition ed., pp. 84-135): John Wiley & Sons.

mesure du changement ; la signification clinique et la relation à la norme ; les analyses statistiques du changement.

Ces questions très techniques coexistent et sont souvent intriquées avec des questions plus générales telles que le statut de la théorie, la distinction spécifique - non spécifique<sup>155</sup>, l'analyse cas isolé - cas agrégés. D'autres questions révèlent de véritables dissociations épistémologiques entre champs d'observation, de fonctionnement et de pratique. La question de "ce qui agit et comment dans un processus thérapeutique" est évidemment centrale. Son abord est différent de celui du modèle médical dans lequel on teste l'activité d'une variable "indépendante" déterminée (l'intervention thérapeutique) sur des variables "dépendantes" (les symptômes cibles de départ). L'approche doit être ouverte aux principaux facteurs susceptibles d'intervenir isolément et en interaction dans le processus complexe *et individuel* que constitue une psychothérapie. Cette complexité est apparue dans les résultats instables issus des méthodes statistiques classiquement utilisées comme la corrélation.

Nous reprenons dans cette perspective les questions saillantes de la recherche en psychothérapie en commençant par celle de la modélisation de l'action thérapeutique dans les psychothérapies complexes.

À partir de chacune des questions, nous présentons le mouvement qui s'est opéré à partir de la recherche internationale. Nous incluons dans ce travail nos « commentaires » qui renvoient directement aux études sur lesquelles s'appuie cette thèse et apportons un modèle d'application dans la troisième partie. Ces commentaires sont en général situés en fin de question ou entre [ ] dans le texte même.

## **Nouveau paradigme et modèles attendant du processus de changement**

Les racines de ce nouveau paradigme se retrouvent dans différents articles, parmi lesquels ceux de Strupp et Marmar.

---

<sup>155</sup> Jones, Cumming, Horowitz (1988). Another Look at the Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness

Strupp 1986 précise que la psychothérapie n'est pas une forme physique ou chimique de traitement « médical ». Les méthodes de recherche couramment utilisés pour établir la « sécurité » et « l'efficacité » des médicaments sont largement inadaptées. Au lieu de cela, il est proposé que la psychothérapie soit considérée comme une relation humaine spécialisée qu'un thérapeute compétent développe, maintient et gère avec une intention thérapeutique. La recherche sur les processus de changement doit prendre en compte cette structure de base.

Marmar 1990 décrit comment les questions et les avancées dans la recherche en psychothérapie ont conduit à, et rendu possible, la référence à un nouveau paradigme.

La recherche en psychothérapie commence par la conception d'un modèle théorique du processus de changement (Kiesler 1973)<sup>156</sup> et la génération des variables qui naissent de ce système théorique. L'absence de prise en considération de cette règle est source de problèmes.

Il existe un consensus croissant pour une segmentation du processus en *configurations significatives*, pour des *efforts de modélisation* des multiples niveaux et dimensions du processus thérapeutique et de reconstruction, en cotant les multiples points de vue issus de variables pertinentes. Le changement de paradigme est présenté avec ses configurations, leur contexte et phases, modélisées en fonction des troubles et des psychothérapies, du répertoire d'événements de changement, et de la prise en compte des facteurs contextuels dans l'ajustement de la thérapie. Cela entraîne en retour la nécessité d'une stratégie d'analyse des données qui prenne en compte le contexte et la séquence temporelle du processus thérapeutique.

Les stratégies d'analyse sont passées d'approches univariées à des approches multivariées qui prennent en compte les dépendances séquentielles des données du processus, l'interaction des variables de processus avec les caractéristiques de pré-traitement, et qui traitent la question de l'influence bidirectionnelle des effets processus-résultats.

Commentaire: Dans les études de cas individuels réalisées dans le Réseau, le modèle théorique du changement est engagé à partir de la formulation de cas. Les analyses séquentielles sont utilisées pour appréhender le cycle d'enchaînement des expressions des enfants et des réponses correspondantes du thérapeute, puis de l'enfant, etc. C'est une méthode qui correspond bien à la

---

<sup>156</sup> Kiesler, D. J. (1973). *The process of psychotherapy: Empirical foundations and systems of analysis*. Chicago: Aldine.

démarche clinique et au travail sur les hypothèses reliant les interventions ajustées du thérapeute à la causalité inférée des dysfonctionnements. On en trouvera un exemple dans les présentations associées aux formulations de cas dans la partie application.

### MODELES INTERACTIONNEL ET TRANSACTIONNEL

Jones, Cummings & Horowitz (1988) décrivent un *modèle interactionnel* intrinsèquement bi-personnel ou dyadique. Il mettent l'accent sur les processus réciproquement influents en psychothérapie (i.e, ce modèle reconnaît explicitement l'influence des caractéristiques spécifiques du patient, de ses comportements et de ses représentations mentales sur le thérapeute et sur le développement du processus thérapeutique émergent). Ce faisant, *la théorie de la structure de l'interaction* dans l'action thérapeutique fait également un pont entre les effets thérapeutiques de l'insight, ou de l'orientation didactique, et les effets de la relation thérapeute-patient. Ces polarités sont réunies dans un nouveau cadre qui met l'accent sur les interactions entre le thérapeute et le patient, qui s'influencent mutuellement et se répètent, et qui sont un aspect fondamental de l'action thérapeutique. (In Ablon et Marci 2005) <sup>157</sup>.

Shoham-Salomon (1990), propose, suivant une perspective systémique, un cadre conceptuel qui intègre à la fois des stratégies théoriques et des stratégies axées sur la découverte, dans un modèle cyclique et écologique. L'expérimentation, les observations d'événements de changement, les descriptions détaillées participent à ce modèle cyclique, s'informant et s'enrichissant les unes et les autres. Le noyau de cette intégration est une conception transactionnelle qui considère que les processus de changement se définissent mutuellement, plutôt qu'en interagissant les uns avec les autres. Cette conception conduit à des examens holistiques des changements de configuration, en plus des configurations de changement. Le noyau transactionnel sert de point de départ et de base, à la fois pour les stratégies de recherche axées sur la théorie et celle orientées sur la découverte.

Avec Eyberg, Schuhmann et Rey (1998), le développement est compris comme une interaction continue entre l'enfant, les expériences fournies par l'environnement de l'enfant et l'effet de l'enfant sur l'environnement. Le développement d'un enfant résulte de transactions complexes et

---

<sup>157</sup> Ablon, J. S., & Marci, C. (2004). Psychotherapy process: the missing link: comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychol Bull*, 130(4), 664-668; author reply 677-683.



dynamiques entre son système constitutionnel (au sein de l'enfant) et le système environnemental qui l'entoure (en dehors de l'enfant). Ce qui est unique dans le modèle transactionnel, c'est l'accent mis sur l'effet de l'enfant sur l'environnement, de sorte que les expériences fournies par l'environnement ne sont pas indépendantes de l'enfant. Le comportement antérieur de l'enfant peut être ainsi un déterminant important des expériences actuelles.

Commentaire : Les modèles de Jones et al., Shoham-Salomon, et Eyberg et al. font intervenir à la fois les interactions, la structure d'interaction qui sous-tend les répétitions d'interactions, les transactions entre l'interne de l'enfant et le système environnemental qui l'entoure, les configurations de changement et les changements de configuration.

Le CPQ nous donne accès aux interactions directement à partir d'items décrivant par exemple la compréhension réciproque entre le patient et le thérapeute ou au contraire leur décalage, d'items décrivant une attitude similaire de l'E et du T (p. ex., l'implication peut être commune) ou au contraire très différente (le thérapeute est très impliqué, alors que l'enfant ne l'est pas et ne participe pas aux activités de la thérapie), l'intervention d'un acteur envers l'autre (l'enfant fait participer le thérapeute à son jeu) ou une discussion sur un thème partagé.

L'interaction peut être révélée par une approche séquentielle impliquant le comportement de l'enfant (à partir de l'ECA-r ou de l'EPCA) et la façon dont le thérapeute y répond (à partir du CPQ) (p.ex., « le thérapeute ne répond pas aux provocations de l'enfant », provocations qui sont décrites dans l'EPCA (item 146). L'interaction se retrouve également dans les chaînes développementales de l'EPCA. Les interactions peuvent également se retrouver aussi à partir des facteurs 2 et 3 de l'analyse factorielle.

#### **MODELE « FACTEURS DE RISQUE » ETENDU AUX « FACTEURS DE CHANGEMENT »**

Kazdin, Kraemer et al. (1997) engagent l'approche « facteurs de risque » dans une orientation élargie à celle des facteurs de « protection », « réparation », « construction » à partir de la psychopathologie développementale. La référence à des facteurs de risque et à leur recherche ne vise pas seulement à centrer l'attention sur les effets indésirables potentiels, mais également à concevoir les facteurs (interventions, configurations) qui peuvent conduire à des résultats favorables. Cette approche associe le niveau des dysfonctionnements aux manifestations pathologiques et à leurs causes. C'est une première étape importante. Ce qui l'est encore davantage,

c'est d'y associer les actions développementales et thérapeutiques qui leur correspondent. La ou les chaînes causales qui conduisent aux résultats se trouvent ainsi conçues sous la forme d'hypothèses, destinées à être éventuellement déjà testées au cours du processus de traitement. Les instruments mis en place des les études du RRFPP permettent de suivre ce processus à partir des différents items qui caractérisent les comportements, le développement, l'intrapsychique et les configurations actives du processus. L'antérieur et l'actuel ouvrent le chemin d'un ultérieur favorable, si des actions appropriées correspondent aux dysfonctionnements et leurs causes. Des exemples en sont donnés dans la partie « formulations de cas » de la thèse.

## **Quel statut donner à la théorie dans la recherche ?**

La théorie a un statut particulier dans la recherche en psychothérapie. La référence aux théories qui structurent le champ des psychothérapies est une base indispensable pour penser et sélectionner des variables pertinentes avec l'objet de la recherche. Elle peut être, en particulier, un moyen de sélectionner les médiateurs et les modérateurs potentiellement explicatifs du changement, ce qui évite d'aboutir à des choses triviales ou insensées.

### **SELECTION DES VARIABLES**

Il devrait y avoir une raison et une justification, une certaine plausibilité biologique et psychologique, dans la sélection des variables à considérer comme des modérateurs et des médiateurs potentiels, et une attention à leur validité et fiabilité (Kraemer et al. 2002). Il faut aussi être attentif au fait que la théorie peut constituer un biais de sélection par rapport à ce que l'on entend et comprend d'un cas (Messer 2007).

Il existe une position intermédiaire, décrite par Kazdin et al. 1997 et 1998, qui est celle d'une interaction entre la théorie et la recherche causale. La parcimonie guide la théorie et la recherche, de sorte que c'est le plus petit nombre de variables et les explications les plus nécessaires pour tenir compte des phénomènes complexes qui sont incluses. Ainsi, les relations causales simples ne sont pas exclues. Cependant, comme la théorie et la recherche ont englobé des phénomènes plus complexes, la parcimonie a exigé un mouvement vers des relations plus complexes et l'appréciation des influences au niveau des systèmes impliqués. Dans le cas de la psychopathologie, une approche

des facteurs de risques reconnaît volontiers les influences multiples que l'on retrouve à différents niveaux d'analyse (par exemple, les prédicteurs biologiques d'états psychologiques tels que le sommeil et la dépression) et comment ils sont influencés par des facteurs environnementaux (par exemple, le stress) (Thurin 2016b).

*Les corrélats* sont une étape préliminaire, souvent issue d'une conceptualisation théorique de référence. Cependant, ils ne permettent pas de distinguer ce qui constitue la cause et la conséquence (p. ex., le stress comme antécédent de l'anxiété ou l'anxiété comme antécédent du stress). Cet aspect peut être abordé à partir de *la chronologie*, une analyse du *contexte* (p.ex., un déménagement, une naissance, un attachement excessif, des difficultés socioéconomiques familiales) et par la coexistence d'autres signes (p.ex. l'hypervigilance) qui peuvent permettre de situer l'élément déclenchant d'une manifestation pathologique. C'est une première étape pour préciser la façon dont l'action thérapeutique peut être mise en oeuvre. Dans un second temps, on teste l'effet relatif de ses différents composants. Les marqueurs peuvent être utiles pour signaler l'évolution (p.e., l'enfant n'est plus inquiet par l'absence de sa mère pendant les séances, il intègre la thérapeute dans son jeu). Cette seconde partie peut poser des problèmes statistiques au niveau des composants les plus spécifiques, dans la mesure où ils sont exceptionnellement activés au même moment dans les différents cas et que différents chemins peuvent conduire à un résultat similaire. En revanche, la méthode est, en elle-même, utilisable au niveau du cas individuel en mettant en relation la cotation que l'on devrait trouver pour un ingrédient donné avec la situation de l'enfant, telle que l'on peut la concevoir à partir des nombreuses informations issues de la formulation de cas et des instruments dont on dispose.

En résumé, dans la situation de départ (telle qu'elle peut être synthétisée par la formulation de cas et les mesures qui l'accompagnent), les manifestations pathologiques (comportements, symptômes), constituent le résultat d'un ensemble de facteurs (de risque) qui les ont précédés et qui restent potentiellement actifs. Le facteur déclenchant se rapporte généralement à une vulnérabilité voire un déficit (p. ex., un soi mal structuré (Schoore 2009), un déficit de structuration de l'image du corps (Thurin & Haag 2012)<sup>158</sup>. Cela constitue une partie de la chaîne causale « dysfonctionnements -> manifestations pathologiques ». La situation d'arrivée (les résultats) peut être abordée comme le

---

<sup>158</sup> Thurin J.M.. Entretien avec G. Haag (2012). Pour la recherche xx, 1-3.

produit des actions thérapeutiques qui ont accompagné et suscité le développement de la structuration ou de la représentation de soi et l'amélioration des relations interpersonnelles. Leur définition constitue une ébauche de la chaîne causale 2 de « suspension du risque -> reprise du cycle développemental ». Cet aspect est décrit décrit dans la thèse.

#### DU MODELE CONCEPTUEL AU PROCESSUS CAUSAL

- L'article de Kazdin & Kendall 1998 décrit comment, partant de la théorie (un modèle conceptuel du dysfonctionnement psychique, qui peut être étendu ou circonscrit) (étape 1), on cherche à en définir le processus causal à partir de corrélations observées, ou mieux du processus de son déroulement (déclenchement, éléments (p.e. cognitifs) qui y participent) (étape 2). Sur ces bases, le traitement dont le trouble pourrait bénéficier est conceptualisé (étape 3). Ses axes principaux sont définis, opérationnalisés ; ils deviennent des hypothèses (étape 4). Ces hypothèses sont secondairement testées à partir de divers protocoles (études non contrôlées, études de cas individuels, essais cliniques complets, études comparatives de résultats) et types d'études (démantèlement, études paramétriques (étape 5). On teste alors le processus en recherchant si les techniques, méthodes, procédures appliquées dans le traitement actuel affectent les processus qui sont essentiels pour le modèle. Sont-elles en cohérence avec le but recherché ? Quel en a été l'effet ? (étape 6). À cela s'ajoute la recherche des modérateurs et de leur effet potentiel. Cela peut conduire à une validation de la théorie, mais aussi à situer les limites de son application (étape 7).

- L'article de Kazdin 2007 confirme qu'il n'est plus suffisant de fournir des vues conceptuelles globales (par exemple psychodynamiques, cognitives ou familiales) qui favorisent une approche thérapeutique ou une orientation vers ce qu'il faut faire pendant les séances. Au contraire, pour assurer le progrès, des modèles conceptuels spécifiques sont nécessaires pour expliquer les processus responsables du changement thérapeutique. Le but de la recherche est de se terminer par la compréhension de la façon dont la thérapie marche. Cet objectif peut être atteint à partir des hypothèses et des théories que génère la recherche, en plus des hypothèses qu'elle teste. *Il y a beaucoup trop peu de recherches qui se concentrent sur la génération d'hypothèses à partir de l'observation attentive et de la construction d'une théorie qui peut être testée* (Kazdin 2003,

McGuire 1997<sup>159</sup>). L'utilisation de la théorie comme guide fait partie des recommandations pour la recherche.

Commentaire : à partir des informations socio-familiales qui complètent l'observation des dysfonctionnements de l'enfant et de leur évolution, il est possible de concevoir une théorie [partielle] en modélisant et traçant le chemin des facteurs qui sont susceptibles d'intervenir sur leur production et sur leur réduction ou sédation. C'est le travail qui a été engagé dans le séminaire à partir des cas et dont deux exemples sont présentés dans le troisième chapitre. À partir des résultats cliniques, on peut inférer que ces résultats sont eux même associés à des changements physiologiques et biologiques focalisés.

### MODELES THEORIQUES CENTRES SUR LE DEROULEMENT, L'INTEGRATION ET LE SUIVI

Les différents modèles ci-dessous correspondent à des approches qui sont en phase avec celles qui sont suivies dans les analyses individuelles de cas. Leur présentation est accompagnée d'un commentaire en relation avec les analyses de cas réalisées et les questions rencontrées.

- **Modèle de l'Analyse de Configuration d'Horowitz, M. J.**

Dans son approche, nommée *Analyse de Configuration*, Horowitz (1986<sup>160</sup>, 1987<sup>161</sup>) articule 3 niveaux.

- Le premier niveau est celui de *comportements récurrents organisés autour d'un affect dominant*. [par exemple les stéréotypies, le retrait accompagnant l'angoisse ou les crises d'agitation jusqu'au changement].

---

<sup>159</sup> McGuire WJ. 1997. Creative hypothesis generating in psychology: some useful heuristics. *Annu. Rev. Psychol.* 48:1-30

<sup>160</sup> Horowitz, M. J. (1986). Stress-Response Syndromes: A Review of Posttraumatic and Adjustment Disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 37(3), 241-249.

<sup>161</sup> Horowitz, M. J., Marmar, C. R., Weiss, D. W., DeWitt, K. N., & Rosenbaum, R. (1984). Brief psychotherapy of bereavement reactions: The relationship of process outcome. *Archives of General Psychiatry*, 41, 438-448.

- Le second niveau est celui des *relations sociales*. Il inclut: a) *l'alliance sociale* où les relations réelles sont basées sur les réactions de chaque partie, à partir de l'arrière plan social de l'autre, de ses caractéristiques physiques, intellectuelles, de son goût et de son style, de sa chaleur, et d'autres attributs [la réponse spontanée de l'entourage, pairs, famille, enseignant et la réponse ou réaction de l'enfant]; b) *l'alliance thérapeutique ou de travail*, avec l'implication et la capacité des deux parties de s'engager dans les stratégies de travail du traitement [la réponse du thérapeute et les interactions avec l'enfant qui l'accompagnent] et c) *les modèles de transfert et de contre-transfert*, à savoir les réactions positives et négatives de chacun des partenaires envers l'autre, basées sur des modèles de réactions inappropriées qui soulignent des conflits irrésolus [elles sont accessibles via les items du CPQ réunis dans le facteur « Transfert »].

- Le troisième niveau est celui du *processus d'élaboration*. Il trace la façon dont les événements saillants sont intervenus, examine les événements liés à des attitudes durables, tels que l'image de soi et du monde ; ce qui caractérise les émotions générées quand l'information produite ne correspond pas aux modèles existants ; ce qui spécifie les contrôles et les adaptations (coping et mécanismes de défense) dirigés vers la régulation des émotions et la prise de conscience des idées. [Ici se situent les éléments déclenchants, ainsi que les vulnérabilités notamment développementales identifiées, les mécanismes de défense incluant le retrait, le détournement de l'attention, mais aussi le jeu qui en est déjà une version d'élaboration, ainsi que les techniques adoptées par le thérapeute pour aborder les situations difficiles, comme la théâtralisation (Haag)].

L'intégration des différents niveaux se produit alors que les modèles centraux de relation sont spécifiés pour chaque état et que les modalités d'élaboration qui conduisent à des transitions de niveaux sont décrites. Ce cadre permet une segmentation des données du processus. Les variables de processus établies peuvent être rapportées au modèle. Par exemple, les données de l'alliance thérapeutique peuvent être rapportées aux modèles de rôle dans la relation (In Marmar 1990).

Le second article, portant sur la psychothérapie de patients en situation de deuil, montre que les résultats des approches exploratoires *versus* soutien dépendent de la disposition initiale du patient et du degré d'organisation du concept de soi.

Commentaire : Pour le premier article, les correspondances cliniques et thérapeutiques avec les psychothérapies réalisées dans le cadre du Réseau sont notées entre [ ]. Le second article montre

que l'efficacité d'une approche par rapport à une autre dépend des paramètres de motivation et d'organisation du sentiment de soi chez les patients.

- **Modèle d'Assimilation de Stiles (2001)**

Le modèle d'assimilation de Stiles (2001) <sup>162</sup> décrit comment des *expériences problématiques* (par exemple, des souvenirs traumatiques, des relations dysfonctionnelles) sont abordées, comprises et transformées en ressources qui font le succès d'une psychothérapie. Une série préalable d'études de cas a produit une séquence provisoire d'étapes ou de niveaux que les expériences problématiques semblent traverser. Elles ont été appréhendées à partir de l'Échelle d'assimilation des expériences problématiques (APES ; Stiles 1999) qui distingue les étapes suivantes : (0) dissociation/expression symptomatique, (1) pensées involontaires/évitement actif, (2) conscience vague/émergence, (3) état du problème/clarification, (4) compréhension/insight, (5) application/perlaboration, (6) ressources/solution du problème, (7) intégration/maîtrise. Comme tous les résultats scientifiques, les résultats nécessitent d'être répliqués (extension) et de prendre en compte les variations (addition). Le modèle d'assimilation (*assimilation analysis*) a ainsi été utilisé pour étudier le processus de changement au cours des séances de thèmes problématiques identifiés. Chaque niveau est caractérisé à la fois par des traits cognitifs et affectifs.

La démarche, qui semble bien convenir aux cliniciens, est la suivante. À partir d'un recueil de données par enregistrement audio et/ou de notes extensives, ils effectuent la recherche suivante : (1) familiarisation et indexation du matériel, par lecture des transcriptions ou écoute très attentive des enregistrements et prise de notes ; (2) identification des thèmes communs et des styles saillants dans le discours du patient [ou le comportement du patient (p.e., au moment de l'angoisse de séparation)]; (3) sélection des passages concernant le développement de chaque thème ; (4) description du processus, qui peut inclure la réplique ou la remise en question des résultats précédents et/ou du modèle et de l'échelle.

Les descriptions sont ainsi construites en relation avec l'ensemble du cas, dans son contexte, plutôt que de façon isolée. Stiles propose également d'appliquer cette approche pour identifier des

---

<sup>162</sup> Stiles, T. C. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 462-465

marqueurs dans le discours [ou dans les comportements] sous la forme de configurations récurrentes [cela peut correspondre aux « émergences développementales temporaires » de l'EPCA, ou bien à des configurations récurrentes liées à à une problématique particulière ] et de suivre leur évolution. Ce travail requiert une grande attention au détail dans le matériel clinique, mais il correspond de fait au travail du clinicien, et il l'aide à formaliser une démarche qui devient un outil de sa pratique. La démarche dans son ensemble nécessite à la fois que la théorie de référence soit explicite et que l'on puisse suivre comment les observations sont liées à cette théorie, et en même temps que cette théorie puisse évoluer sur certains points à partir des observations recueillies.

Commentaire : Cet article décrit une méthode qui permet de suivre dans le temps l'évolution d'une expérience problématique [par exemple, la séparation, la confrontation à un groupe de pairs ou plus généralement à une situation angoissante, ce qui est un problème courant dans la prise en charge des enfants/adolescents souffrant de troubles autistiques]. On y retrouve la logique de « l'analyse de tâche » en y associant une séquence type « étapes d'intégration » qui peuvent être appréciées à partir d'une échelle (l'APES). Un suivi du même ordre peut être conçu à partir des instruments de description clinique du Réseau, dans le double registre des manifestations de crise, des manifestations symptomatiques ou comportementales (comme les stéréotypies), ou de l'expression des mécanismes de défense (comme le retrait). L'APES pourrait être utilisée plus tard, quand l'enfant sera entré dans une étape où le processus de symbolisation peut être directement appréciable. La référence (dans l'article) à la zone proximale de développement de Vygotsky (1985) paraît ici tout à fait pertinente et le suivi des attitudes du thérapeute en relation aux expériences traumatiques de l'enfant est tout à fait essentiel. On peut y ajouter que les voix<sup>163</sup> passent peut être par l'étape intermédiaire de la formulation de l'autre (le thérapeute) qui formule et compense l'absence initiale de langage pour le faire.

- **Modèle de Peterson adopté par Fishman (2000, 2013)**

---

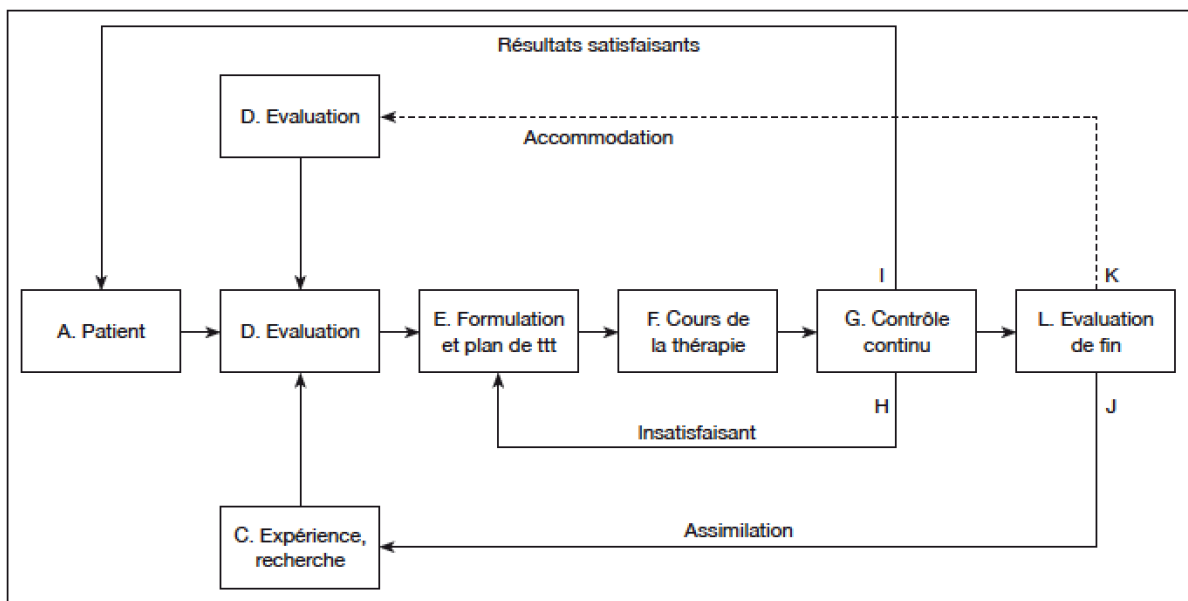
<sup>163</sup> Les « voix » sont un des concepts de l'approche et se rapportent à une pensée internalisée non hallucinatoire qui commente ce que pense et fait le patient, jusqu'à ce qu'elle soit introjectée et entre dans l'internalisation du vécu qui accompagne un événement.



Partant du paradigme des traitements validés empiriquement où la thérapie est considérée comme « science appliquée », Fishman (2000, 2013) présente le modèle « enquête disciplinée » de Peterson<sup>164</sup> (1991).

Ce modèle emprunte la perspective d'une démarche longitudinale de suivi par le thérapeute de l'évolution de son patient depuis sa situation de départ jusqu'à une issue satisfaisante de sa thérapie. La figure ci-dessous fait apparaître comment *une évaluation peut devenir une expérience de recherche qui pourra être elle-même prise en compte au début d'un autre psychothérapie réalisée par un autre thérapeute (ou le même, se rapportant à son expérience mémorisée aussi par un ensemble de données qui restent disponibles)*. Un autre modèle est présenté, le CAS, qui est un modèle d'ajustement patient-thérapeute, lequel apporte ses différentes qualités et compétences. Dans ce contexte, « le changement d'environnement interne et externe pour chaque partie influence la possibilité de succès du traitement ». Ce modèle est une extension de celui bien connu de meilleure pratique adopté par l'APA, appelé « Pratique en Psychologie Basée sur l'Evidence ».

Figure 02 : La thérapie comme « investigation disciplinée » (d'après D.R. Peterson, 1991, In Fishman 2013)



<sup>164</sup> Peterson D.R. (1991) : Connection and disconnection of research and practice in the education of professional psychologists. *Amer. Psychol.*, 46 : 422-429.

La première étape de l'approche individualisée du patient (Composant A de la figure) est l'appréciation de ses problèmes, ainsi que des but de changement (composant D). Elle est orchestrée par les conceptions directrices (heuristiques générales du thérapeute, l'épistémologie, les objectifs, et l'éthique. L'appréciation est également influencée par la connaissance qu'a le praticien des recherches empiriques pertinentes et des exemples de cas similaires dont il se souvient (composant C). L'appréciation permet alors une formulation de la situation du patient et un plan de traitement spécifique, destiné à permettre l'atteinte des buts du patient (Composant E). Cela représente la meilleure compréhension du praticien de ce cas particulier, et à ce stade il va fréquemment recadrer les éléments que le patient a présenté initialement. Après mise en oeuvre du plan de traitement (Composant F), son efficacité réelle à atteindre les buts fixés est évaluée (Composant G).

Commentaire : le modèle de de Peterson est une configuration avec évaluations intermédiaires de la situation de l'enfant. Il se distingue du modèle classique d'application d'une technique soutenue empiriquement, mais ce qui organise l'approche du thérapeute (l'ajustement dynamique de son action à la situation de l'enfant et à son positionnement, associé à la recherche d'une compréhension de ce qui cause l'expression manifeste de ses troubles) n'y est pas présenté explicitement. C'est plutôt la perspective des cliniciens du Réseau au cours du suivi longitudinal sur un an réalisé par les groupes de pairs. Ce qui est important dans ce modèle, c'est la notion que des résultats insatisfaisants doivent pouvoir entraîner un nouveau bilan. L'information d'une divergence d'évolution peut se faire à partir des profils d'évolution de psychothérapies similaires. Elle peut permettre de réaliser une alerte lorsque l'évolution de l'enfant apparaît bloquée.

## **Convergence des études expérimentales et observationnelles de cas**

Nous nous référons beaucoup ici au travail de Kazdin pour plusieurs raisons : depuis les années 80, il n'a cessé d'explorer les moyens de créer des ponts entre la recherche expérimentale et la recherche issue de la pratique clinique. Ce faisant, il a développé une méthodologie rigoureuse qui permet de conceptualiser et de tester les ressorts de l'action thérapeutique à partir d'études de cas, celles-ci pouvant être menées aussi bien en conditions naturelles quand elles ne peuvent l'être en laboratoire. Dans les faits, c'est le cas à partir du moment où la complexité du système causal est introduite.

Les études ne sont pas uniquement centrées sur la démonstration de l'efficacité comparative d'une approche par rapport à une autre, mais sur la causalité complexe qui la sous-tend. L'exploration de la causalité est un chemin d'accès à la connaissance du « Pourquoi, comment et dans quelles conditions une psychothérapie peut-elle produire des effets favorables ? ». Les protocoles peuvent être complémentaires quand la conception de la théorie du changement est suffisamment affinée pour que l'on puisse en tester, sur un fond commun, l'effet d'un composant spécifique potentiel ou un autre. Chacun, le patient et son entourage, le clinicien et le chercheur, mais aussi chacune des disciplines connexes impliquées dans la recherche en santé et institutionnelles concernées, peut y contribuer et trouver bénéfique. Nous présentons ici les différents articles sur lesquels cette approche est fondée.

Kazdin 1981<sup>165</sup>: Il est nécessaire d'inclure les études individuelles de cas dans la recherche en psychothérapie et de préciser dans quelles conditions elles peuvent apporter un haut niveau de preuve, y compris à partir d'études menées dans le champ clinique. Le principe central de cet objectif se situe dans l'élimination des explications alternatives de changement par rapport au traitement. Certaines caractéristiques du protocole (des informations objectives, le nombre et la chronologie des évaluations, le type d'effet (rapide et important), le nombre et l'hétérogénéité des sujets) permettent de réduire les menaces à la validité interne (MVI). La réplication avec des patients présentant une certaine hétérogénéité, interne ou externe, permet d'éliminer les principales MVI en considérant si la variable explicative principale du changement [la structure du traitement, c.a.d les principaux éléments qui le composent] est régulièrement présente dans l'explication des résultats. L'existence d'événements explicatifs externes doit être également systématiquement recherchée.

Kazdin 1982 : La mise en relation du cadre naturaliste *versus* de laboratoire pour l'évaluation est présentée dans le le chapitre 2 de *Single-Case Research Designs. Methods for Clinical and Applied Settings*, p 39-46. « L'observation naturaliste, dans le présent contexte, consiste à observer une performance sans intervenir sur la situation du patient ou la structurer. La performance est observée telle qu'elle se déroule à l'état naturel et la situation n'est pas volontairement modifiée par l'investigateur dans le

---

<sup>165</sup> Synthèse détaillée en annexe : Thurin J.M. (2016). Tirer des inférences valides à partir d'études de cas. Synthèse de Kazdin 1981. Pour la recherche 89, 3 :2-3.

but d'obtenir des observations. C'est ainsi que les observations d'interactions entre les enfants à l'école pendant la récréation peuvent être considérées comme naturalistes dans la mesure où une activité ordinaire a été observée pendant la journée scolaire». On retrouve également dans ce chapitre les recommandations de 1981 avec tableaux récapitulatifs.

Kazdin et al. 1997 : L'observation est une étape fondamentale pour définir une causalité. La réflexion sur la causalité s'est appuyée sur des exemples simples (comme la boule de billard). *La causalité est rarement unifactorielle et linéaire dans les situations qui sont rencontrées en clinique, [et notamment dans celles impliquant des enfants autistes].* L'existence de facteurs déclenchant montre la caractère discret des troubles. La distinction génotype - phénotype montre le rôle de l'environnement dans l'expression d'un trouble et, réciproquement, le fait que tous les enfants soumis à une même situation n'y réagissent pas de la même façon (p.ex., l'étude de Spitz 1946, décrivant la chaîne séparation, institution, dépression, démontre l'existence de vulnérabilités particulières qui peuvent être de différents ordres (génétiques, mais aussi développementales (ici, la nature de l'attachement pré séparation, seulement 35% des enfants ont souffert de troubles liés à la séparation/institution)). *Les relations causales sont déduites et non évidentes à partir de l'observation elle-même. La définition et la distinction des différentes variables susceptibles d'intervenir dans un résultat devient une nécessité et un objectif. La possibilité de les identifier et la façon dont on peut ou non les modifier deviennent un enjeu essentiel.* Les concepts de modérateur et de médiateur sont introduits. Les facteurs de risque peuvent être, pour beaucoup d'entre eux, neutralisés et laisser la place à des facteurs de construction. *Les études naturalistes* se réfèrent à des études dans lesquelles la variation de l'exposition au facteur de risque est déterminée par "la nature", c'est-à-dire des événements qui échappent au contrôle de l'enquêteur. De tels changements ne sont pas susceptibles d'être aléatoires, de sorte que des événements éventuellement associés à ce changement pourraient masquer les inférences sur les effets réels du facteur de risque d'intérêt.

Deux études de cas sont incluses dans l'article. La première porte sur les troubles des conduites de l'enfant et l'impact d'attitudes éducatives dures. La seconde porte sur l'apprentissage de la lecture et l'effet favorable de la lecture à haute voix avec écoute de l'enfant par les parents. Il y a toujours une nostalgie d'études où tout serait contrôlé, mais, dans la réalité, elle deviennent, au moins dans un premier temps, de moins en moins réalisables. C'est quand le tableau d'ensemble a été déjà travaillé dans la recherche des paramètres actifs et des premiers tests que l'on peut les envisager.

Kazdin 2014. Dans le chapitre 11 de son ouvrage *Research Design in Clinical Psychology*<sup>166</sup>, Kazdin présente l'évaluation du cas individuel dans le travail clinique en précisant les conditions qui peuvent 1) améliorer l'information et la qualité des inférences qui peuvent en être tirées et 2) renforcer la force des résultats en donnant à l'étude une qualité quasi-expérimentale. Cinq modalités sont proposées pour améliorer la qualité des inférences : 1. *Collecter des données systématiques*. [condition nécessaire mais non suffisante] ; 2. *Évaluer à de multiples occasions* ; 3. *Considérer la performance passée et ses projections futures* ; 4. *Considérer le type d'effet associé avec le traitement* ... Si une étude de cas inclut une estimation continue à plusieurs occasions au cours du temps, quelques unes des menaces à la validité interne relatives à l'estimation peuvent être écartées ; 5. *Utiliser des sujets multiples et hétérogènes*. Le nombre de sujets inclus dans un rapport de cas peut influencer la confiance qui peut être placée dans les inférences tirées à propos d'un traitement. Des démonstrations avec plusieurs cas, plutôt qu'avec un seul cas, fournissent une base plus forte pour inférer les effets d'un traitement. *Essentiellement, chaque cas peut être vu comme une réplication de l'effet original qui a semblé être le résultat d'un traitement*. Plus il y a de cas qui s'améliorent avec le traitement, moins il est probable qu'un événement externe soit responsable du changement. Des événements externes ont probablement varié parmi les cas, et l'expérience commune, à savoir le traitement, peut être la raison la plus plausible pour les changements thérapeutiques.

L'hétérogénéité des cas ou la diversité des types de personnes peuvent aussi contribuer aux inférences concernant la cause du changement thérapeutique. Si le changement est démontré chez plusieurs patients qui diffèrent dans des variables individuelles ou démographiques (âge, genre, origine, classe sociale, problèmes cliniques), les inférences qui peuvent être faites à propos du traitement sont plus fortes que si la diversité n'existe pas. Avec un échantillon hétérogène de patients la probabilité qu'une menace particulière à la validité interne (histoire, maturation) qui pourrait expliquer les résultats est réduite.

**Commentaire** : Les différentes conditions pour réaliser des études de cas en conditions naturelles et de bonne qualité méthodologique sont réunies dans les les études du réseau. Les commentaires

---

<sup>166</sup> Kazdin, A. E. (2014). Chapter 11. Evaluation of the Single Case in Clinical Work *Research Design in Clinical Psychology* (Fourth ed., pp. 300-327). Harlow: Pearson.

par rapport à l'intérêt de l'hétérogénéité des cas sont par ailleurs évidemment les bienvenus compte tenu de la population qui participe à ces études.

## **Analyse du processus en relation avec les résultats**

### QUELS SONT LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE SUR LE PROCESSUS ?

Kazdin et Kendall 1998 établissent un plan directeur pour le progrès de la recherche thérapeutique, de la théorie à la définition du processus de changement en 7 étapes. Il est accompagné de recommandations pour l'amélioration de la recherche. L'objectif est de présenter une alternative aux études comparatives de groupe. [synthèse détaillée de l'article dans Thurin 2016c]

Kazdin 2001a distingue la *théorie globale* qui constitue la référence sous-jacente à une approche et technique psychothérapique et la *théorie des processus de changement thérapeutique* qui accompagne la réalisation d'une psychothérapie. Bien qu'il y ait des explications de *pourquoi* un traitement semble raisonnable, il y a très peu de théorie vérifiable ou de test de théorie dans la recherche thérapeutique. L'objectif est à la fois de combler le fossé entre la théorie et la pratique clinique, mais aussi l'écart entre la recherche théorique et thérapeutique.

Kazdin 2001b présente pourquoi la progression de la recherche thérapeutique et l'application clinique du traitement requièrent une meilleure compréhension du processus de changement et comment la réaliser. L'article souligne l'importance d'un programme conçu pour comprendre la thérapie. Une thèse centrale est que le développement des traitements dépend fortement d'investigations portant sur des questions scientifiques essentielles. En particulier, quels sont les *mécanismes* par lesquels la thérapie fonctionne et dans quelles conditions la thérapie est-elle susceptible d'être efficace et pourquoi ? L'article plaide en faveur d'un *portefeuille de recherches qui aborde un éventail de questions plus large et englobe des méthodes plus diverses d'évaluation du traitement*. La largeur et la diversité ne sont pas des fins en elles-mêmes, mais elles seront essentielles pour obtenir les connaissances nécessaires pour effectuer des changements optimaux dans les applications cliniques du traitement.

Kazdin 2007 établit des recommandations pour la recherche avec la perspective de réduire une exploration "à l'aveugle" et d'utiliser la théorie comme guide.

McLeod 2013 distingue des objectifs différents pour quatre conceptions différentes d'études de cas, les *études de cas orientées vers les résultats* et les *études de cas orientées vers la théorie*, les *études pragmatiques de cas* et les *études expérientielles ou narratives*.

- les *études de cas orientées vers les résultats* doivent répondre à 2 questions : Quelle a été l'efficacité de la thérapie pour ce cas ? Dans quelle mesure les changements observés chez le patient peuvent-ils être attribués à la thérapie ? ;

- les *études de cas orientées vers la théorie* abordent des questions telles que : Comment le processus de la thérapie peut-il, dans ce cas, être compris en termes théoriques ? Comment les données peuvent-elles, dans ce cas, être utilisées pour tester et affiner un modèle théorique existant ou construire un nouveau cadre théorique ? ;

- les *études pragmatiques de cas* permettent de réunir des cas très différents unifiés par un format de présentation commun. L'un des objectifs les plus importants de ce type d'étude de cas est de contribuer à la construction d'une base extensive de données de cas qui puissent être utilisées pour éclairer la pratique ;

- les *études expérientielles ou narratives* visent à raconter l'histoire d'un cas, du point de vue du patient ou du thérapeute.

Elles sont décrites plus en détail dans les commentaires associés au chapitre « revue de la littérature ».

#### **QUESTIONS METHODOLOGIQUES GENERALES**

Le chapitre de Hill & Lambert (2004) publié dans la cinquième édition du *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* a pour objectif de fournir un ensemble de ressources concernant les *Questions méthodologiques relatives aux études de processus et de résultats en psychothérapie*. Il est destiné aux chercheurs qui conçoivent et conduisent une recherche sur le processus et le résultat en psychothérapie.

Tout d'abord, les auteurs définissent ce que l'on entend par processus et par résultats (*outcome*). Le *processus* se réfère à ce qui se produit dans les séances de psychothérapie, tandis que les *résultats* se réfèrent aux changements immédiats ou à long terme qui apparaissent comme un

résultat de la thérapie. La distinction n'est pas toujours évidente car un changement (comme le gain d'insight) peut être à la fois l'effet d'une configuration du processus et un résultat. Par ailleurs, il est important de distinguer les *variables internes* (concernant le thérapeute, le patient, mais aussi le cadre de la thérapie) et les *variables extra thérapie* (telles que les événements se réalisant hors de séances, qui aident ou perturbent le processus psychothérapique).

La première partie du chapitre est consacrée aux questions méthodologiques de l'évaluation du processus. La seconde partie est consacrée à la méthodologie de mesure des résultats.

### **ANALYSES INTRA-SUJET ET INTER-SUJETS DE CAS INDIVIDUELS**

Hilliard 1993 distingue l'analyse des changements *intra sujet* qui se fait à partir de la méthodologie de recherche cas isolé (*single case*) appliquée dans la recherche en psychothérapie et la recherche *inter-sujets* qui est une recherche comparative du cas individuel avec un ou plusieurs sujets individuels ou regroupés. La variation intra sujet implique qu'une variable est libre de varier dans des sujets individuels. Chaque variable ne peut prendre chez un individu qu'une valeur à un temps spécifique. La recherche cas isolé est présentée comme une sous-classe de la recherche intra sujet dans laquelle l'agrégation des sujets est évitée et la généralité des conclusions du cas-isolé est abordée à travers la réplication sur une base de cas-par-cas.

Les modalités de base suivant lesquelles les protocoles cas isolé varient sont également discutées, et 3 types de base de recherche cas-isolé sont différenciés : (a) les études expérimentales de cas isolé (avec manipulation directe de la variable indépendante) ; (b) les analyses quantitatives de cas isolé (avec observation sans manipulation directe) déclinent des protocoles tels que l'analyse en séries temporelles, l'analyse séquentielle et l'analyse de courbe de croissance ; l'objectif peut être le test d'hypothèses ou la génération d'hypothèses, et ; (c) les études de cas (qualitatives avec observation passive). En outre, certaines des principales faiblesses de la recherche cas isolé en psychothérapie sont identifiées.

### **CONDITIONS POUR OBTENIR UN BON NIVEAU DE PREUVE AVEC LES ETUDES DE CAS INDIVIDUELS**

Kazdin 1981, 1982, 2014, Shadish et al. 2002 : les études quasi expérimentales de cas individuels peuvent permettre d'obtenir des niveaux de preuve sensiblement similaires à ceux des études expérimentales.



Kazdin 2007. Cet article présente les conditions centrales requises pour démontrer quels sont les médiateurs et les mécanismes de changement. Il fait la revue des approches d'analyse des données, des constructions méthodologiques et pourquoi certaines d'entre elles ne parviennent que peu à répondre aux conditions requises.

Edwards 2004. Cet article présente de façon très détaillée comment développer une pratique fondée sur des données probantes. Comme tous les chercheurs, ceux qui utilisent des méthodes fondées sur des cas doivent adopter des stratégies permettant de sauvegarder la précision, la réplicabilité, et l'assurance de la validité des arguments. Dans la recherche en psychothérapie, cet objectif peut être atteint en faisant en sorte que toutes les séances soient enregistrées, en utilisant des juges indépendants pour vérifier que la réduction des données brutes en récits de cas n'est pas biaisée par une sélection personnalisée de matériel. Les études utiliseront des échelles d'auto-évaluation ou des observations comportementales qui sont recueillies à plusieurs reprises tout au long de l'étude, afin de fournir une source d'information supplémentaire à laquelle on peut confronter le sens de l'évolution dans le narratif du cas. Des juges indépendants peuvent évaluer les séances de psychothérapie en utilisant la méthode de tri Q qui « peut capturer l'unicité de chaque séance de thérapie et permettre l'évaluation des similitudes et des dissemblances d'une séance de traitement à l'autre » (Jones et al. 1993, p. 384). Les données à travers un grand nombre de séances peuvent être un facteur analysé afin d'identifier les dimensions de processus qui caractérisent le cas. Les scores factoriels reflétant ces dimensions de processus peuvent, à leur tour, être soumises à une analyse des séries temporelles pour révéler des modèles complexes de relation entre les variables au sein de la thérapie. De cette façon, Jones et al. ont démontré des aspects de l'influence réciproque du thérapeute et du patient au cours du traitement.

Hilsenroth 2010 (in Thurin 2013). Les critères pour la publication d'une étude de cas « evidence-based » sont présentés en relation avec les recommandations de l' APA publiées en 2006 sur la « *Pratique fondée sur des données probantes en psychologie* ».

### **CONDITIONS DE L'AGREGATION DES ETUDES DE CAS**

Le regroupement général des études de cas produit une perte d'information très importante concernant les variables susceptibles d'intervenir sur une trajectoire (les différences initiales inter cas s'ajoutent à celles concernant le développement qui, lui-même, conditionne l'action potentielle des interventions spécifiques). L'étape cas individuel est ainsi incontournable pour concevoir et

examiner les variables qui interviennent dans le processus de changement. Les cas regroupés permettent de définir des traits généraux, de réaliser des comparaisons inter-cas à propos d'une question clinique particulière, ou de rechercher l'impact d'un modérateur particulier comme l'âge. Les répliques directes réalisées dans le réseau sont un avantage car les paramètres de mesure sont identiques et les cas sont hétérogènes. À partir de cas qui partagent des éléments descriptifs similaires, les comparaisons cas-à-cas font apparaître des éléments de différenciation qui peuvent être pris en compte dans d'autres cas. Une étape de recensement des variables confondantes et des variables particulièrement actives paraît nécessaire, en même temps que le nombre de cas s'élève. Un autre élément intervient, celui des phases de développement et des crises intercurrentes qui peuvent leur être associées. À ce niveau également les informations doivent être explicites.

Commentaire : l'analyse avec *R* permet progressivement de distinguer des éléments et traits particuliers issus des différents instruments, à partir desquels des comparaisons inter-cas peuvent être effectuées. On peut identifier également des changements significatifs précis intra-cas. Ces possibilités peuvent permettre des recherches ciblées (comme par exemple, l'identification des variables et facteurs qui interviennent dans la modulation des expressions émotionnelles (en cours)).

#### **ÉTUDES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES : DISTINCTION ET APPORTS SPECIFIQUES**

Dans Hilliard 1993, Le terme quantitatif est parfois utilisé pour désigner des échelles de mesure ayant des propriétés ordinales, d'intervalle ou de rapport, alors que les termes qualitatif ou catégoriel sont utilisés pour désigner des échelles qui ont des propriétés nominales. Cependant, les échelles nominales vont être également considérées comme quantitatives dans la mesure où l'on compte des fréquences de niveaux différents et où l'on applique des statistiques descriptives et inférentielles aux résultats. En relation à des cas de ce type, le terme qualitatif se réfère à la situation dans laquelle aucune quantification formelle ne se produit, même au niveau nominal. Ces données sont exprimées en prose et ont la nature d'un récit. Cette dernière distinction est nécessaire, étant donné les méthodes hautement sophistiquées d'analyse quantitative qui peuvent être appliquées aux données nominales. La recherche sur un cas isolé peut impliquer des données quantitatives ou qualitatives...ou mixtes [c'est le cas des études du réseau].

Dans Fishman 2013, les *données numériques quantitatives*, ont pour avantage de fournir : a) une signification stable à travers le temps ; b) la capacité de contrôler la qualité des données via

l'établissement de procédures psychométriques ; c) la capacité de réduire de manière efficace la quantité importante de différences complexes parmi la multitude des cas inclus ; d) la capacité d'établir un contexte objectif et normatif pour comparer des patients individuels ; et e) la capacité de créer des lois de déductions « du haut vers le bas » (Stiles 2006<sup>167</sup>). Les *descriptions qualitatives* ont pour avantage de : a) produire des descriptions denses qui incluent le détail, la complexité, le contexte, la subjectivité et la nature multi-facettes de la connaissance humaine ; b) capturer la structure narrative de la connaissance humaine ; et c) ancrer les généralisations dans des exemples particuliers, selon un processus inductif ascendant « du bas vers le haut ». Elles permettent d'introduire des éléments explicatifs du succès ou de l'échec des résultats d'une psychothérapie, comparativement à des cas similaires.

**Commentaire:** les études réalisées dans le RRFPP sont « mixtes » dans le sens qu'elles associent le *quantitatif* et le *qualitatif* et les critères qui en découlent.

## **Peut-on décrire des étapes dans le processus de changement ?**

La description du processus de changement est un exercice qui peut emprunter des grains de définition plus ou moins fins. À une extrémité, elle peut se réduire à une comparaison avant-après expliquée par un médiateur potentiel. À l'autre extrémité, le processus est une succession d'étapes, configurations, événements qui s'inscrivent eux-mêmes dans une logique à la fois interactionnelle, transactionnelle et développementale. Cette distinction peut être décrite de façon sommaire à partir des abords de Howard et al., Jones et al. et Greenberg. Elle sera complétée dans les sous-chapitres suivants.

---

<sup>167</sup> Stiles W.B. (2006) : Numbers can be enriching. *New Ideas in Psychology*, 24: 252-262.

### TROIS ETAPES PRINCIPALES

Howard et al. (1996) <sup>168</sup> : Chaque psychothérapie passe par 3 étapes principales, récupération, réparation et réaménagement.

L'étape de récupération se situe au niveau de la réduction de la détresse du patient et d'une atténuation de ses principaux symptômes, l'étape de réparation concerne l'identification et la résolution des problèmes principaux de la personne, l'étape de réaménagement concerne la compréhension méta-psychologique des changements structuraux. Il va de soi que ni les approches, ni les évaluations différentielles ne seront les mêmes au cours de ces trois phases.

Commentaire : Avec la population des enfants suivis dans le réseau, il est difficile de transposer cette évolution sur la base d'une année de psychothérapie. Cependant, l'étude des cas montre des changements importants qui vont par exemple de la réaction directe ou du retrait évitant de l'enfant à la possibilité d'une rencontre de l'autre avec une relation stratégiquement aménagée.

La succession d'étapes a été prévue dans un des instruments (l'EPCA). Elle peut également être approchée à partir du nombre d'années antérieures de psychothérapie et du niveau de fonctionnement/développement correspondant. Sur cette base, retrouve-t-on des phases d'évolution similaires à partir de sous-groupes de cas ? Sont-elles prévisibles ? (par exemple, l'étape de récupération serait celle de la réduction de l'anxiété et du déficit d'expression et/ou de modulation des émotions, l'étape de réaménagement correspondrait à la réflexion qui est exprimée à propos de la conscience du handicap (p.ex., cas X071)).

On retrouve également une variation de la pente (plus forte initialement (chez les enfants de 4-5 ans), se réduisant nettement ensuite (6-11 ans) et encore plus plate après (12-15 ans) ? Mais il s'agit ici d'une courbe faite à partir des sous-groupes d'âge, pas sur le profil d'évolution d'un cas. L'explication ne peut pas se réduire à l'âge. La réponse importante précoce peut correspondre à une réactivité accrue du patient (et du thérapeute) associée à une situation nouvelle ; elle pourra se rencontrer également chez un enfant qui commence plus tardivement sa psychothérapie ; une autre explication est que l'âge peut permettre une activité de pensée élaborée pouvant être abordée dans

---

<sup>168</sup> Howard K.I., Moras K., Brill P.B., Martinovich Z., Lutz W. (1996). Evaluation of psychotherapy : efficacy, effectiveness, and patient progress, *Am. Psychol.*, 51, p. 1059-1064.

une perspective qualitative. On trouvera une présentation complémentaire des travaux de Howard et al. dans le livre Thurin et al. 2007 <sup>169</sup>, notamment pp 41 et 62-63).

### **UN ENCHAÎNEMENT D' ACTIONS THERAPEUTIQUES AJUSTEES AU PATIENT ET A SON EVOLUTION**

C'est le cycle que décrit Hill et qui est présenté plus loin dans le sous-chapitre consacré aux facteurs explicatifs de résultats. Dans ce cycle, les interventions spécifiques trouvent leur place quand le praticien considère que l'intervention s'inscrit dans la zone proximale de développement et qu'elle a ainsi la possibilité d'être efficace. On peut ainsi concevoir une chronologie des actions spécifiques liée à l'évolution développementale et intrapsychique de l'enfant. Cela a été étudié, avec une population de patients névrotiques (donc différente de celle des patients autistes considérée dans cette thèse), mais cela paraît tout à fait pertinent avec les enfants autistes.

### **CHRONOLOGIE DE L' ACTION THERAPEUTIQUE SUIVANT L' ACCES A L' INTRAPSYCHIQUE**

Jones, Parke et Pulos (1992). Dans une population névrotique, la verbalisation des préoccupations externes précède l'expression de l'intrapsychique.

Le PQS, pour les psychothérapies d'adultes, qui a précédé le CPQ pour celles d'enfants, est un instrument d'observation et de caractérisation des éléments et ingrédients du processus psychothérapeutique. Il décrit le fonctionnement du patient, son implication et ses problèmes, le thérapeute, son attitude et sa technique, et leurs interactions. Chaque énoncé/variable est en relation avec les autres et son score est donc relatif à la configuration générale dans laquelle il se situe à un moment donné de la psychothérapie. Le classement des énoncés au cours des différentes séances d'évaluation, des plus caractéristiques aux moins caractéristiques, auxquels s'ajoutent ceux qui définissent le fond de la psychothérapie et ceux qui ont été considérés comme non significatifs ou non pertinents, permet de se représenter la psychothérapie suivant ces différents angles en associant des mesures à la dimension qualitative de l'énoncé. Dans l'article présenté, l'étude réalisée à partir d'une population de 30 patients souffrant de troubles névrotiques montre que la problématique des patients évolue d'une expression centrée sur les problèmes extérieurs actuels à une expression

---

<sup>169</sup> Thurin, J. M., Thurin, M., Lapeyronnie, B., & Briffault, X. (2007). *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*. Paris: Dunod.

centrée sur l'intra-psychique. Un graphique décrit la réduction des scores des items s'inscrivant dans le premier registre et la courbe inverse des items du second registre.

Commentaire : Que sait initialement le thérapeute de la problématique de l'enfant autiste ? Le thérapeute la conçoit à partir de plusieurs sources d'information : celles apportées par les parents ; celles apportées par les comportements de l'enfant et ce qu'ils dit quand il parle ; celles apportées par les instruments d'investigation ; celles issues de la relation de l'enfant avec son entourage et le thérapeute. Avec les enfants autistes, les thérapeutes identifient le niveau de fonctionnement et de développement dans lequel les enfants se situent. Comment distinguer ce qui est relatif à la relation avec le monde extérieur et ce qui est issu du monde intérieur ? L'article de Jones et al. apporte un éclairage car on retrouve dans la version enfant du PQS (le CPQ) les items discriminants chez les adultes.

### **ENCHAÎNEMENT DE TRANSACTIONS INTERPERSONNELLES**

Jones, Ghannam, Nigg, & Dyer (1993) présentent un paradigme interactionnel et contextuel pour décrire le processus psychothérapeutique.

Le PQS permet de modéliser les fluctuations du processus psychothérapeutique qui accompagnent le dialogue entre le thérapeute et le patient. Une analyse bidimensionnelle des effets de causalité, réalisée à partir d'une analyse de séries temporelles, montre l'influence mutuelle et réciproque du thérapeute et de la patiente dans l'évolution du processus des séances. Cette analyse suggère que l'impact du patient sur le thérapeute et sur le processus n'a pas été suffisamment explicité dans les modèles antérieurs de processus et de changement. Cette étude démontre la capacité des structures intensives de recherche sur le cas clinique de découvrir des effets de causalité dans les psychothérapies.

Commentaire : Les données dont nous disposons ne permettent pas de faire une analyse en séries temporelles car nous ne disposons pour chaque cas que de 3 cotations du CPQ. Nous pouvons cependant faire une analyse séquentielle qui en est une forme moins ambitieuse, mais qui fonctionne sur le même principe. Un exemple en est donné dans Jones et al 1988. Voir également les études présentant des analyses séquentielles.

## ALTERNANCE D'ÉVÉNEMENTS

Greenberg 1991 modélise le processus psychothérapeutique comme une succession d'événements qui répondent à la séquence répétée « observation rigoureuse / résolution de problème ». La variable « adhésion du patient » a un rôle majeur dans ce déroulement.

Greenberg considère que l'objectif de la recherche scientifique en psychothérapie devrait être de chercher à comprendre comment une psychothérapie fonctionne, plutôt que de vouloir prouver qu'elle est efficace par des méthodes pseudo scientifiques. Il est important de considérer les situations cliniques et comment elles sont abordées. Le contexte de chaque situation est également une dimension essentielle que l'on n'annule pas par la randomisation.

Il propose d'adopter une méthodologie combinée rationnelle-empirique, orientée vers la découverte, plutôt qu'une approche purement rationnelle ou purement empirique. La psychothérapie est une succession de situations problématiques auxquelles le patient se trouve confronté. L'analyse du processus est ainsi d'abord centrée sur le patient. En construisant un modèle spécifique, l'investigateur est capable de corriger progressivement, d'étendre et de rendre plus explicite sa compréhension des processus impliqués dans la résolution des problèmes et la génération des performances.

C'est à cette étape que le clinicien-chercheur essaye de conceptualiser les mécanismes qui rendent possible le processus de changement thérapeutique. Il développe une micro-théorie du changement. On compare ensuite les interventions qui fonctionnent et celles qui ne fonctionnent pas. À un stade final de ce programme, les configurations complexes du processus du patient, appréhendées comme une chaîne causale de processus de changement, sont associées à des résultats à court et plus long termes.

Commentaire : L'avantage de ce type d'étude, arrivant à cette étape du programme de recherche, est que les liens causaux inférés, qui existent entre des étapes du processus hautement spécifiées et le résultat, participent à l'explication de la variance de la performance du patient.

Un des problèmes de la recherche à partir de groupes est que l'on n'évalue pas le facteur « adhésion du patient » à la thérapie. À la limite, les résultats pourraient être simplement liés à l'existence ou non de cette adhésion. Ce problème disparaît si l'on compare les patients qui s'engagent dans le processus de changement, tel qu'il a été conçu, et ceux qui ne s'y engagent pas. Cela peut permettre

d'apprécier la pertinence de la chaîne causale envisagée et la place qu'y tient le contexte. Dans ce processus, qui entre dans ce qui est généralement conceptualisé comme « analyse de tâche », la relation observation rigoureuse, construction du modèle, observation rigoureuse ... et ainsi de suite, est centrale. Le modèle spécifique raffiné de la « théorie du changement » (Kazdin 2001, Westen et al 2004) représente une micro-théorie empiriquement dérivée qui génère des hypothèses pour un test crucial de réfutation. La réalisation d'un problème de cet ordre peut durer plusieurs années pour réunir le groupe, définir les hypothèses causales et les tester à différents niveaux (Kazdin 1997).

Dans la recherche qui est présentée, les données dont nous disposons semblent permettre une démarche qui est très proche de celle proposée notamment par Greenberg, Kazdin et Kendall (1998) et Fonagy (2006). Elle est présentée à partir de la formulation de cas dans la partie application de la thèse et donne lieu à au programme du séminaire 2017 « recherche et pratique dans l'autisme ».

## **Analyse du processus et Q méthodologie**

Depuis les années 1990, l'intégration du processus dans les études d'efficacité est apparue nécessaire pour préciser les facteurs et les ingrédients à partir desquels les résultats sont obtenus. Le manque de précision des résultats issus des essais cliniques a ouvert le domaine des processus et des mécanismes de changement. Les instruments permettant de décrire le processus sont devenus indispensables. Parmi ces instruments, le *Psychotherapy Process Q-set* (PQS) a pris une place centrale. Il a été suivi par le *Child Psychotherapy Process Q-set* qui est utilisé dans le RRFPP avec les enfants. Leur utilisation étendue montre que l'on peut relever les qualités suivantes de l'instrument : son caractère pan théorique, sa qualité clinique qui a facilité son adoption rapide par des cliniciens exigeants et initialement rétifs à s'engager dans la recherche, et le caractère favorisant qu'il suscite d'un travail en groupe de pairs permettant des discussions approfondies en relation aux données. Le CPQ emprunte la méthodologie du Q-sort. Cette méthodologie, mise au point par W. Stephenson (1953)<sup>170</sup> repose sur la cotation et le classement d'un ensemble de formulations descriptives qui concernent un objet particulier (c'est ici, la psychothérapie). Le classement fait ressortir ce qui apparaît être le plus et le moins caractéristique pour le cotateur d'une séance de

---

<sup>170</sup> Stephenson, W. (1953) *The study of behavior: Q-technique and its methodology*. Chicago: University of Chicago Press.



psychothérapie dans l'éventail des énoncés qui lui sont soumis, en respectant une distribution normale des 100 énoncés.

### **PRESENTATION DU CPQ PAR SON AUTEUR (SCHNEIDER ET AL. 2009)**

Suivant Schneider et al. (2009)<sup>171</sup>,

« le développement du Q-set de la psychothérapie infantile (CPQ; Schneider & Jones 2004)<sup>172</sup> est conçu pour les enfants âgés de 3 à 13 ans. Afin d'assurer une plus grande fiabilité, un manuel de cotation fournit des définitions claires et des exemples de chaque élément reflétant des caractéristiques qui peuvent être évaluées à l'aide de bandes vidéo de séances de psychothérapie d'enfants - en recherchant toujours un équilibre délicat entre ce qui est observable et ce qui doit être inféré.

L'instrument se compose de 100 items avec des énoncés qui représentent une sélection parmi un ensemble d'items sélectionnés à partir d'une revue approfondie de la littérature concernant la psychothérapie de l'enfant (y compris les méthodes de traitement validées empiriquement, ainsi que les approches psychanalytiques), les instruments de processus existants et les adaptations du PQS pour adultes. Le projet de développement de l'instrument a duré quatre ans et a comporté un processus récursif de construction d'items, et de pilotage pour la validité clinique et de reconstruction d'items. Chacune des études de développement du CPQ a mutuellement informé l'autre et des modifications aux items et au manuel ont été réalisées après examen des résultats en cours de route. Les items initiaux, tirés d'un examen approfondi de la littérature sur la psychothérapie infantile, ont été examinés par des cliniciens expérimentés représentant divers points de vue théoriques (y compris TCC, psychanalytique et psychodynamique) qui ont fourni des commentaires sur la clarté, la redondance, la couverture et la représentativité des items.

Pour établir la validité d'un item chez différents enfants, dans différents modes de psychothérapie, les membres du Groupe de recherche sur la psychothérapie de Berkeley ont utilisé le CPQ révisé pour décrire le processus dans vingt vidéocassettes de thérapie d'enfants représentant les traitements des comportements cognitifs, psychodynamiques et psychanalytiques. Une matrice de corrélation des items issus de ces évaluations a identifié

---

<sup>171</sup> Schneider, C., Prietzel-Thomas, A., & Midgley, N. (2009). Discovering new ways of seeing and speaking about psychotherapy process: The Child Psychotherapy Q-set. In N. Midgley, J. Anderson, E. Grainger, T. Nestic-Vuckovic, & C. Urwin (Eds.), *Child Psychotherapy and Research*. (pp. 72-84): Routledge Taylor & Francis Group.

<sup>172</sup> Schneider, C. (2004). *The Development of the Child Psychotherapy Q-Set*. (Doctoral dissertation), University of California, Berkeley, Abstracts International, 65(2-B), 1039.

les items qui ont démontré peu de variance entre les cas (qui ne parvenaient pas à différencier les sujets) et qui étaient redondants avec d'autres éléments.

Pris dans leur ensemble, les items du CPQ représentent un large éventail de caractéristiques des enfants et des thérapeutes. La procédure de cotation est relativement simple. Après avoir étudié les bandes vidéo de la thérapie d'enfants et en arrivant à une certaine formulation du matériel, les évaluateurs classent les 100 items du CPQ dans une des neuf catégories, en mettant à une extrémité les items jugés les plus caractéristiques ou saillants du matériel, et à l'autre extrémité les items que l'on considère être les plus remarquablement inhabituels. Un nombre fixe d'items est placé dans chaque catégorie, avec plus d'items placés au centre, ce qui reflète des items moins ou non descriptifs par rapport à ceux placés aux extrémités de la distribution.

Les évaluateurs s'engagent dans un processus méta-analytique qui se déplace entre l'intuition, la conceptualisation et les indices objectifs au sein de la séance. C'est le mouvement nécessaire de l'évaluateur entre la formulation et l'observation qui offre une description du processus au-delà de la simple identification du comportement. Comme l'évaluateur met l'accent sur les éléments spécifiques du CPQ pour décrire une séance, une mosaïque de schémas thérapeutiques commence à émerger. Cette mosaïque aidera à décrire le processus interactif entre le thérapeute et l'enfant dans des voies qui peuvent ne pas avoir été consciemment dans l'esprit ou la formulation du thérapeute ou de l'évaluateur.

Alors que le CPQ peut être utilisé pour fournir un «instantané» des processus thérapeutiques, un portrait plus dynamique du travail thérapeutique impliquerait des facteurs de traçage, des regroupements d'items ou des structures d'interaction (Jones 2000) qui émergent au fil du temps à l'aide de techniques d'analyse factorielle, mises en évidence dans la recherche réalisée par Jones et ses collègues (Jones 2000 <sup>173</sup>, Schneider & Midgley 2010 <sup>174</sup>). Même lorsqu'ils sont utilisés de façon sophistiquée, il existe une myriade de dynamiques et de nuances au sein des séances que les cotations-Q ne peuvent pas capturer. Cependant, comme un autre courant d'inférence clinique, les cotations-Q peuvent contribuer au dialogue complexe que chaque cas évoque et peut nous aider à réaliser une investigation systématique de la pratique clinique.

---

<sup>173</sup> Jones, E. E. (2000) *Therapeutic action, a guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

<sup>174</sup> Schneider, C., Midgley, N., & Duncan, A. (2010). A "Motion Portrait" of a Psychodynamic Treatment of an 11-Year-Old Girl: Exploring Interrelations of Psychotherapy Process and Outcome Using the Child Psychotherapy Q-Set. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 9(2-3), 94-107.

Les énoncés sont indépendants. Il n'y a pas de structure factorielle de l'instrument lorsqu'il n'est pas appliqué à un objet particulier (Jones 1988). Les énoncés portent sur : 1) le fonctionnement de l'enfant, sa relation transférentielle avec le thérapeute et sa participation à la thérapie (42 items) ; 2) l'approche et la technique du thérapeute (42 items) ; l'interaction thématique entre le thérapeute et l'enfant (16 items). Les énoncés ont été constitués de manière à être équilibrés (c'est-à-dire qu'ils peuvent être mis en tension entre eux), sans que, pour autant, un énoncé soit strictement la formulation négative d'un autre (par exemple : « L'enfant est socialement désaccordé ou décalé » versus « l'enfant est attentif aux interactions sociales et y répond avec pertinence »).

Commentaire : le CPQ et son manuel sont traduits et validés en Français (Thurin, Thurin & Schneider 2010)

### **ANALYSE FACTORIELLE Q ET ANALYSE FACTORIELLE R**

Dans les conditions habituelles de son utilisation, le Q-sort est associé à l'analyse factorielle Q. Alors que l'analyse factorielle R permet de révéler des facteurs communs dans un ensemble de variables (pour trouver, par exemple, une variable latente sous-jacente), l'analyse factorielle Q révèle les facteurs communs à partir des différentes manières de « trier les variables », qui définissent le mieux une orientation philosophique ou politique [ou une approche, comme dans le cas des psychothérapies]. Cet exercice distingue une ou plusieurs opinions ou références théoriques parmi les cotateurs à partir d'éléments caractéristiques du contenu du texte ou de l'enregistrement examiné. Les tris présentant des points de vue similaires partageront le même facteur.

Dans le champ des psychothérapies, c'est la méthode utilisée par Ablon et Jones (2002, 2004) pour établir les prototypes des approches psychodynamique, cognitivo-comportementale et autres à partir du PQS. Des experts de chaque approche ont sélectionné les items qui leur semblaient le mieux correspondre à une séance idéale réalisée suivant leur référence théorique. Il en résulte un tri particulier partagé correspondant à chaque approche. L'étape suivante est alors celle d'une corrélation avec les scores de séances réalisées dans la pratique qui, de ce fait, partagent plus ou moins d'éléments avec la "séance prototype ».

Plus précisément, la *création des prototypes* a été décrite par Ablon et Jones (2004)<sup>175</sup> de la façon suivante :

- « Les prototypes ont été créés en utilisant une méthode statistique à petit échantillon pour étudier les points de vue, quelquefois appelée "technique-Q" ou analyse factorielle de type Q (Stephenson, 1953 ; McKeown & Thomas, 1988). Cette stratégie donne accès à la structure d'un discours, définissant les segments d'opinion et soulignant leurs similarités et différences.
- Les répondants (dans ce cas, les psychanalystes ou les cognitivo-comportementalistes experts) expriment leurs points de vue en classant les formulations représentant un certain domaine de discours (dans ce cas, les 100 items du PQS).
- Les corrélations entre les Q-sorts des psychanalystes indiquent la similarité (ou la dissimilarité) des points de vue que ces Q-sorts représentent. Contrairement à l'analyse factorielle R plus familière, cette approche de l'analyse factorielle corrèle un petit nombre de sujets à un grand nombre d'items. En d'autres termes, l'analyse factorielle de type Q examine les relations entre un petit nombre de sujets (dans ce cas, les psychanalystes experts) avec un grand nombre de variables (dans ce cas, les 100 items du PQS). Afin de réaliser cette analyse factorielle de type Q, la matrice de données a été transposée de telle façon que les 11 analystes experts représentent les variables à corrélérer aux 100 items du PQS.
- Pour fournir un ensemble contrasté de réponses au Q-set, 10 thérapeutes experts d'orientation cognitivo-comportementale ont été sollicités pour décrire une séance idéale de thérapie, suivant la perspective de leur orientation ».

La méthode des prototypes a été notamment appliquée pour distinguer les approches réellement mises en oeuvre au cours de la grande étude comparative sur la dépression engagée par le NIMH (Ablon & Jones 2002)<sup>176</sup>. On en trouve un autre exemple d'application dans la corrélation

---

<sup>175</sup> Jones, E. E., & Ablon, J. S. (2004). On Analytic Process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(2), 541-568.

<sup>176</sup> Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry*, 159(5), 775-783.

avec les prototypes réalisée par Pierrehumbert (1995a<sup>177</sup> et 1995b<sup>178</sup> p 296 ) qui examine la perception parentale des fonctionnements de leur enfant en relation avec l'attachement. Selon la méthode de Waters et Deane, les auteurs ont corrélé chaque Q-Sort parental avec le Q-Sort moyen des 83 experts décrivant un enfant secure (corrélation « Q »). L'indice de corrélation représente alors le degré de ressemblance de la description fournie par le parent, avec un enfant conceptuellement secure. Un autre article intéressant sur l'utilisation du Q-sort dans le domaine de la santé est celui de Kuhne, N., Abernot, Y., & Camus, D. (2008), « Le Q-sort, un outil pour la recherche en soins. Le cas des représentations chez les infirmiers en psychiatrie de l'âge avancé ». *Recherche en soins infirmiers*, 95, 46-56.

Le Q-sort peut également donner lieu à des analyses factorielles R classiques. Ce sont alors les corrélations entre les Q-sorts des différentes psychothérapies à différents temps qui sont examinées. C'est la méthode principale d'analyse appliquée dans la recherche présentée dans cette thèse.

Une mise en relation de la méthodologie du Q-sort développée par W. Stephenson avec son application à partir du CPQ a été présentée dans un poster à Kragenfurt dans le cadre d'un congrès du Chapitre Européen de la *Society for Psychotherapy Research*.

Une autre mise en relation, très détaillée, a été réalisée à partir d'un enseignement de la méthode par Brown 1991. Traduction française.

Commentaire : le CPQ est utilisé sous les deux modes dans le RRFPP : 1) La méthodologie Q est utilisée par chacun des 3 cotateurs participant à un groupe de pairs. La discussion inter-cotateurs, avec retour aux données en cas de désaccord, qui suit cette cotation individuelle conduit à une cotation partagée (consensus) qui devient la cotation validée. Les « opinions » individuelles de départ sont devenues une opinion partagée « fondée » ; 2) L'ensemble des cotations des cas donne

---

<sup>177</sup> Pierrehumbert, B., Sieye, A., Zaltzman, V., & Halfon, O. (1995). Entre salon et laboratoire : l'utilisation du « Q-Sort » de Waters et Deane pour décrire la qualité de la relation d'attachement parent-enfant. *Enfance*, 48(3), 277-291

<sup>178</sup> Pierrehumbert, B., Mühlemann, I., Antonietti, J.-P., Sieye, A., & Halfon, O. (1995). Etude de validation d'une version francophone du « Q-Sort » d'attachement de Waters et Deane. *Enfance*, 48(3), 293-315.

lieu à une analyse factorielle qui permet de déceler des analogies inter-psychothérapies suivant le degré d'adéquation de chaque psychothérapie avec les facteurs émergents (voir Chapitre 3).

#### **EXEMPLES D'UTILISATION DE LA METHODOLOGIE DU Q-SORT EN PSYCHOTHERAPIE**

La revue de littérature concernant les études impliquant le PQS dont est issu le CPQ (Thurin, M. 2012) est en annexe.

Les études qui se réfèrent à des études de cas isolés et à des études de groupes sont distinguées.

- **À partir d'études de cas individuels**

- 1988. Extraire des configurations s'inscrivant dans un cadre général (facteur commun / facteurs spécifiques) ou ayant une signification particulière. Établir la liste des items qui ont le plus varié, du caractéristique au non caractéristique et inversement. Dans l'article de 1988, cas du patient B.
- 2005. Définir et suivre l'évolution de la structure d'interaction propre à chaque cas. La structure d'interaction est définie comme une interaction interpersonnelle que l'analyste et le patient identifient l'un et l'autre comme répétitive et récurrente. Dans l'article de 2005, Ablon et Jones en donnent 2 exemples, en partant d'une analyse factorielle exploratoire des 100 items et de l'évolution longitudinale de chacun des facteurs pour 2 cas, à partir de l'analyse du discours et des interactions patient-thérapeute dans une séance pour chaque cas.

- **À partir d'études de groupe**

- 1988. Décrire des relations particulières processus-résultats en fonction de certaines caractéristiques de départ du cas (sévérité, autre) [modérateurs]. L'article 1988 de Jones, Cumming et Horowitz montre l'ajustement de la psychothérapie pratiquée au degré initial de sévérité des patients.
- 1992. Décrire l'évolution longitudinale du fonctionnement psychique des patients au cours d'une psychothérapie. L'article 1992 de Jones, Parke et Pulos montre le déplacement graduel d'une présentation des difficultés personnelles centrée sur la réalité externe, vers une focalisation sur l'expérience interne et la relation avec le thérapeute. Les configurations des

items confirment, à l'appui des résultats, que les traitements réussis sont caractérisés par ce genre de mouvement dans le processus de la thérapie (Relation processus-résultats).

- 1993. Décrire les véritables composants du processus susceptibles d'expliquer les résultats. L'article de 1993 de Jones et Pulos montre comment la thérapie cognitive peut être efficace en empruntant les ingrédients de la psychothérapie psychodynamique. C'est potentiellement une explication du fait que l'on ne trouve pas de corrélation entre le mécanisme explicatif supposé et le résultat.
- 1998. Situer l'approche psychothérapique réellement mise en œuvre par rapport à celle qui a été conçue par des experts de chaque théorie psychothérapique comme approche idéale et enregistrée comme "prototype". L'article de 1998 de Ablon et Jones montre que l'approche psychodynamique peut, dans les faits, être complétée par une approche cognitivo-comportementale. La situation inverse semble plus rare dans la mesure où le protocole TCC est observé de façon plus stricte, voire rigide, ce qui peut conduire à une détérioration de la relation thérapeutique (mise en évidence par l'étude de Castonguay et al. 1996). On peut également découvrir que, lorsque l'approche quantitative est complétée par une approche qualitative, les interventions "cognitives" deviennent difficilement différenciables de l'approche psychodynamique. Au niveau des résultats, ils peuvent néanmoins être corrélés à une approche particulière (ici psychodynamique dans un des échantillons où les 2 approches sont exercées) ou à aucune (dans l'échantillon PTSD, ce qui laisse penser que l'approche efficace de base se situe dans une spécificité particulière). Cet aspect semble confirmé par les constatations incluses dans l'article de 1988 de Jones et al. portant sur cette même population PTSD. Finalement, ce qui est présumé être un traitement cognitivo-comportemental peut contenir des ingrédients significatifs psychodynamiques ou vice-versa, et ces interventions peuvent être ou non parmi les ingrédients actifs du processus de la thérapie. Cela peut aider à expliquer pourquoi différentes formes de traitement ont obtenu des résultats si strictement similaires dans les études traditionnelles de résultats.
- 2005. Démontrer qu'en dépit du consensus sur sa définition, il n'existe pas un seul processus psychanalytique mais, au contraire, qu'il y a des processus de changement propres à chaque dyade. L'article de 2005 de Ablon et Jones établit le concept de "*structure d'interaction*". Les auteurs considèrent qu'ils mettent à disposition une méthode et un

instrument permettant de tester les différents *modèles théoriques de la psychanalyse*. Les structures d'interaction soulignent l'importance de l'intrapsychique comme base de ce qui devient manifeste dans le champ de l'interaction. Elles peuvent être observées en routine dans la pratique clinique.

#### APPORTS SPECIFIQUES DU Q-SORT SOULIGNES PAR JONES ET AL.

- **Jones, Cumming, Horowitz 1988**

a) Le Q-sort fournit un langage de base pour la description et la classification du processus de la psychothérapie. Il apporte les moyens de caractériser systématiquement un large éventail d'interactions patient-thérapeute

b) La technique de cotation est ipsative, de sorte que les items sont évalués l'un par rapport à l'autre suivant leur saillance.

c) La valeur particulière de cette méthode est qu'elle peut à la fois capturer la singularité de chaque cas et permettre l'évaluation des similitudes ou des différences d'un cas à l'autre.

d) Le Q-sort ne se limite pas à mesurer les dimensions particulières de l'importance présumée ou théorique de la thérapie ; il permet, au contraire, de découvrir les associations ou les relations entre les différents aspects du processus de traitement.

e) De nombreuses échelles d'évaluation du processus utilisent comme unité de mesure de petits segments de séances de thérapie. Les juges tentent d'évaluer une dimension de pertinence présumée de la thérapie sur la base d'impressions relativement brèves. En revanche, avec la technique Q, c'est la séance entière, et pas seulement un petit segment, qui est l'unité d'évaluation.

- **Jones, Parke, Pulos 1992**

a) Le PQS a été construit de manière à ce qu'une redondance minimum soit assurée entre ses éléments. Il n'y a pas de structure factorielle de l'instrument. Les interrelations qui peuvent émerger parmi les items Q sont destinées à varier selon les formes de thérapie, les types de patients, ou les étapes de traitement.

b) La description du processus dérivée de la méthode Q est à bien des égards compatible avec une conception transactionnelle. Chaque item-Q ou variable est utilisé comme un



descripteur par rapport à tous les autres éléments, de sorte qu'ils définissent leurs rapports réciproques et leur contexte.

c) Le PQS permet aussi à des changements importants dans les structures ou les configurations dans le processus de la thérapie d'être retracés au fil du temps.

- **Jones et Pulos 1993.**

a) L'utilisation de la séance de psychothérapie dans son intégralité a l'avantage de permettre aux juges cliniques d'étudier le matériel pour la confirmation de conceptualisations alternatives et d'évaluer la signification des événements qui se déroulent progressivement.

b) Très bonne validité inter cotateurs

- **Jones, Ghannam, Nygm, Dyer 1993.**

a) Utilisation de l'analyse en séries temporelles avec le PQS

## **1. MISE EN RELATION DES APPROCHES DE KAZDIN ET DE JONES**

En relation à la carence de connaissances sur les causes et les mécanismes de changement, Kazdin et Kendall (1998) proposent d'accroître l'étendue et la force des conclusions en modifiant la façon d'établir que des traitements sont potentiellement et réellement efficaces.

Pour ce faire, ces auteurs proposent d'appuyer le programme d'une psychothérapie sur une analyse fonctionnelle du ou des troubles et de considérer les processus qui sont associés à ce dysfonctionnement. Sur cette base, il devient possible de concevoir un traitement qui prenne en compte les principales « causes » et que l'on puisse en opérationnaliser les procédures en développant des recherches non seulement sur les résultats, mais également sur les processus. Les questions deviennent alors : Quelles sont les interventions techniques, les approches et les méthodes qui produisent un effet, pourquoi et comment ? Cette recherche sera complétée par une revue des "modérateurs", c'est à dire en fait de tous les éléments individuels et de contexte qui sont susceptibles d'influencer (dans un sens ou dans un autre) le processus et donc les résultats.

L'analyse fonctionnelle est réalisée naturellement au moment de la formulation de cas. Cette possibilité sera présentée plus loin, dans la partie qui lui est consacrée. Elle peut l'être aussi à l'occasion d'un événement déclenchant et à tout moment où elle semble appropriée pour appréhender la chaîne des éléments qui conduisent à une manifestation pathologique récurrente.

Quelle sont alors l'attitude et les interventions du thérapeute en relation à la manifestation de l'enfant ? Le CPQ permet de décrire la configuration de la psychothérapie, c.a.d, comment se présentent l'enfant et le thérapeute et leur interaction à ce moment d'évaluation ; les indicateurs de changement permettent secondairement d'évaluer les changements au niveau des comportements et du développement ; reste à comprendre comment le changement se produit, c'est à dire à rechercher le mécanisme intermédiaire qui peut expliquer le résultat. Une hypothèse est conçue. L'étape suivante est de rechercher si un processus du même ordre peut-être retrouvé dans d'autres cas présentant un problème similaire. On peut mettre alors en perspective les interventions réelles qui ont été réalisées et leurs effets respectifs pour amorcer le processus. Le rôle des modérateurs sera aussi considéré comme facteur explicatif potentiellement important des différences ou du caractère commun des résultats. [Ces différents points et la démarche attenante seront développés plus loin].

Dans une forme un peu différente, Kazdin suggère huit questions que chacun pourrait (devrait ?) se poser pour aborder la question de l'efficacité d'un traitement :

1. Quel est l'impact du traitement par rapport à l'absence de traitement ?
2. Quels sont les éléments qui contribuent au changement ?
3. Quels sont les traitements qui peuvent être ajoutés (traitement combiné) pour optimiser le changement?
4. Quels sont les paramètres qui peuvent être modifiés pour améliorer les résultats ?
5. Quelle est l'efficacité de ce traitement par rapport aux autres traitements pour ce problème?
6. Quels sont les facteurs patient, thérapeute, traitement, et contextuels qui modèrent ou sont en corrélation avec les résultats?
7. Quels sont les processus à l'intérieur ou en cours de traitement qui sont responsables (et pas seulement en corrélation avec) les résultats (mécanismes de changement thérapeutique)?
8. Dans quelle mesure les effets du traitement sont-ils généralisables à des populations, des aires de problèmes, des dispositifs et d'autres contextes?

Partant de ces 8 questions, il remarque que :

"Les débats sur les traitements fondés sur la preuve (ECRs) et leur utilité ont mis l'accent sur les questions 1 et 8 dans les études d'efficacité potentielle (Est-ce que le traitement marche ?) et dans les études d'efficacité réelle (Est-ce que les conclusions s'étendent aux dispositifs de la pratique ?). Bien qu'un large portefeuille avec la gamme complète des questions soit un sage investissement, la recherche en psychothérapie pourrait contribuer énormément à la clinique en se concentrant davantage sur les mécanismes du changement. L'étude des mécanismes du changement (Question 7) a reçu le moins d'attention, alors que la compréhension des mécanismes peut être le meilleur investissement à long terme pour l'amélioration clinique, la pratique et les soins aux patients".

Les modérateurs se réfèrent aux caractéristiques qui influencent la relation entre l'intervention et les résultats. Si le traitement est plus efficace pour les patients ayant une caractéristique particulière (par exemple, le sexe, l'origine ethnique, l'identité sexuelle, le statut socioéconomique, la comorbidité), cette caractéristique est dite être un modérateur. D'autres modérateurs « dynamiques » peuvent se révéler, tels que l'existence d'une "barrière familiale au traitement". Le modérateur n'est pas à considérer comme un élément forcément prédictif, mais comme un facteur dont l'effet est à prendre en compte, une variable qui peut influencer le traitement (Kazdin 2008). Les modérateurs ne sont pas à situer comme des éléments prédictifs dont aucune influence ou stratégie ne peut modifier l'effet. Ce sont initialement seulement des corrélats de résultat. Savoir plus précisément comment ces modérateurs interviennent peut permettre d'introduire des actions appropriées (concernant, par exemple, le stress des parents) qui modifieront le déterminisme qui initialement risquait de s'établir.

## **Quelle est la cause principale des résultats observés ?**

Plusieurs auteurs se sont appliqués à répondre à cette question et ont élaboré des hypothèses qui se sont progressivement complexifiées.

### **LES FACTEURS COMMUNS SONT-ILS LA CAUSE PRINCIPALE DES RESULTATS ?**

Rosenzweig 1936 : les facteurs communs ne conduisent-ils pas davantage au succès thérapeutique que les idéologies théoriques ?

Cette appréciation de l'auteur part d'une première question : Est-ce que les résultats valident la théorie, rapportée ici à une idéologie ? Sa réponse est non, car des procédures théoriquement contradictoires peuvent conduire au succès. Cette constatation le conduit à deux nouvelles questions (1) est-ce que les facteurs qui sont présumés être actifs dans une thérapie sont identiques aux facteurs qui fonctionnent réellement ? et (2) est-ce que les facteurs qui opèrent réellement dans plusieurs thérapies différentes peuvent ne pas avoir beaucoup plus en commun que ce qui relève des facteurs présumés fonctionner ?

Ces questions n'ont commencé à trouver des réponses que 50 ans plus tard, lorsque les méthodologies ont permis d'y répondre. Différentes études (p.ex. Barber et al. (2000)<sup>179</sup> et Castonguay et al. (1996)<sup>180</sup>) ont montré que les résultats ne valident pas la théorie tant que l'on n'a pas examiné le processus qui mène aux résultats, les ingrédients qui le caractérisent et la chronologie suivant laquelle ils sont actifs. La force du CPQ, par exemple, (et du PQS dont il est issu) est d'apporter une description précise longitudinale des éléments impliquant le thérapeute et sa technique, mais aussi le patient, son investissement, sa participation et son transfert, ainsi que l'interaction patient - thérapeute. Les différents temps d'évaluation font apparaître une succession de configurations actives dont les différences (ou la similitude) peuvent être décrites. Par ailleurs, les prototypes permettent d'établir une dimension quantitative de la relation entre la thérapie réalisée et ce que serait une thérapie réalisée strictement selon les critères d'une approche psychodynamique, cognitivo-comportementale, interpersonnelle, ou autre. Finalement, il est possible de répondre à la question des facteurs qui sont réellement actifs et à quel moment s'il y a plusieurs évaluations. Est-ce l'application d'une technique qui serait strictement conforme à sa théorie de référence ? Est-ce la conduite d'une approche « taillée sur mesure » pour correspondre aux besoins et possibilités du patient en tenant compte de la zone proximale de développement où il se situe ? (c'est sans doute une condition nécessaire, mais qui demande à être développée). Peut-on vraiment considérer des facteurs communs qui seraient indépendants de la nature des troubles et

---

<sup>179</sup> Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 1027-1032.

<sup>180</sup> Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S. L., 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*, 497-504.

d'attitudes spécifiques qui permettent que la rencontre et la relation avec le patient puissent s'établir ? (non). Tout n'est pas tranché, mais des directions issues d'études permettent d'avancer. En voici quelques exemples.

### UN CYCLE D'OBSERVATIONS ET D'INTERVENTIONS SPECIFIQUES DU THERAPEUTE

Hill 1990 , à partir de Hill et O'Grady (1985) : Le thérapeute part de ses observations du patient et y répond par des interventions spécifiques.

À tout moment, le thérapeute part de la théorie, ainsi que des formulations diagnostiques et des observations cliniques qu'il réalise à propos du patient, pour développer une intention liée à l'impact qu'il veut avoir sur lui. Pour implémenter l'intention, le thérapeute décide d'utiliser des interventions spécifiques verbales et non verbales. Les réactions du patient envers le thérapeute déterminent comment il répond au thérapeute. Sur la base de la perception de la réponse que lui donne le patient, le thérapeute formule sa nouvelle intention et intervention pour répondre aux besoins modifiés du patient, ce qui aboutit à un processus en continuelle évolution.

**Commentaire** : Le modèle du processus de changement devient ici dynamique transactionnel à partir de son expertise clinique. Le cerveau du thérapeute est situé comme un intégrateur central où le spécifique, issu de la théorie, de ses formulations diagnostiques et de ses observations, est permanent. Cette intégration précise, renouvelée en permanence, ne peut véritablement s'exprimer qu'au niveau du cas. Le spécifique fait participer à la fois la théorie et l'expérience. Le thérapeute expérimenté, quelque soit sa référence théorique, utilise les deux registres. Cela a été démontré avec des thérapeutes d'orientation cognitivo-comportementale auxquels il était demandé d'appliquer très strictement la technique psychothérapique testée, ce qu'ils faisaient difficilement et avec des résultats moins bons que s'ils appliquaient naturellement leur technique.

### L'ADAPTATION DU THERAPEUTE EST L'INGREDIENT PRINCIPAL DU SUCCES THERAPEUTIQUE

Persons, Curtis, Silberschatz (1991) <sup>181</sup> : L'ingrédient du succès thérapeutique est l'adaptation des interventions du thérapeute aux besoins et spécificités du patient.

---

<sup>181</sup> Persons, J. B., Curtis, J. T., & Silberschatz, G. (1991). Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Formulations of Single Case. *Psychotherapy (Chic)*, 28(4).

Les auteurs partent de la constatation que les études comparant l'efficacité de psychothérapies évaluées empiriquement trouvent souvent peu de différences entre les traitements (cf. Luborsky, Singer & Luborsky, 1975)<sup>182</sup>. Ces résultats sont souvent attribués à des facteurs non spécifiques, communs à toute psychothérapie, tels que la qualité de la relation patient-thérapeute, en relation avec le transfert – contre transfert qui s'établit entre-eux (Strupp 1980). Une autre explication est proposée : l'ingrédient clé du succès thérapeutique est l'adaptation des interventions du thérapeute au *problème psychologique central sous-jacent du patient*. Le problème central n'est pas identifiable au(x) symptôme(s) d'appel, mais à une construction qui prend en compte les éléments à disposition. Un niveau de preuve, petit mais croissant, appuie cette hypothèse, qui est appelée « *hypothèse de formulation* » (Crits-Christoph, Cooper & Luborsky, 1988; Fretter, 1984; Silberschatz, 1986 ; Silberschatz, Fretter & Curtis, 1986). Une formulation d'un cas, réalisée par des cliniciens chercheurs d'orientations théoriques différentes, est présentée comme exemple d'une communauté d'analyse conduisant à une orientation psychothérapique fondée commune.

**Commentaire** : Dans les études du Réseau, chaque cas bénéficie initialement d'une formulation de cas très élaborée, à partir de laquelle des objectifs et une stratégie pour les atteindre sont élaborés. La formulation de cas conduit à des hypothèses sur le problème central du patient. L'adaptation et la cohérence des interventions du thérapeute avec les problèmes particuliers de chaque enfant peuvent être appréhendées à partir d'une analyse séquentielle décrivant à la fois les ingrédients du processus et l'évolution des indicateurs de changement. "L'hypothèse de formulation" est donc a priori testable, avec la limite toutefois qu'il est nécessaire de considérer le rôle possible des modérateurs dans les effets constatés. Une formulation de cas à 1 an fait le point sur chacun de ces aspects.

#### **DISTINCTION DE L'AJUSTEMENT DE L'ATTITUDE GENERALE ET DES INTERVENTIONS SPECIFIQUES**

Stiles, Hill & Elliott 2014 : L'ajustement des interventions spécifiques ciblées du thérapeute est distinct de celui de l'attitude/approche générale au cours du déroulement de la psychothérapie.

Bien que la réactivité du thérapeute mette en échec la capacité de trouver des corrélations cohérentes des composants techniques de processus avec le résultat, ce n'est pas nécessairement le

---

<sup>182</sup> Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.

même cas avec des corrélations qui se réfèrent à des choses telles que l'alliance et la réparation de l'alliance, l'empathie, la chaleur et l'authenticité (par exemple, voir les revues de Norcross, 2011; Safran & Muran, 2000). Ces qualités ne sont pas assimilables aux actions techniques spécifiques, mais plutôt des réalisations qui reflètent que les thérapeutes font la bonne chose au bon moment. En effet, les évaluations des qualités relationnelles évaluent la réactivité appropriée (Stiles et al. 1998).

Commentaire : cette distinction se retrouve dans les études du RRFPP.

### UNE ADAPTATION DU THERAPEUTE AU PROBLEME PSYCHOLOGIQUE CENTRAL DU PATIENT

Kraemer et al. 2002, Kazdin 1997 2009 : Le succès thérapeutique dépend de l'adaptation des interventions thérapeutiques au problème psychologique central du patient

Cette appréciation générale se complique du fait qu'il peut y avoir plusieurs chemins et niveaux de fonctionnement qui conduisent à un résultat. Les effets peuvent se situer à plusieurs niveaux et être cumulatifs (p.e., thérapie + psychotrope, gène + activateur de phénotype).

**Commentaire** : Le cumul des effets et l'existence de chemins différents est une constatation classique des effets du stress (Thurin et Baumann 2003)<sup>183</sup>. Il n'est évidemment pas possible de prendre en compte directement l'ensemble des facteurs qui sont susceptibles de participer à une chaîne causale. En revanche, il est possible que la psychothérapie soit un activateur de phénotype et qu'elle intervienne à différents niveaux (p.e. psychique et neuro endocrinien). Nos données devraient permettre d'approfondir la question d'une spécificité des chemins en relation au problème central, au contexte et au type d'intervention psychothérapique mise en oeuvre (cohérence de la relation). De façon générale, les enfants n'ont pas de traitement psychotrope, mais cela devrait être un point à vérifier. Les questions de Kraemer et al. ainsi que celle de Rosenzweig peuvent être abordées en comparant un cas de Thérapie d'Échange et Développement (p.e., Y096) avec un cas de Psychothérapie Psychodynamique (p.e. Y067). Chacune des deux thérapies a eu un bon résultat. Ce bon résultat demande, pour être expliqué, d'aller au delà de l'adaptation à un problème psychologique central. Il devient rapidement nécessaire de dérouler les explications possibles des différents comportements pathologiques. Renvoient-ils à une seule cause ou bien traduisent-ils déjà

---

<sup>183</sup> Thurin, J. M., & Baumann, N. (2003). *Stress, pathologies et immunité*: Médecine-Sciences Flammarion.

une forme d'adaptation à une angoisse qui elle-même signale un dysfonctionnement ou un déficit de la relation au monde et aux autres ? Comment le contexte intervient-il dans le déclenchement ou la pérennisation des manifestations pathologiques ? Est-il pris en compte ? Dans cette perspective, quand peut-on vraiment dire que les interventions du thérapeute sont adaptées au problème psychologique central du patient ? Pour commencer à répondre à cette question, nous avons réalisé des graphiques d'analyse fonctionnelle mettant en relation les symptômes manifestes, les dysfonctionnements sous-jacents potentiels, les interventions projetées et les interventions réalisées (suivant les évaluations du CPQ). Cette présentation a été soumise à un groupe de cliniciens expérimentés avec lesquels elle a été discutée et complétée. Dans ces conditions la relation processus-résultats devient lisible. Restent à réaliser des tests pour évaluer les hypothèses.

## Évolution des méthodes statistiques

Dans son chapitre de 1984, Kazdin situe l'utilisation des statistiques dans les études de cas comme un complément à ce que à quoi les représentations graphiques ne permettent pas d'accéder. Il présente ensuite les protocoles suivants : le Test, approprié si l'auto corrélation est mesurée et considérée comme non significative ; L'analyse de séries temporelles, pour comparer les données au cours du temps dans des phases séparées pour un sujet ou un groupe de sujets quand il y a une dépendance en série dans les données ; les Tests de randomisation, pour comparer l'effet d'une intervention sur un cas par rapport à un autre cas qui ne la reçoit pas (test de l'hypothèse nulle) ; le Test de rangs, qui requiert que les données soient recueillies dans différentes conditions (individus, comportements ou situations) ; la technique Split-Middle, d'abord utilisée pour décrire le processus de changement dans, et à travers, les phases plutôt que comme une technique statistique inférentielle.

Parmi les articles centrés les approches statistiques, nous avons développé dans la revue de la littérature ceux de :

- Holmbeck (1997), qui insiste sur la nécessité d'utiliser à bon escient les concepts de médiateurs et de modérateurs et qui compare les techniques de régression multiple et de modélisation par équations structurelles pour tester les effets de modulation et de médiation. L'approche SEM pour tester les effets médiés est particulièrement utile lorsque l'on a plusieurs indicateurs pour les variables latentes sous investigation ;



- des Nétumières (1997), qui met en relation comparative les techniques d'analyse factorielle de correspondances multiples (ACM) et de régression linéaire multiple. Leurs résultats conduisent à une probabilité pour la première, à une explication (potentielle) avec la seconde (probabilité / cause) ;

- Laurenceau, Hayes et Feldman (2007), qui abordent « quelques questions méthodologiques et statistiques dans l'étude des processus de changement en psychothérapie » ;

- Carey et Siles (2015) ainsi que March et Curry (1998), qui insistent sur le caractère inadéquat de la régression linéaire pour décrire l'évolution du cours d'une psychothérapie. D'un point de vue statistique cette complexité indique le besoin d'aller vers un modèle prenant en compte de multiples mesures de résultats dans la recherche sur le traitement psychosocial.

- Hair et al. (2014), qui ont développé dans un ouvrage les différentes étapes d'une modélisation par équations structurelles et chemins causals à partir de la technique PLS-SEM.

Ces différentes techniques ont été utilisées dans la recherche.

Pour compléter cette question très importante sur la recherche, nous renvoyons à une formation en ligne réalisée par Mooc sur France Université Numérique : introduction aux statistiques et à R.

En cinq semaines, 22 chapitres sont traités, associés à des exercices par Quiz. Tous les chapitres sont utiles, notamment les chapitres : 06. Le coefficient de corrélation mesure de la force de liaison entre deux variables quantitatives ; 13. Régression linéaire (1) "simple" ; 14. Régression linéaire (2): au delà de la corrélation et du test t ; 15. Régression linéaire (3) : Régression linéaire multiple et analyse de variance ; 20. Introduction à la statistique exploratoire multidimensionnelle ; 21. Analyses en composantes principales ; 22. Classification Ascendante Hiérarchique.

Un ouvrage complète cette formation : Falissard, B. (2014). Analysis of Questionnaire Data with R: Taylor & Francis Group.

**Commentaire:** Un problème majeur de l'analyse statistique en conditions naturelles est l'hétérogénéité (au moins de départ) des données, à laquelle s'associe le nombre de variables potentiellement impliquées et le nombre initialement restreint des cas du fait de la précision descriptive du processus qui se trouve exigée par l'analyse des processus de changement. Cette situation souligne l'importance de l'attention portée aux données issues de cas individuels et d'une

approche progressive *du cas vers les cas*, telle que celle proposée par Hilliard (1993), Stiles (2001) ainsi que par Virués-Ortega & Haynes (2005). Un point important à souligner est qu'il est à la fois possible et intéressant d'appliquer les démarches « statistiques » au niveau du cas individuel. La démarche est évidemment uniquement logique, mais elle apporte beaucoup d'éléments pour le cas suivi, ce qui a des conséquences favorables au niveau des pratiques et de la sensibilisation à la démarche de recherche. Une connaissance structurée du cas facilite également les comparaisons cas-à-cas qui sont une source très importante de compréhension, sous forme d'hypothèse.

On a ici également une explication des faibles niveaux de corrélation constatés dans les études processus résultats. La question générale qui se pose ensuite est la façon dont cette étape peut s'inscrire dans une perspective qui permette de réunir suffisamment de cas pour pouvoir constituer des sous-groupes suffisamment importants pour pouvoir leur associer des démarches statistiques de confirmation. L'intermédiaire nécessaire que représentent les études de cas individuels devient rapidement un avantage. Il permet la constitution des hypothèses. La démarche qui semble au départ la plus simple et la plus naturelle est de partir des données agrégées. En fait, cette approche est limitée dans l'étude des processus de changement du fait de la constatation soulignée par différents auteurs, dont Kazdin qui termine son article de 2009 (ou 2008) en précisant qu'il y a plusieurs chemins et temporalités possibles pour atteindre un résultat.

Ces difficultés et réserves n'ont cependant pas interdit l'utilisation de statistiques avec la population complexe et hétérogène des psychothérapies et des résultats intéressants en sont issus.

#### LA CORRELATION PROCESSUS – RESULTATS EST-ELLE UN BON INDICATEUR DE L'ACTION THERAPEUTIQUE ?

Durant une longue période, les études de processus n'ont pas permis d'objectiver l'impact des interventions spécifiques sur les résultats, ce qui a orienté sur la conclusion que les seuls ingrédients actifs étaient les facteurs communs relationnels. Stiles 1988<sup>184</sup> a proposé très tôt une explication de cette observation : la covariation des composants du processus en fonction des besoins du patient

---

<sup>184</sup> Stiles, T. C. (1988). Psychotherapy Process-outcome correlations may be misleading. *Psychotherapy (Chic)*, 25(1), 27-35.

n'est pas assimilable à l'évolution des résultats. Elle a été complétée en 1989<sup>185</sup>, 1994<sup>186</sup> et rediscutée en 1998, après la réponse de Hayes et al. (1996)<sup>187</sup>. En 2014, Stiles et al.<sup>188</sup>, résument leur analyse de la question de la façon suivante:

"Les résultats équivalents de traitements alternatifs peuvent refléter le suivi par les thérapeutes des progrès thérapeutiques et leur optimisation par l'ajustement de leur approche aux besoins des patients et aux situations émergentes. Cette réactivité va directement à l'encontre de liens statistiques linéaires entre les composants de processus et les mesures de résultats (Stiles et al. 1998)<sup>189</sup>. Idéalement, dans la mesure où les thérapeutes sont convenablement réceptifs, la quantité de chaque technique variera en fonction des exigences du patient. Cependant, elle ne variera pas avec les résultats si tous les clients reçoivent autant que ce qui est requis ou ce qu'ils peuvent utiliser. Cela veut dire que, dans la mesure où les thérapeutes répondent de façon appropriée, même une importance cruciale donnée à des techniques spécifiques (par exemple, l'interprétation, la réflexion, l'attribution de tâches à domicile, et le questionnement socratique) ne devraient montrer aucune association statistique *systematique* avec les résultats".

Jones et al. (1988)<sup>190</sup> 1992<sup>191</sup> ont abordé cette question sous une forme un peu différente, en introduisant la complexité et le sens des interactions dans leur contexte dans la causalité du changement :

---

<sup>185</sup> Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1989). Abuse of the drug metaphor In psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9, 521-543.

<sup>186</sup> Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62,942-948.

<sup>187</sup> Hayes et al. (1996) The Study of Change in Psychotherapy: A Reexamination of the Process-Outcome Correlation Paradigm. Comment on Stiles and Shapiro (1994). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996 ; 64 : 909-914

<sup>188</sup> Stiles, W. B., Hill, C. E., & Elliott, R. (2014). Looking both ways. *Psychother Res*, 25(3), 282-293.

<sup>189</sup> Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439–458.

<sup>190</sup> Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another Look at the Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 48-55.

"Une raison de l'incapacité du champ d'identifier des corrélations fortes et consistantes entre les aspects spécifiques du processus et les résultats du traitement est que ces études tentent typiquement de trouver des associations simples et directes, sans prise en considération de l'interaction complexe des multiples variables qui constituent la psychothérapie. Ce qui est nécessaire, c'est une méthode de complexité suffisante pour refléter de façon adéquate le phénomène qu'elle tente d'atteindre, une méthode qui peut extraire des configurations ou des agencements dans le processus et qui permet la découverte d'associations ou de relations".

Cela est résumé et complété par Jones et al. 1993<sup>192</sup> sous la forme suivante :

"La plupart des recherches dans ce domaine sont fondées sur deux hypothèses : (a) la nature des processus a des significations fixes indépendantes du contexte, et (b) de tels processus contribuent de manière discrète et unique à l'issue de la thérapie (Shoham-Salomon 1990). Toutefois, un processus observé n'est qu'une série d'actions, *sauf si* les participants confèrent une signification psychologique aux événements interpersonnels qui surviennent. Chaque technique ou action thérapeutique tire sa signification de l'impact qu'elle a sur l'interaction patient-thérapeute en cours. La signification des événements, liée au contexte, rend difficile l'interprétation d'associations simples et directes entre des actions particulières du thérapeute ou des comportements du patient et l'issue du traitement portant sur des données de groupes ou des traitements représentatifs (Jones, Cummings & Horowitz, 1988 ; Stiles, 1988). C'est ici que la recherche portant sur le cas clinique, qui saisit de façon plus naturelle le contexte dans lequel les actions du thérapeute et du patient se produisent, peut apporter sa contribution à l'identification des relations de causalité".

Ces extraits introduisent une perspective de la psychothérapie dans laquelle l'interaction du patient et du thérapeute s'inscrit dans un contexte dynamique, interne à la psychothérapie, où les composants de l'action thérapeutique sont activés en relation aux besoins et aux possibilités du patient de les prendre en compte, mais aussi du sens qu'ils acquièrent dans la configuration du moment. Ce contexte est distinct de celui de facteurs externes (les modérateurs) qui influencent de

---

<sup>191</sup> 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.

<sup>192</sup> Jones, E. E., Ghannam, J., Nigg, J., & Dyer, J. F. (1993). A Paradigm for Single-Case Research: the Time Series Study of a Long-Term Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 381-384.

façon plus générale et durable son déroulement. Cette particularité ne peut pas être appréhendée à partir de variables isolées, mais de *configurations de variables* qui évoluent dans le temps (les médiateurs). Les modérateurs incluent le « cadre » de la psychothérapie, c'est à dire la structure pérenne qui se trouve instituée par l'accord finalisé par l'objet de la relation thérapeutique.

Pour aller dans ce sens, Jones et al. distinguent l'approche *interactionnelle* où chaque action est une entité séparée qui peut s'affecter réciproquement avec une ou plusieurs autres actions et l'approche *transactionnelle* où le processus en cours définit et donne une signification réciproque aux variables qui y participent, de telle façon qu'un élément devient plus complètement compris en relation aux autres. Dans ce cadre, également, toute interaction donnée est mieux comprise comme une séquence d'actions qui s'étendent dans le temps (Pinsof 1989)<sup>193</sup>. *Une approche longitudinale, séquentielle, c'est-à-dire qui prend en compte le temps, le contexte, et l'effet des séances antérieures sur les événements suivants dans la thérapie devient alors un cadre naturel de l'étude du processus.* Les processus de changement thérapeutique sont étudiés comme des configurations inter associées ou des groupements de relations au cours de dimensions temporelles (Jones & Windholtz, 1990).

Les formulations de Stiles et de Jones ouvrent directement sur la description précise des conditions dans lesquelles l'ajustement du thérapeute peut avoir un effet particulier sur la dynamique interactionnelle de la psychothérapie et ses résultats, en relation à la situation psycho fonctionnelle du patient. Stiles a montré les limites des corrélations linéaires simples pour la démonstration du rôle spécifique d'une intervention pour au moins 2 raisons. La première est que l'effet d'une *intervention spécifique* dépend pour une part importante de la capacité qu'a ou n'a pas le patient d'en tirer bénéfice au moment où elle est introduite. L'intervention et sa nature doivent être ajustés à la situation psychologique du patient. Mais elle dépend aussi de sa réceptivité. Nous sommes loin du traitement médicamenteux où une relation directe et quantitative s'établit entre l'intervention (si elle est pertinente) et son impact. Jones insiste sur le fait que ce sont des configurations qui déterminent l'activité d'une intervention et que l'action thérapeutique inclut la dimension du sens qu'elle prend dans un contexte particulier et la réponse qui lui est donnée. Eyberg et al. (1998) ont insisté sur le fait que, dans le modèle transactionnel, l'effet de l'enfant sur

---

<sup>193</sup> Pinsof, W (1989). A conceptual framework and methodological criteria for family therapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 53-59.

l'environnement prend toute son importance, de telle façon que les expériences fournies par l'environnement ne sont pas indépendantes de l'enfant. La démarche du thérapeute permet potentiellement dans la séance une autre configuration que celle des interactions habituelles initiées par l'enfant et qui peuvent rester sans effet.

Considérer ces configurations actives et leur évolution devient essentiel. C'est une des qualités que permet le CPQ en empruntant la méthodologie du Q-sort (p.ex, Pierrehumbert et al. 1995, Jones, Cumming et Horowitz 1988) <sup>194 195</sup>.

Dans cette perspective, *les analyses séquentielles et l'analyse de discours* (Thurin M 1997) <sup>196</sup>, en permettant d'identifier la correspondance des réponses, leur nature transactionnelle, *sont des alternatives aux corrélations* à partir de la consistance et de la cohérence partagée dont elles témoignent. Comme le signalent Stiles et al. 2014 par ailleurs, le caractère peu systématisé des corrélations actions spécifiques – résultats n'élimine la possibilité de celles qui impliquent la dimension relationnelle de fond, du fait à la fois de sa communauté et de sa vie propre par rapport aux actions spécifiques. La définition des configurations peut être réalisée à partir du regroupement des formulations du CPQ les plus caractéristiques à un moment donné. La précision des configurations activées et de leur contexte ne peut être appréhendée qu'au niveau du cas individuel. Des configurations générales peuvent être identifiées à partir des cas agrégés. Ces stratégies seront présentées dans la partie application avec l'approche statistique PLS-SEM.

Commentaire : L'évolution conceptuelle et méthodologique présentée ci-dessus, issue d'un constat initialement incompréhensible, constitue le cadre général des études développées dans le réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques dont la conception a été initiée à la suite de l'expertise collective Inserm de 2004. Un apport particulier de ces études est d'utiliser un

---

<sup>194</sup> Pierrehumbert, B., Sieye, A, Zaltman, V., Halfon, O (1995). Entre salon et laboratoire : l'utilisation du « Q-Sort » de Waters et Deane pour décrire la qualité de la relation d'attachement parent-enfant. *Enfance*, 48(3): 277-291.

<sup>195</sup> Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another Look at the Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 48-55.

<sup>196</sup> Thurin, M. (1997). *Le discours, émergences du sens, niveaux d'analyse, perspectives cliniques* (PUF Ed.).

instrument de description du processus particulièrement sensible et ouvert, le *Child Psychotherapy Processus Q-set*<sup>197</sup>. Cet instrument permet d'établir des configurations significatives à partir de l'évaluation des 100 formulations descriptives d'une séance, intégrant les ingrédients spécifiques et communs des différentes approches, en même temps que la description de l'enfant et l'interaction qui s'établit entre lui et son thérapeute.

Les études de cas intensives quasi-expérimentales processus-résultats réalisées en conditions naturelles apparaissent particulièrement adaptées au champ des troubles du spectre autistique du fait de l'hétérogénéité des cas et de leurs prises en charge. Elles peuvent prendre en compte leur dimension développementale, et les divergences théoriques et pratiques qui concernent leur approche. Mesibov et Shea<sup>198</sup> (2011) et Lerner et al. (2012)<sup>199</sup> ont présenté recommandations pour l'autisme dans une perspective proche des actions menées dans le Réseau. Récemment, le Centre Fédéral d'expertise des soins de santé (KCE 2014)<sup>200</sup> a situé dans ses recommandation la recherche menée en France depuis 2008 à partir du réseau de recherche clinique Inserm (U 669) comme recherche recommandée.

#### **LE NOMBRE DES VARIABLES ET LA COMPLEXITE DU PROCESSUS PSYCHOTHERAPIQUE SONT-ILS CONCILIALES AVEC L'ANALYSE STATISTIQUE ?**

C'est évidemment une question centrale à partir du moment où le processus interne de la psychothérapie dans son ensemble est considéré, plutôt qu'un de ses médiateurs potentiels qui est

---

<sup>197</sup> Thurin, M., Thurin, J. M., & Schneider, C. (2010). Traduction française du Child Psychotherapy Process Q-set (CPQ). *Pour la Recherche*, 66(3), 1-12.

<sup>198</sup> Mesibov, G. B., & Shea, V. (2011). Evidence-based practices and autism. *Autism*, 15(1), 114-133.

<sup>199</sup> Lerner, M. D., S., W., & C., M. J. (2012). Mechanisms of change in psychosocial interventions for autism spectrum disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(307-318).

<sup>200</sup> Veereman, G., Holdt Henningsen, K., Eyssen, M., Benahmed, N., Christiaens, W., Bouchez, M. H., . . . Croonenberghs, J. (2014). Management of autism in children and young people: a good clinical practice guideline. (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/prise-en-charge-de-l'autisme-chez-les-enfants-et-les-adolescents-un-guide-de-prat#.WMznXRh7Sps> .

testé dans un essai clinique pour démontrer son impact sur les résultats. Des solutions se sont progressivement dégagées à partir de différentes méthodes centrées sur un objectif particulier (rétrécissement du champ d'analyse à un segment particulier du processus rapporté à une question clinique et/ou théorique). Un travail préliminaire a été opéré avec la construction d'instruments de mesure qui ont su tirer partie de l'expérience accumulée des cliniciens pour considérer quelle était la structure générale de la psychothérapie (l'interaction patient-thérapeute), les principales caractéristiques qui permettent de décrire l'action thérapeutique, et des descriptifs fins du patient en évolution. Un autre apport a été la constatation que les variables n'intervenaient qu'exceptionnellement isolément. Ce sont des configurations de variables qui se trouvent impliquées en relation à une psychopathologie évolutive dans un sens défavorable ou favorable (trajectoires). L'utilisation de ces différents registres permet actuellement de dessiner des profils de psychothérapie. Nous présentons ici quatre entrées de la question.

- **La sélection des variables peut-elle biaiser les résultats d'efficacité ?**

Strupp (1963) a fondamentalement soutenu que nous n'avons pas été en mesure de montrer l'efficacité des psychothérapies éclectiques et psychanalytiques en raison d'une mesure défectueuse. Il a affirmé que les types complexes de changements intrapsychiques (auto-acceptation, amélioration de la compréhension, amélioration des relations interpersonnelles et du fonctionnement au travail, intégration et autonomie) que les patients réalisent dans la psychothérapie à long terme n'ont pas été suffisamment évalués, ne montrant pas ainsi les effets d'une telle thérapie.(in Hill, Chui & Baumann 2013)

**Commentaire** : Cette remarque de Strupp fait bien apparaître l'apport considérable de la recherche sur le processus et des instruments qui ont été développés pour la mener. Ce ne sont plus seulement les effets comportementaux et développementaux des psychothérapies chez des enfants/adolescents avec TED qui peuvent être démontrés, mais aussi les changements intrapsychiques tels que les mécanismes de défense, la sécurité interne, la compréhension réciproque. Cette évaluation est essentielle car elle ouvre un registre majeur de compréhension des facteurs internes qui contribuent à la réduction du retrait et au développement des relations interpersonnelles (voir résultats des études, plus loin)

- **Cinq façons de contrôler le nombre des variables sans biaiser la recherche**



Le nombre de variables participant au processus psychothérapeutique est très important. Comment concilier cette dimension et le nombre forcément restreint des études ? Plusieurs réponses ont été proposées. Les cinq axes suivant, proposés par Stiles et al. (1986), sont complétés par des ajouts issus de différents auteurs : (1) inclure les variables les plus probables (Kazdin 1986) avec, dans les équations structurelles, démontage secondaire, variable-par-variable (le démontage peut consister à retirer des ingrédients, mais également à en ajouter par rapport à un traitement standard) ; (2) appliquer les stratégies de démontage associées aux résultats à des cas individuels ; (3) impliquer les facteurs patient, thérapeute et patient-thérapeute à partir d'analyses factorielles (Stiles et al. considèrent que l'alliance thérapeutique reste généralement à un niveau trop élevé d'abstraction) ou à partir des caractéristiques classées du processus psychothérapeutique (Jones et al., p.ex., 1988, 1992) ; (4) utiliser les « événements » de la thérapie (*brefs échanges entre le client et le thérapeute au sein des séances de thérapie*) comme unités d'analyse (Elliott 2010) ; (5) répliquer les études (Kazdin, ...) et agréger les constats suivant une méthode de croisement (Kazdin et Nock 2003) ou de confrontation des nouveaux cas avec les hypothèses initiales (Stiles). De façon générale, les tentatives les plus productives pour résoudre le paradoxe de l'équivalence montrent *une nette tendance à une plus grande spécificité, des unités plus petites, une plus grande précision des mesures, et de multiples niveaux d'analyse.* Présent. détaillée de Stiles et al.

**Commentaire:** la méthode peut être de sélectionner le mieux possible les variables, suivant des critères issus de la théorie ou de recherches antérieures de façon à n'en retenir qu'un nombre réduit. Les « variables » peuvent être des « configurations de variables ». Il est également possible de travailler à partir d'études individuelles de cas qui permettent d'établir précisément les problèmes particuliers qui y sont posés, les solutions qui leur sont apportées et les résultats qui en sont issus. Lorsque certains cas se situent aux extrêmes par rapport à la moyenne des résultats issus de cas similaires, les variables (modérateurs et médiateurs) qui peuvent expliquer les différences sont recherchées. Plus les cas sont similaires et le nombre cas *engagés dans la comparaison* est réduit, plus il devient possible de définir la ou les quelques variables qui peuvent expliquer leurs différences par des comparaisons cas-à-cas (Strupp 1980). Cette méthode peut être utilisée avec des études individuelles naturalistes de cas dont les variables de processus sont précisément caractérisées, ce qui est le cas des études menées dans RRFPP.

À partir d'une sélection attentive des variables, la régression linéaire multiple permet de mesurer l'effet propre d'une variable parmi un ensemble de variables.

- **Réviser conceptuellement et au niveau opérationnel l'approche de la complexité**

Kraemer 2001 & 2002 : les facteurs de risque et les chaînes causales au cœur de l'abord de la complexité.

La complexité du vivant s'exprime dans les "facteurs de risque", les chaînes causales qui conduisent à leurs mécanismes et, sur cette base, les facteurs qui sont susceptibles de produire un effet. Ce constat conduit nécessairement à une précision conceptuelle et opérationnelle de ces facteurs. Les concepts de modérateur et de médiateur et leurs articulations dans un fonctionnement systémique ont été définis précisément dans cette perspective.

**Commentaire:** Quels sont les facteurs de risque pour un enfant autiste ? Le premier risque est que l'on méconnaisse ses troubles ; le second risque est que sa prise en charge soit inconsistante ou incohérente ; le troisième risque est que son contexte psychosocial soit un facteur d'anxiété et d'insécurité supplémentaire. À un autre niveau, plus proche de lui et de son fonctionnement, le risque est de se trouver confronté à une situation qu'il ne peut pas affronter (relation aux autres, séparation, changement, stress sensoriel), une ambiance affective angoissante. Dans ces conditions, la réponse peut être la crise, l'agressivité ou le retrait, qui en eux-mêmes retentissent sur son entourage et produisent des réactions non favorables. Si l'on inverse ces chaînes causales de base, quels sont les facteurs de protection et de changement ? Notre hypothèse est que l'observation des processus de changement dans ces situations peut apporter beaucoup d'informations à ce sujet, à la fois dans les attitudes de référence des cliniciens, et également dans la gestion d'événements tels que la séparation, la gestion des crises de stéréotypies, etc. Certaines interventions comme la théâtralisation des situations angoissantes, la formulation verbale par le thérapeute des expériences du patient, telles qu'elles sont comprises, introduisent des pistes théoriques sur les mécanismes qui peuvent intervenir et contribuer à la sédation du comportement activé dans une situation de facteur de risque. La distinction entre modérateurs, médiateurs et mécanismes paraît bien assurée dans les analyses.

- **Axer la recherche causale sur la structure des interactions patient-thérapeute**

Ablon et Jones (2005) : les structures d'interaction sont un aspect fondamental de l'action thérapeutique

Les structures d'interaction - interactions répétées, s'influençant mutuellement entre le thérapeute et le patient - sont un aspect fondamental de l'action thérapeutique. Ces structures d'interaction, lentes à changer, semblent refléter la structure psychologique à la fois du patient et du thérapeute. La construction se réfère non seulement à la façon dont les conflits du patient sont représentés dans le transfert, mais aussi aux réactions du thérapeute à ces conflits. Les structures d'interaction soulignent l'importance de l'intrapsychique comme base de ce qui devient manifeste dans le champ de l'interaction. Les structures d'interaction peuvent être observées en routine dans la pratique clinique.

**Commentaire** : L'attention aux structures d'interaction paraît particulièrement importante dans les psychothérapies d'enfants autistes, avec lesquels le transfert paraît direct et l'adéquation de la réponse du thérapeute tout à fait essentielle. Les observations issues des thérapies d'enfant dont les réponses émotionnelles sont intenses sont particulièrement intéressantes.

## **Les praticiens peuvent-ils être des acteurs majeurs de la recherche en psychothérapie ?**

La recherche sur les psychothérapies ne doit pas se limiter à la recherche expérimentale. Il est nécessaire de lui associer une recherche issue du terrain clinique. Cette position est maintenue et alimentée méthodologiquement dans les publications de Kazdin de 1981 à 2014. Cependant, la réalisation pratique de ce principe se heurte à différents obstacles.

L'engagement des cliniciens dans la recherche n'est pas simple pour plusieurs raisons. D'une part, avec les ECR, ils ont largement été mis à distance puisque cette méthode s'inscrit en dehors de la pratique clinique. D'autre part, les praticiens qu'ils soient psychiatres ou psychologues cliniciens, ne sont pas formés à la recherche. Enfin, le travail clinique est particulièrement prenant et très impliquant. D'autres raisons pourraient sans doute être invoquées, mais ces trois premières sont de taille. Pourtant, depuis de nombreuses années, la recherche clinique a fait son entrée dans le domaine de la recherche et notamment psychothérapique.

La recherche sur les résultats des psychothérapies doit se recentrer sur les facteurs de changement et leurs mécanismes. Cela implique une évolution des protocoles ouvrant l'éventail possible des médiateurs et considérant l'effet potentiel des modérateurs. Il est possible et nécessaire d'intégrer les praticiens dans des recherches qui concernent les questions cliniques. L'entrée dans la recherche doit être facilitée et soutenue par un travail collaboratif inter-praticiens et une collaboration cliniciens-chercheurs développée.

Dans le cadre du Réseau que nous animons, cette question a été posée aux cliniciens qui se sont engagés à évaluer pendant une année entière un de leur cas en groupe de pairs. Un travail impliquant un nombre d'heures considérables. Et pourtant, ils l'ont fait... Nous avons réalisé une enquête autour de 25 questions concernant l'engagement des cliniciens dans le pôle autisme du réseau (Thurin et al. 2012)<sup>201</sup>.

Cinq points peuvent être soulignés à partir des réponses des cliniciens : (1) Le groupe de pairs est un élément essentiel avec trois aspects principaux : le plaisir de se confronter à des questions cliniques, la recherche de consensus, ne pas se sentir soi-même évalué ; (2) La collecte des données : au départ la prise de notes paraissait d'une très grande complexité, ce qui a complètement disparu ensuite. Il est resté difficile pour les cliniciens de noter leurs propres interventions non verbales (hochement de tête, sourire...) ; (3) La formation : malgré la formation que les cliniciens ont eu par rapport aux instruments et la méthodologie utilisés, le soutien en ligne a été très apprécié et les cliniciens l'ont largement utilisé. De même, les réunions régulières de retour d'expérience ont été très appréciées ; (4) L'impact de la recherche sur la psychothérapie : d'abord perçu par les cliniciens comme un risque, il s'est avéré que nombre de cliniciens ont perçu un effet positif sur leur travail ; (5) L'impact de la recherche sur les cliniciens : la recherche a été un point important de découverte et a soulevé pour eux des questions théoriques importantes sur la nature de la psychothérapie et le processus de changement.

---

<sup>201</sup> Thurin, J. M., Thurin, M., & Midgley, N. (2012). Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(3), 187-193.

Trois cliniciens (Molinié et al. 2013)<sup>202</sup> engagés dans le Réseau ont voulu évaluer si leurs échanges en groupe de pairs comportaient des différences significatives avec les échanges qui existent dans les pratiques d'intervision groupale ordinaires (clinique) couplées avec le fait d'assister à des colloques sur les psychothérapies (recherche).

Ils ont répondu "oui" à cette question. Il y avait des différences en effet et notamment du point de vue des conditions d'inclusion : le groupe de pairs est constitué de manière aléatoire sans référence à une obédience psychothérapique ou à un référentiel théorique commun. Ils étaient réunis autour de l'objectif commun d'identifier ce qui marche dans les psychothérapies qu'ils mènent. Dès lors, l'objet des échanges a été moins centré sur la clinique, à proprement parler, que sur l'identification des facteurs de changement qui y interviennent. De plus, l'abord de la clinique, parce qu'il est appuyé sur des mesures standardisées, en devient différent : plus systématisé, moins en risque de déboucher sur des querelles d'experts. Ajoutons à cela que les échanges n'ont pu avoir lieu que grâce aux ressources internet, les trois cliniciens n'habitant pas la même région, ce qui constitue une autre différence de taille avec les pratiques d'intervision.

La deuxième grande question que s'est posée ce groupe est "Comment s'est opérée concrètement la réduction voulue du clivage entre recherche et clinique ? ». Ils concluent qu'après plus d'un an de recul, il leur semble qu'il s'opère à la faveur d'un double mouvement qui va de la clinique vers la recherche et vice-versa, que ce mouvement est médiatisé par les outils d'évaluation, et que ceux-ci ont des effets pragmatiques identifiables en termes d'inductions.

Une façon différente d'aborder la question de la participation des cliniciens à la recherche a été faite par un autre groupe de pairs (italien) dont la pratique est essentiellement la psychothérapie psychanalytique. (Amenta, M. & Messeca, S. (2012))<sup>203</sup>.

Un des points critiques, notamment au début, a concerné la résistance à la traduction en chiffres et scores de tout ce qui habituellement s'exprime avec le langage de la narration. Au départ,

---

<sup>202</sup> Molinié, M., Gausset, M.-F., & Alves de Oliveira, D. (2013). Les cliniciens et la recherche sur les psychothérapies : réflexions d'un groupe de pairs. *Pour la Recherche*, 79(4), 7-8.

<sup>203</sup> Amenta, M., & Messeca, S. (2012). Le groupe de recherche italien. *Pour la Recherche*, 73-74(2-3), 5:6.

ils avaient l'impression de faire une traduction contraignante et réductive, de rendre le matériel plus pauvre, de ne pas respecter la richesse et la complexité des jeunes patients avec lesquels ils étaient en train de vivre des expériences émotionnelles si articulées et compliquées. D'un autre côté, l'objectif commun les a soutenus, et les a soudés dans le travail, conscients qu'il était temps d'essayer de rendre accessible à ceux qui utilisent d'autres méthodes et schéma d'interprétation ce qui se passe lors du parcours psychanalytique, et comment on peut mettre en évidence les changements qui s'y déroulent. Les instruments proposés, au fur et en mesure qu'ils ont appris à les utiliser, sont parus moins contraignants, leur laissant au contraire découvrir les potentialités, la possibilité de mettre l'accent sur des nuances et des passages autrement inaperçus.

Lampropoulos et al (2002)<sup>204</sup> tentent de revitaliser le modèle scientifique-praticien de la psychothérapie en se concentrant sur la composante de recherche du modèle. Plus précisément, ils posent un regard réaliste sur les types de recherche qui peuvent être effectués par les cliniciens dans un effort pour les motiver à s'engager régulièrement dans la recherche clinique. À cette fin, les cinq scientifiques expérimentés explorent les avantages, les inconvénients et le potentiel de la recherche initiée par les praticiens. Ils prennent en compte les limitations auxquelles sont confrontés les cliniciens. Elles incluent le manque de temps, le manque de financement, la formation limitée ou absente à la recherche, une motivation pour la recherche et un intérêt limités pour les questions cliniques qu'elle peut aborder, et les limitations imposées par le travail en conditions naturelles. Ces problèmes et les solutions qui existent sont discutés et des recommandations sont proposées.

## **Apport de la modélisation**

En pédagogie, la modélisation de la discipline consiste en une représentation simplifiée des objets d'enseignement sous une forme plus ou moins abstraite que les apprenants auront à s'approprier. Dans une entreprise, la modélisation du processus consiste à structurer et à représenter visuellement les activités de l'entreprise. En économie, la modélisation économique permet une représentation simplifiée de la réalité économique ou d'une partie de l'économie (Wikipedia).

---

<sup>204</sup> Lampropoulos, G. K., Goldfried, M. R., Castonguay, L. G., Lambert, M. J., Stiles, W. B., & Nestoros, J. N. (2002). What kind of research can we realistically expect from the practitioner? *J Clin Psychol*, 58(10), 1241-1264.]

En psychothérapie, la modélisation permet une représentation simplifiée de la réalité dynamique actuelle et de la réalité psychopathologique. Elle permet ainsi de concevoir une intervention ciblée sur le(s) dysfonctionnements et leurs causes actuelles.

La modélisation est également utilisée pour la modélisation par équations structurelles et PLS-SEM. : « Les modèles structuraux sont considérés comme une représentation schématique des relations existant entre plusieurs variables. En pratique, l'investigateur fait une série d'hypothèses sur les variables qu'il pense être directement en relation et sur le sens de ces relations. Il est en outre possible d'introduire des variables latentes, non directement mesurées, mais s'exprimant plutôt au travers d'une liste d'indicateurs » (Falissard 2005 pp 203-215).

### **MODELISATION ET ACTION THERAPEUTIQUE**

En introduisant les concepts définissant et distinguant les principaux types de variables impliqués en psychologie sociale et dans les troubles complexes que l'on rencontre en recherche médicale et particulièrement en psychiatrie, Baron et Kenny (1986) puis Kraemer et al. (2001) ont élargi le champ de la causalité aux chaînes causales qui la sous-tendent. Ces chaînes peuvent inclure des facteurs de risque d'origines diverses (psychologique, environnementale, biologique).

Un complément essentiel de la prise en compte de la nature complexe des risques et de leurs effets a été réalisé. Les analyses fondées sur la modélisation de l'effet d'une variable ou d'une chaîne de variables sur une autre, donnent les moyens aux thérapeutes de concevoir et d'agir sur tel ou tel phénomène, par le biais d'interventions spécifiques (des Nétumières 1997 p 283 ; Kazdin et al. 1997).

### **MODELISATION CONCERNANT LA PSYCHOTHERAPIE**

La modélisation de la psychothérapie était déjà présente au cours du premier congrès de la *Society for Psychotherapy Research*. Il s'est tenu en France (à Lyon) en 1990 et un ouvrage de synthèse a été publié par l'Inserm sous la direction de P. Gerin et A. Dazord<sup>205</sup>. Dans l'introduction de ce congrès D. E. Orlinsky présente le « modèle générique de la psychothérapie ». Ce modèle a

---

<sup>205</sup> Gerin, P., & Dazord, A. (1992). *Recherches cliniques "Planifiées" sur les psychothérapies. Méthodologie*: Inserm, La documentation Française.

été développé par l'auteur et Ken Howard en 1985, avec la perspective d'intégrer les conclusions de nombreuses études en un corpus de connaissances cohérent à partir d'une revue générale des recherches sur les effets cliniques des psychothérapies.

La revue de la littérature concernant la recherche sur les rapports processus/effets cliniques (1985) a fait apparaître qu'un petit nombre de catégories suffit à décrire les paramètres du processus psychothérapeutique et de son environnement. Ces catégories sont les suivantes : (1) le contrat psychothérapeutique ; (2) les interventions thérapeutiques ; (3) le lien relationnel psychothérapeutique ; (4) le rapport à soi (l'élément intrapersonnel) ; (5) les effets immédiats en cours de séance. Une sixième catégorie a été ajoutée entre 1985 et 1990 : (6) les thèmes relationnels conflictuels.

Une série de graphes et un tableau précisent les éléments qui participent à chacune de ces catégories. Ils sont progressivement intégrés dans un diagramme global qui synthétise l'ensemble. Il est lui-même complété par les éléments contextuels. Cette représentation graphique et les commentaires qui l'accompagnent constituent le support d'une *théorie-pour-la-recherche* qui devrait permettre de résoudre les paradoxes et d'élucider les problèmes qui sont apparus au cours des années précédentes dans la littérature consacrée aux recherches sur la psychothérapie.

Cette *théorie-pour-la-recherche* apparaît nécessaire aux auteurs, d'une part pour guider les procédures de mesure (d'évaluation) et d'élaboration des protocoles de recherche, et d'autre part pour interpréter les résultats des observations. Les phénomènes de la psychothérapie y sont formulés en termes de variables ou de catégories de variables. *La théorie-pour-la-recherche se distingue ainsi des théories-pour-le-traitement en ce que ces dernières sont basées sur des catégories de problèmes présentés par les patients et sur les caractéristiques liées à ces problèmes, et qu'elles servent de guides au psychothérapeute pour comprendre la situation de son patient et appliquer les démarches psychothérapeutiques appropriées.*

On trouve dans la distinction *théorie-pour-la-recherche* - *théories-pour-le-traitement* la base qui sera intégrée par Kazdin et al. dans la méthode facteurs de risque - facteurs d'action thérapeutique. La première évolution essentielle par rapport au modèle générique de Orlinsky et Howard sera d'appréhender la *dynamique des variables et des facteurs* impliqués en constituant des chaînes causales et des descriptions séquentielles du processus psychothérapeutique. Une seconde



évolution sera évidemment d'intégrer des *méthodes statistiques* alors que le modèle de Orlinsky et Howard est descriptif. Sur ce plan, les caractéristiques de base de la psychothérapie et les interactions attenantes restent les mêmes. Une troisième évolution sera d'intégrer dans les chaînes causales le contexte actuel et historique socio-familial, ainsi que les processus intra-psychiques. Une quatrième évolution sera d'associer aux problèmes les dysfonctionnements qui les sous-tendent et les mécanismes par lesquels ils peuvent être réduits. À noter que la cause de l'amélioration n'est généralement pas directement identifiable à la réduction de la cause qui a produit le trouble et ses manifestations. Cette cause a pu elle-même générer des effets qui eux-mêmes fonctionnent comme de nouvelles causes (p. ex., le handicap produit des effets sur les relations interpersonnelles).

Parmi les articles qui portent sur la modélisation en psychothérapie, trois directions se dessinent.

- La première concerne la modélisation des chaînes causales qui expliquent les manifestations dysfonctionnelles et pathologiques au moment de la formulation de cas. Les articles de [Haynes et Williams \(2003\)](#) et [Virués-Ortega, J., & Haynes \(2005\)](#) s'inscrivent dans cette perspective.
- La seconde porte sur la modélisation de l'évolution d'un cas en relation à un ensemble de cas similaires. Les articles de [Lueger, Howard, Martinovich, Lutz & Grissom \(2001\)](#)<sup>206</sup> et de [Lutz \(2002\)](#)<sup>207</sup> entrent dans cette seconde catégorie.
- La troisième direction est d'examiner le changement longitudinal à plusieurs niveaux : niveau 1 : intra-individuel et niveau 2 : interindividuel.

Les données des mesures répétées peuvent être utilisées pour évaluer trois questions de base à propos des données : (1) Quelle est la trajectoire ou la forme de la croissance ou du changement dans le temps dans la personne ? ; (2) Existe-t-il des différences entre personnes dans la croissance

---

<sup>206</sup> Lueger, R. J., Howard, K. I., Martinovich, Z., & Grissom, G. R. (2001). Assessing treatment progress with individualized models of predicted response. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 150-158.

<sup>207</sup> Lutz, W. (2002). Adaptive modeling of progress in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 12(4), 427-443.

ou le changement ? ; et (3) Pouvons-nous expliquer ou prédire les différences entre personnes dans la croissance ou le changement au cours du temps ?

Ces trois directions seront utilisées à partir des données issues des études de cas du Réseau.

### MODELISATION AVEC ANALYSE FONCTIONNELLE ISSUE DE LA FORMULATION DE CAS

La formulation de cas est un temps essentiel pour la modélisation car les informations qui y sont recueillies et leur organisation ouvrent un espace irremplaçable pour la conception et la sélection d'objectifs de traitement et d'une stratégie de départ pour les atteindre. Choisir le meilleur traitement pour un patient est compliqué parce que les traitements diffèrent dans leur niveau de spécificité et ont des mécanismes d'action inégalement pondérés. En outre, le mécanisme d'action d'un traitement est souvent inconnu.

Les articles de Haynes et al. partent de la constatation que les traitements standardisés peuvent ne pas être d'une efficacité optimale pour les patients qui ont de multiples problèmes de comportement. Ces problèmes peuvent s'affecter réciproquement de façon complexe et chaque problème de comportement peut être influencé par de multiples variables causales en interaction. Les mécanismes d'action des traitements standardisés ne peuvent pas toujours répondre aux variables causales les plus importantes pour les problèmes de comportement d'un patient.

Dans le premier article, Haynes et Williams<sup>208</sup> associent à la formulation de cas une analyse fonctionnelle qui reprend de façon formalisée la démarche clinique. La conception du traitement est renforcée par l'identification des principales variables causales et l'estimation de l'importance relative de leur effet sur les problèmes de comportement du patient. L'analyse fonctionnelle permet de concevoir des jugements concernant les problèmes de comportement du patient, les variables causales importantes, et les relations fonctionnelles entre les variables. *Les auteurs suggèrent que l'amplitude estimée des effets du traitement est une fonction partielle du degré suivant lequel les mécanismes d'action associés avec chaque traitement modifient les variables causales les plus importantes des problèmes comportementaux du patient.*

---

<sup>208</sup> Haynes, S. N., & Williams, A. E. (2003). Case Formulation and Design of Behavioral Treatment Programs. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3), 164-174.

Les auteurs butent sur le fait que les mécanismes supposés être à l'origine des différents traitements validés ne sont pas réellement connus. Cela renforce le problème posé par la différence de chaque cas, avec l'implication potentielle de plusieurs problèmes qui s'affectent mutuellement suivant des modalités complexes et dont les variables causales peuvent être en interaction. L'article se termine en soulignant l'intérêt pour le clinicien de l'analyse fonctionnelle associée à la formulation de cas qui lui permet de communiquer à propos de son cas et d'estimer l'amplitude de l'effet associé avec chaque variable causale.

C'est ici que les études observationnelles naturalistes prennent toute leur force, à partir du moment où les éléments qui sont présentés dans l'article permettent de décrire la chaîne qui conduit du traitement au résultat. Le passage par les mécanismes et les variables causales introduit une matérialité objective issue des mesures qui caractérisent le traitement réellement mis en œuvre. On retrouvera cet effet dans les cas présentés dans le chapitre 3, à partir de l'instrument de processus, le CPQ, et de l'ECA-r et de l'EPCA pour les indicateurs de changement.

Dans le second article, [Virués-Ortega & Haynes \(2005<sup>209</sup>\)](#) font la revue des fondements théoriques et appliqués d'une stratégie d'analyse fonctionnelle dans la formulation de cas clinique.

Les relations fonctionnelles entre variables sont celles qui démontrent une association mathématique. Les relations causales fonctionnelles entre variables (c-a-d., entre variable causale et variable comportementale) requièrent: (a) la covariation ; (b) une connexion logique ; (c) une antériorité temporelle de la variable causale ; et (d) l'absence d'une troisième variable qui explique la relation. Il y a des relations fonctionnelles causales unidirectionnelles, bidirectionnelles, modératrices et médiatrices (par exemple, explicatives). Dans l'analyse fonctionnelle, les relations fonctionnelles pertinentes, contrôlables, et causales applicables à des comportements particuliers d'un individu sont identifiées. Une approche analytique fonctionnelle de la formulation de cas est conçue pour minimiser les biais de jugement clinique et optimiser la prise de décision clinique dans les processus d'évaluation et de traitement.

---

<sup>209</sup> Virués-Ortega, J., & Haynes, S. N. . Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application.. *Journal of Clinical and Health Psychology* 2005 ; 5 : 567-587

Des caractéristiques supplémentaires de l'analyse fonctionnelle et de son utilisation pour la conception d'une intervention sont discutées dans le cadre d'un patient souffrant de schizophrénie de type paranoïde. La présentation montre, en particulier, qu'un chemin d'action thérapeutique peut avoir peu de chance d'aboutir si l'on choisit une action, logique du point de vue de la relation causale entre le symptôme et son origine, mais qui est de fait peu modifiable. Il s'agit dans ce cas du rôle très négatif qu'a eu l'entourage familial du patient sur le développement des relations sociales. Il est préférable de lui donner les moyens d'améliorer ces relations « avec du neuf », ce qui aura en retour un effet sur son confort dans ce contexte et pourra modifier la structure de base qui constitue le modèle de ses relations avec le monde extérieur. La thérapie exposée est de type cognitivo-comportementale, mais on peut très bien modifier le chemin en passant par la relation transférentielle avec le thérapeute et son évolution si le thérapeute d'orientation psychodynamique y répond habilement.

Cet article examine également la nature conditionnelle et les limites d'une approche fonctionnelle-analytique en psychologie clinique.

Commentaire : plusieurs analyses fonctionnelles associées à la formulation de cas sont présentées dans la partie application de la thèse.

#### **MODELISATION DE L'EVOLUTION D'UN CAS EN RELATION A DES CAS SIMILAIRES**

Le but l'article de Lueger et al. (2001) est de développer un système qui permettrait de suivre précisément les progrès d'un patient individuel et qui apprécierait objectivement les bénéfices clés de la psychothérapie. Dans cette perspective, les mesures de résultat devraient réunir plusieurs critères : (a) le schéma de mesure devrait être basé sur les modèles de réponse du patient au traitement ; (b) les résultats évalués devraient être importants pour les patients ; (c) les résultats évalués devraient être importants pour le fournisseur de services ; (d) les données devraient informer cliniquement le thérapeute ; (e) la durée du traitement devrait permettre son administration dans les conditions où il doit être réalisé ; et (f) les mesures devraient aussi être normées pour être représentatives des patients ambulatoires en psychothérapie.

Deux modèles ont influencé le développement du système d'assurance qualité des auteurs. Le modèle *dose-réponse* fournit une estimation normée de la configuration d'amélioration qui peut être attendue dans les traitements en santé mentale. De façon habituelle, la courbe d'évolution est plus rapide dans les premières séances du traitement, et davantage de traitement est progressivement

nécessaire pour obtenir des augmentations équivalentes de l'amélioration. Le modèle de dose a été étendu au *modèle de phase* pour identifier différents types de configurations de réponse pour différents domaines de mesure. Trois domaines sont ainsi distingués : le bien être subjectif (la reprise de moral), la réduction des symptômes, et la récupération du fonctionnement de vie (réhabilitation). La réponse attendue du traitement (ETR) utilise les caractéristiques des patients pour prédire un chemin attendu de progrès pour chaque patient. Avec des mesures répétées de l'état de santé mentale, le progrès du traitement d'un patient individuel peut être évalué par rapport à l'ETR du patient pour soutenir les décisions qui permettraient d'améliorer la qualité d'un service clinique pendant qu'il est délivré.

Dans son article de 2002, Lutz présente la recherche en psychothérapie centrée sur le patient comme une stratégie alternative par rapport à la recherche d'efficacité et d'effectivité. L'article décrit deux exemples qui illustrent la prédiction individuelle du progrès thérapeutique. Il explique également comment le développement de règles de décisions significatives pour le traitement peut servir d'information pour la pratique clinique en cours.

La première partie de l'article est consacrée à un recentrage sur la personne, où il donne l'exemple de l'effet du nombre de cas sur les résultats d'un ECR.

Lutz montre ensuite comment la courbe d'évolution d'une personne peut être suivie relativement à une évolution moyenne réalisée à partir d'une base de données (dans l'exemple donné, cette base réunit 322 patients essentiellement anxio-dépressifs). *Cette méthode permet d'attirer l'attention sur des patients qui présentent une courbe d'évolution différente par rapport à une courbe de croissance « normale » élaborée à partir de l'ensemble des cas et prenant en compte la modélisation en 3 phases de Howard. Des prédicteurs d'évolution spécifique sont définis pour des sous-groupes.*

Pour les cas prévus difficiles, un suivi séance-par-séance peut être réalisé au début afin de voir s'il est possible de contrarier une prédiction négative et comment. Une spécification plus détaillée des patients et des traitements focalisés sur des problèmes doit être incluse dans la future recherche. Elle serait basée sur l'interaction optimale entre le Patient et l'action thérapeutique. En outre, la le caractère transférable ou non de tels systèmes, prenant en compte différents types de services, dans différentes cultures, avec différentes configurations de traitement, modalités, et longueurs de traitement, aurait besoin d'être étudiée. L'idéal d'une transmission à deux voies de la recherche à la

pratique et de la pratique à la recherche peut trouver une signification concrète en appliquant les méthodes présentées ici. En outre, si les chercheurs et les cliniciens peuvent établir une telle transmission bidirectionnelle et sentir ensemble leur avantage à le faire, un traitement amélioré et une pratique clinique ayant une base empirique devraient suivre.

Commentaire : Dans la population du réseau, l'évolution particulière de certains cas dans les sous-groupes définis par l'âge apparaît nettement. Une investigation systématique pour en comprendre l'origine paraît nécessaire. Rapportés à la population étudiée d'enfants/adolescents autistes, les prédicteurs pourraient se trouver au niveau des modérateurs en les testant sur chacun des 3 indicateurs : comportements, aptitudes acquises, fonctionnements intrapsychiques. Chaque enfant serait situé dans un des quartiles de ces dimensions et cette position serait mise en relation avec l'index des modérateurs qui lui sont associés.

#### EXAMEN DU CHANGEMENT LONGITUDINAL A PLUSIEURS NIVEAUX : INTRA-INDIVIDUEL ET INTERINDIVIDUEL

*Isolé*, le cas individuel apporte la « haute définition » à différents niveaux : le diagnostic, les facteurs de contexte actuels et anciens (modérateurs) susceptibles d'avoir un effet général sur le déroulement de la psychothérapie, les caractéristiques précises de la thérapie incluant la relation de l'enfant avec le thérapeute, les actions spécifiques engagées et leur contexte interne (médiateurs), les mécanismes qui peuvent en être inférés, la courbe, la dimension et les modalités de changement.

*Regroupés*, les cas individuels permettent de dessiner des tendances. La part de l'aléatoire et de l'exceptionnel se trouve réduite. La moyenne des évolutions dans différents registres et la constitution de sous-groupes de cas « similaires » rendent possible la recherche des facteurs qui interviennent favorablement ou défavorablement sur les résultats. L'hétérogénéité devient une force. L'attention peut-être portée sur ce qui est différent autant que sur ce qui est commun et les changements qui leur sont associés.

A partir de ces sous-groupes, il est possible de décrire leurs trajectoires de changement et les facteurs particuliers susceptibles d'intervenir. Par exemple, un certain nombre d'enfants ne sont pas du tout engagés en début de thérapie. Cette situation prédit-elle un échec de la psychothérapie ? Si la réponse est non, quels sont les facteurs qui sont potentiellement intervenus pour modifier la situation initiale ? Et si la réponse est oui, Pourquoi ?

Un des effets de cette perspective est de faire évoluer la notion de cas généraux vers celle d'approches spécifiques de cas individualisés par certains caractères. Un exemple de la démarche « Cas isolé », le cas Anna est présenté par [Thurin, Thurin et et Guibert \(2013\)](#) <sup>210</sup>

## Quelques aspects techniques

- **Instruments utilisés pour le stockage des données et l'analyse statistique**

L'analyse des données est mixte. Elle est réalisée avec l'appui de 4 logiciels : Filemaker Pro, Xlstat, R et SmartPLS. Chaque logiciel a ses avantages et inconvénients :

- FileMaker Pro permet *un* accès direct aux données issues de chaque cas et leur manipulation (classements, catégories, calculs et fonctions statistiques de base à partir d'une programmation limitée mais simple). Le problème est qu'il faut réinscrire toutes les commandes avec chaque cas.

- Xlstat permet *de* partir directement des feuilles de calcul Excel. On paramètre des opérations statistiques classiques et on voit les résultats

- R nécessite un certain travail d'apprentissage et de programmation, mais il permet une fois qu'il est réalisé de l'utiliser dans différentes configurations : cas isolé, cas réunis, cas comparés. Une très grande souplesse, la gestion de données quantitatives et qualitatives, des graphes très évolués, et la possibilité d'extraire un document de synthèse en format "markdown" qui peut être communiqué, et auquel il est possible de se référer.

- SmartPLS est un logiciel statistique professionnel qui permet aux usagers de réaliser des modélisations par équations structurelles ou de chemins PLS avec Windows ou Mac OS.

Au niveau technique, plusieurs scripts contenant l'ensemble des fonctions nécessaires pour l'analyse des données ont été constitués sur RStudio : un script pour chacun des cas isolés permettant une déclinaison par ças très rapide, et un script pour les cas regroupés avec toutes les étapes jusqu'à l'analyse en composantes principales et CAH.

---

<sup>210</sup> Thurin, J. M., Thurin, M., & Guibert, M. (2013). Données probantes en psychothérapie (2). Méthodologie et analyse : le cas Anna. *Pour la Recherche*, 77-78, 6-12.





# **Chapitre 3 : Application à 66 études quasi-expérimentales processus-résultats naturalistes réalisées à partir d'une méthodologie commune dans le cadre d'un réseau de recherches fondées sur les pratiques**

## **Cadre général de l'étude : le Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques (RRFPP)**

### CONTEXTE ET POSITIONNEMENT DU RESEAU

Le *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques* (RRFPP) a été sélectionné en février 2008 dans le cadre de l'appel à projets Inserm 2007 « Réseaux de recherche clinique et en santé des populations ». Ses objectifs sont :

1. Développer l'évaluation des psychothérapies en conditions naturelles et approfondir les connaissances sur les configurations fonctionnelles, les modérateurs et les médiateurs de changement au cours du processus psychothérapeutique. Améliorer la compréhension des troubles cliniques, de leur étiologie et des variables associées à leur évolution.
2. Développer une collaboration soutenue entre chercheurs et cliniciens en centrant la recherche évaluative sur des questions cliniques favorisant l'amélioration des pratiques.
3. Assurer une meilleure connaissance des pratiques psychothérapeutiques dans les différentes conditions et contextes de leur exercice ;

Sa soumission avait été précédée d'une étude pilote réalisée à la suite de l'expertise collective Inserm de 2004, et portant sur des patients borderline. Le choix de la méthodologie et les conditions initiales de sa mise en oeuvre ont été explicités notamment dans deux articles (Thurin & Briffault 2006 ; Briffault, Thurin, Lapeyronnie & Thurin 2007) et un ouvrage (Thurin, Thurin, Lapeyronnie & Briffault 2007)<sup>211 212 213</sup>.

C'est dans ce contexte et ce cadre que le pôle autisme a été mis en place à partir d'une méthodologie que nous allons décrire maintenant.

## Méthodologie de l'étude

### HYPOTHESES PRELIMINAIRES

- **L'information issue du cas est un cadre potentiel de recherche causale**

Kazdin (2008, p 155) a présenté cet objectif de la façon suivante :

« Un déficit critique de la formation clinique se situe dans l'évaluation des cas cliniques dans le cadre de la thérapie «réelle» et de la pratique clinique. En effet, nous avons appris certaines choses à propos de l'étude de l'individu qui ne sont pas tout à fait vraies. Il est possible, par exemple, de tirer des conclusions de causalité de l'étude de l'individu, de mettre à profit l'information issue du cas, pour aider à faire des hypothèses rivales plausibles, de tester et de générer des hypothèses, et de fournir des résultats remarquables et étonnants qui vont s'ajouter à la base de connaissances (voir Sechrest, Stewart, Stickle, et Sidani, 1996). Il y a plusieurs façons d'arranger la

---

<sup>211</sup> Thurin, J. M., & Briffault, X. (2006). Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *Encephale*, 32(4 Pt 1), 402-412.

<sup>212</sup> Briffault, X., Thurin, M., Lapeyronnie, B., & Thurin, J. M. (2007). Nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie: évaluation d'un protocole de recherche et proposition d'un dispositif méthodologique et technique. *Encephale*, 33(6), 911-923.

<sup>213</sup> Thurin, J. M., Thurin, M., Lapeyronnie, B., & Briffault, X. (2007). *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*. Paris: Dunod.

situation clinique qui constituent même des quasi-expériences, un terme légitimé par la recherche de groupe. Notre formation actuelle nourrit une recherche clinique divisée en ne faisant pas savoir que l'évaluation peut aider les patients individuels et contribuer directement à l'accumulation de connaissances par des moyens qui couvrent un continuum de rigueur scientifique. De façon générale, les données obtenues dans la pratique clinique pourraient contribuer directement à la connaissance, générer des hypothèses à étudier dans la recherche, et, dans le processus, rendre la recherche thérapeutique plus alignée avec la pratique clinique et pertinente pour elle. Bien que je mette l'accent sur la contribution à la base de connaissances, la contribution de la base de données pour les soins cliniques est également significative. Un clinicien peut tirer des enseignements de cas antérieurs, faire des déductions sur les traitements à considérer et à combiner, et à partir des résultats chez des patients apparemment semblables.

La tâche est d'identifier les changements constructifs qui pourraient être faits dans la recherche thérapeutique et la pratique pour faire ce que nous faisons encore mieux. L'expérience clinique, la sagesse, de nouvelles hypothèses, et les connaissances sont souvent perdues parce qu'elles ne sont pas dans une forme que nous codifions et accumulons. Nous laissons la connaissance de la pratique couler goutte à goutte à travers les trous d'une passoire. Nous pouvons boucher ces trous pour retenir l'information critique, et nous pouvons nourrir cette information dans une recherche conçue pour tester des hypothèses et ajouter un soutien supplémentaire à ce qui semble être vrai à partir des données recueillies dans la pratique » .

- **Les approches alternatives aux ECRs sont réalisables en pratique**

L'inventaire a été réalisé à partir de l'analyse de la littérature centrée sur le processus. Cette analyse complète celle qui avait été faite par l'Inserm sur les résultats dans les différentes approches en 2004, essentiellement à partir des essais cliniques existants.

- **La nécessaire collaboration entre cliniciens et chercheurs est possible**

Depuis une quinzaine d'années, les expériences se sont accumulées. En 2001, [Borkovec et Castonguay](#) présentent le cadre général dans lequel cette collaboration peut s'organiser ... Des

présentations des réalisations existantes ont été faites depuis ([Henton 2012](#) <sup>214</sup>, [Castonguay et al. 2015a](#) <sup>215</sup> et [2015b](#) <sup>216</sup>).

Aujourd'hui, il est possible de réaliser des études rigoureuses à partir des psychothérapies et interventions psychosociales réalisées en conditions naturelles. Le recueil des données implique que le fonctionnement habituel ne soit pas perturbé par la recherche et que les praticiens soient formés à l'observation et à l'analyse d'une situation clinique complexe.

- **Les processus de changement peuvent être modélisés**

Qu'entend-t-on par modélisation ? Que peut-on modéliser ?

Une première modélisation a été réalisée en 1985 par Orlinsky et Howard (Orlinsky 1992) pour constituer un modèle générique de la psychothérapie dont les éléments de base sont des catégories de variables concernant « l'entrée », « le processus » et « la sortie ».

Dans la pratique, la modélisation commence dès la formulation de cas. Elle permet d'attirer l'attention sur des chaînes causales potentielles (p.e. peur ou angoisse d'une situation, se manifestant dans un comportement émotionnel, lui-même lié à différents symptômes et fonctionnements pathologiques). L'identification des facteurs de vulnérabilité et déclenchants permet de concevoir et d'engager une action spécifique dans le contexte de cette causalité identifiée.

La modélisation peut se poursuivre par une « analyse de tâche ». Que fait le thérapeute dans une situation telle qu'une crise de tantrum et avec quel résultat ? La répétition des cas et leur collection dans une base permet progressivement de produire des hypothèses de plus en plus fiables sur ce qui peut marcher ou non. Ou encore, par une « analyse séquentielle du processus ». Dans un

---

<sup>214</sup> Henton, I. (2012). Practice-based research and counselling psychology: A critical review and proposal. *Counselling Psychology Review*, 27(3), 11-28.

<sup>215</sup> Castonguay, L. G., & Muran, J. C. (2015). Fostering collaboration between researchers and clinicians through building practice-oriented research: an introduction. *Psychother Res*, 25(1), 1-5.

<sup>216</sup> Castonguay, L. G., Youn, S. J., Xiao, H., Muran, J. C., & Barber, J. P. (2015). Building clinicians-researchers partnerships: Lessons from diverse natural settings and practice-oriented initiatives. *Psychother Res*, 25(1), 166-184.

ensemble d'attitudes et d'actions qui sont corrélées (et considérées comme une réponse à un problème), lesquelles (isolées ou regroupées) sont-elles véritablement à l'origine d'un changement objectif ?

Au niveau statistique la modélisation peut se faire à partir d'équations structurelles agencées en PLS-SEM.

- **Comprendre les facteurs et mécanismes de changement, c'est améliorer la pratique et enrichir la base des connaissances**

La base des connaissances concernant le processus de changement et ses ingrédients dans les troubles autistiques est réduite (Lerner 2012). Un objectif est de mettre en relation les résultats des thérapies avec un certain nombre de facteurs « de risque » et « de stabilisation/protection/développement » à la fois relationnels, techniques et contextuels. L'influence de ces facteurs est recherchée de façon globale et individuelle. Chaque lot de mesures apporte sa contribution pour situer, soit l'état de l'enfant à un moment donné, soit la configuration technique, relationnelle et contextuelle qui la précède ou lui est simultanée.

Un meilleur suivi du processus de changement des enfants, mis en relation avec celui d'enfants partageant des conditions similaires (âge, nombre d'années de psychothérapie, fonctionnement, ...) peut permettre de définir des alertes impliquant une réévaluation du cas et des facteurs de contexte lorsqu'une absence ou un blocage du développement se présente.

Mieux comprendre ce que l'on fait est une démarche de fond qui ne peut que contribuer à améliorer la pratique.

### CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE

- **Conception de la recherche**

Il s'agit d'une recherche issue « d'Études Individuelles de Cas de nouvelle génération », menées en conditions naturelles à partir d'une collaboration étroite entre cliniciens et chercheurs dans le cadre d'un Réseau de Recherches fondées sur les Pratiques (*Practice-Based Research Network*). Comme le fait remarquer Kazdin (2008), les cliniciens sont déjà des chercheurs dans le sens de l'hypothèse qu'ils font qu'une combinaison particulière de traitement va avoir des effets particuliers et qu'ils testent cette hypothèse avec le cas individuel qu'ils traitent. Habituellement, ce travail n'est pas évalué, codifié, et accumulé sous une forme archivée. Il est donc perdu pour la

communauté. Ici, chaque cas est au contraire mis en mémoire dans une base de données et valorisé à partir d'une analyse secondaire structurée et outillée par des chercheurs. Cette analyse permet de commencer à comprendre le processus et les mécanismes de changement qui le concernent.

Les méthodes de recherche sont à la fois qualitatives et quantitatives (mixtes). Qualitatives, elles sont bien adaptées pour fournir une compréhension de l'expérience individuelle des patients, des événements déclenchant ou contextuels qui y participent, une codification des changements du traitement, et une observation reproductible de ces aspects. Quantitatives, elles permettent d'objectiver et de quantifier de façon précise les changements réalisés dans chaque étude de cas, de les regrouper et de tester des hypothèses sur les facteurs qui interviennent dans les trajectoires d'évolution. L'hétérogénéité des cas devient ici une richesse alors que les méthodologies classiques visent à les éliminer.

Cette méthode mixte permet à la fois de générer et de tester des modèles conceptuels, ainsi que des hypothèses spécifiques.

- **Présentation synthétique de l'étude**

Elle est présentée à partir du plan proposé par Hill et Lambert 2004.

1. ce sur quoi porte l'évaluation. Le processus de changement et les résultats de 66 cas d'enfants/adolescents souffrant d'autisme en psychothérapie ;
2. l'aspect du processus qui est étudié. De la formulation de cas initiale à celle à 1 an : les comportements, le développement intra-psychique et relationnel, les acquisitions d'aptitudes, les éléments de l'action thérapeutique et les interactions dans la psychothérapie (configurations et séquences de changement, et leurs conditions), les mécanismes de changement, les résultats ;
3. la base théorique des mesures (qui peut être mono théorique ou pan théorique comme le CPQ) : 2 échelles d'orientations théoriques initialement différentes (cognitivo-comportementale et psychanalytique) et un questionnaire pan théorique (CPQ) ;
4. la perspective de l'évaluation : l'évaluation est réalisée par 3 cliniciens, 1 observateur participant et 2 non participants ;
5. l'unité, le niveau sur lequel porte l'évaluation : la séance. L'évaluation porte sur les comportements, les expressions développementales temporaires, les interactions entre le

patient et le thérapeute, le patient (gestion émotionnelle, la structuration de l'image du corps, la relation à soi, au monde et aux autres), le thérapeute et son approche, le contexte et le processus de la cure. Durée des recueils de données : 1 an. Temps d'évaluation : Initial, 2 mois, 6 mois et 12 mois ;

6. le type de mesures (échelles d'intervalle (type échelles de Likert), systèmes à catégories (approche oui/non), Q-sorts (items classés suivant une distribution forcée) ;
7. le niveau d'inférence requis (faible ou fort) : l'hypothèse centrale est qu'une action relationnelle adaptée aux déficiences, stress et défenses de l'enfant et à ses forces et potentialités actuelles d'évolution (zone proximale de développement) peut permettre une réduction des symptômes et une reprise développementale ;
8. le matériel à partir duquel les données sont réunies (observation directe, transcription, enregistrements, combinaison entre ces matériels) : transcriptions des séances et quelque fois vidéos.

- **Une méthodologie reposant sur cinq axes principaux**

Ces axes sont les suivants :

1) le premier axe est celui *d'études de cas de nouvelle génération*. Suivant les critères établis par Edwards, McLeod, Fishman, ils sont orientés par une épistémologie interactionnelle et transactionnelle du changement et de l'efficacité thérapeutique ; leur regroupement dans une base de données permet des comparaisons à différents niveaux cas-à-cas, multi cas, ainsi que le test d'hypothèses théoriques (Jones 1990, Kazdin 1998 ) et l'élaboration théorique (Stiles 2003, 2009, 2015)

2) le second axe est *l'analyse des mécanismes de changement*. Son abord est introduit et guidé par les publications de Kazdin sur ce thème. Kazdin occupe une place particulière à plusieurs niveaux : celui évidemment de la recherche empirique à partir de cas isolés. Mais également celui d'avoir maintenu une activité clinique, dans le domaine particulier des troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent, en y intégrant le travail avec les familles. Son activité de recherche est centrée sur l'évaluation d'interventions centrées sur les symptômes et fonctionnements, mais également sur l'évaluation des traitements à partir d'études de cas isolés. Très tôt, il s'est préoccupé de la possibilité de maintenir la validité interne à partir de cas isolés suivis dans des conditions

quasi expérimentales (1981, 1982, 2014), des analyses statistiques qui peuvent être réalisées (1984), de ne pas isoler la recherche dans le laboratoire, mais au contraire de l'ouvrir à la pratique clinique en toute connaissance de ses spécificités (1993, 2007). Tout en soulignant le travail réalisé avec les ECRs, il a présenté à maintes reprises leurs limites (notamment 1982, 1986, 1996, et 2008 de façon très détaillée, pp 147-149). Le centrage sur les mécanismes de changement se développe dans les années 2000 en relation à l'introduction du paradigme de la complexité. Les travaux développés par Kraemer et al., issus de l'approche "facteurs de risque" conduisent à la définition de nouveaux objectifs pour la recherche intégrant les conditions et modérateurs, médiateurs et mécanismes de changement. Cette nouvelle approche est appliquée aux psychothérapies, avec recommandations pour la conception des études et modalités d'analyse (2003, 2007, 2008, 2009, 2011)

3) le troisième axe est la *description précise du processus interne de la psychothérapie*. Elle est réalisée à partir du CPQ, suivant la méthodologie du Q-sort avec tri forcé. Cet instrument réalisé par Schneider et Jones (2003) apporte la possibilité d'un développement à partir de plusieurs niveaux d'approche : quantitatif et descriptif qualitatif organisé par configurations, longitudinal séquentiel, comparatif (principes développés notamment par Jones et al. à propos du PQS, version adulte du CPQ)

4) le quatrième axe est celui de *l'approche statistique innovante* et ouverte sur la recherche clinique dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Il est représenté par Falissard, son groupe méthodologie dans l'unité qu'il dirige, et son enseignement, notamment via ses ouvrages et le mooc qu'il a construit sur FUN. Le logiciel *R* permet une réalisation concrète de l'articulation dynamique entre cas isolé et cas regroupés et les approches méthodologiques qui les accompagnent.

5) le cinquième axe est une *relation forte et bi-directionnelle entre la pratique et la recherche* à partir d'une relation cliniciens-chercheurs soutenue par des formations, retours d'expériences et webinaires. Ils permettent une mise en perspective des cas à partir d'analyses développées et une mise en perspective des théories et des pratiques à partir de situations cliniques délimitées.

## **2. DESCRIPTION DES PARTICIPANTS**

### **• Échantillon des patients**

Le critère d'inclusion des enfants a été qu'ils aient reçu un diagnostic primaire selon la CIM-10 d'autisme et/ou de troubles envahissants du développement (F84.0, F84.1 ou F84.9). Ce diagnostic a été porté généralement par le psychiatre référent d'un secteur ou d'un service



universitaire de pédopsychiatrie. Il a été confirmé par un centre ressource autisme dans la moitié des cas. L'inclusion de l'enfant dans l'étude peut être réalisée au moment où la psychothérapie est initiée ou, lorsque l'enfant est déjà en psychothérapie, au moment défini où le protocole complet de l'étude est engagé. Le groupe des 66 enfants dont les résultats sont présentés est constitué de 10 filles ( $ageM = 7,1, sd = 3,5$ ) et de 46 garçons ( $ageM = 7,8, sd = 3,4$ ) ; 34 enfants avaient au début de l'étude entre 3 et 6 ans et 32 avaient entre 7 et 15 ans. L'autorisation des parents, après information, a été sollicitée pour chaque inclusion dans la recherche. Le réseau a obtenu l'accord de la CNIL pour ses bases de données.

- **Thérapeutes et traitement**

Les critères d'inclusion des thérapeutes ont été (et sont) d'avoir une pratique psychothérapique effective et de s'impliquer dans une action d'évaluation des psychothérapies suivant une méthodologie formalisée d'étude intensive de cas durant un an. Leur recrutement s'est fait en France à partir de la présentation du projet de recherche et d'un appel à participation. Ce premier temps a été soutenu par la Fédération française de psychiatrie, à partir de son bulletin *Pour la Recherche*<sup>217</sup> et de son site *Psydoc-France*. L'appel a également été relayé par les associations scientifiques de psychiatres et de psychologues et par plusieurs listes de diffusion. Le recrutement a été étendu à des associations de praticiens italiens de référence psychanalytique qui en ont fait la demande (Amenta, M. & Messeca, S. 2011)<sup>218</sup>.

Les psychothérapeutes sont essentiellement psychologues ( $n = 54, 82\%$ ) et psychiatres ( $n = 5, 6,9\%$ ). On compte également 2 psychomotriciens (3%), 3 psychothérapeutes (4%), 1 psychologue-psychomotricien (1,5%) et 1 pédiatre (1,5%). Ils ont 10 à 40 ans d'expérience. Parmi les 66 thérapeutes dont les études de cas sont terminées et présentées dans cet article, 57 sont de référence psychanalytique, 5 sont de référence cognitivo-comportementale, 3 de référence psychomotrice et 1 se réfère à la thérapie par le jeu. Vingt-sept thérapeutes exercent en libéral, 23 en centre hospitalier, 3 en hôpital de jour, 9 en institution semi-publique, 2 en CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale

---

<sup>217</sup> Thurin, J.M, Falissard, B., Danion, J.M. (2007). Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques. *Projet de l'appel d'offre. Pour la recherche*, 57:1:12

<sup>218</sup> Amenta, M. & Messeca, S. (2011). Groupe italien dans le Réseau de Recherches. *Pour la recherche* 68-69: 11-12.

Précoce), 1 en CMP et 1 en CMPP. La localisation géographique des cliniciens est extrêmement diversifiée.

Les praticiens d'orientation psychanalytique ont une expérience de plusieurs années concernant les troubles du spectre autistique. Ils ont reçu une formation psychanalytique étendue et spécialisée en plus de leur formation générale de psychologie clinique ou de psychiatrie et ont déclaré que leur référence principale était la psychanalyse. Une proportion importante a été formée à la méthode Bick d'observation (Jardin et al. 2005)<sup>219</sup>. Les praticiens d'orientation cognitivo-comportementale pratiquent des Thérapies d'Échange et de Développement (Blanc, R. et al. 2013)<sup>220</sup> pour lesquelles ils ont reçu une formation spécifique en plus de leur formation générale de psychologie clinique ou de psychiatrie.

## **MESURES**

- **Recueil des données**

Les données sont issues des notes extensives prises par le clinicien durant ou immédiatement après les séances. Elles sont accompagnées, quand c'est possible, d'enregistrements vidéos issus des 3 premières séances, puis de 2 séances à 2, 6 et 12 mois. Elles sont aussi complètes que possible et contiennent ce que dit le patient, mais aussi ses comportements, ses attitudes corporelles, les interventions du thérapeute, ce que le thérapeute pense pendant la séance et l'atmosphère de la séance.

- **Livret d'évaluation**

Dès l'attribution du code patient, un [livret d'évaluation](#) du patient, anonymisé et relatif à sa pathologie, est remis au soignant sous format *Word* dématérialisé au format *rtf*. C'est ce livret qui permettra au clinicien de réunir les données associées à l'étude de la psychothérapie mise en œuvre avec le patient durant 1 an. La délivrance des codes soignant et patient, ainsi que celle du livret

---

<sup>219</sup> Jardin, F., Prat, R., & Tricaud, J. (2005). L'« Infant Observation » selon Esther Bick : nouvelle perspective de recherche pour la clinique et la prévention. *Pour la Recherche*, 44, 6-7.

<sup>220</sup> Blanc, R. et al. (2013). La thérapie d'échange et de développement, une rééducation neurofonctionnelle de la communication sociale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61(5): 288-294.

d'évaluation, vierge de toute information mise à part celle du pôle de recherche, font suite à la requête du soignant. La demande est envoyée par mail au responsable des données d'identification.

À réception du livret d'évaluation, le soignant alimente les informations code et âge du patient, date de début du traitement, code soignant, codes soignants des deux pairs. Il établit ensuite au cours des trois premiers entretiens cliniques, une évaluation qualitative du patient, diagnostic développé, objectif, stratégie suivant la méthode de formulation de cas, ainsi qu'une évaluation quantitative de sa pathologie à l'aide de scores par utilisation de questionnaires spécifiques (ECA-r, pour les symptômes et comportements ; EPCA, pour l'évaluation psychodynamique des changements dans l'autisme ; et CPQ pour les changements intra-psychiques).

Chaque entretien clinique est également examiné par les deux autres pairs. Les scores aux questionnaires pour les trois soignants sont confrontés pour aboutir à une validation globale de la situation initiale. Les trois pairs communiquent entre eux par mails sécurisés, par téléphone, ou encore au cours de réunions par Internet ou présentiels.

A l'issue de cette étape, le soignant transmet l'évaluation initiale, première partie du livret, identifiée par le code patient, validée par le groupe de pairs, par mail sécurisé, au responsable des données d'identification. Si des tests préalables à l'étude ont été réalisés, le clinicien en fait état en complément de la formulation de cas.

- **Formation des cliniciens à la recherche et retours d'expériences**

La formation a d'abord été réalisée à partir d'un ensemble de réunions concernant la méthodologie générale, les instruments et leur utilisation. Elle a été ensuite complétée par la réalisation régulière de réunions de retours d'expérience dont un des temps a été systématiquement consacré aux difficultés éventuelles rencontrées dans les cotations. Des précisions ont été données oralement aux participants, généralement en référence au manuel de cotation. Chaque fois que cela s'est avéré nécessaire, des instructions complémentaires ont été réalisées et affichées sur le site du réseau [www.techniques-psychoterapiques.org](http://www.techniques-psychoterapiques.org) dans le domaine « Boîte à outils » où sont également stockés les instruments et les vidéos de formations.

- **Procédure de cotation**

Les notes extensives issues des séances sont transmises sous forme électronique aux 2 autres cliniciens membres du groupe de pairs (non présents durant la séance). Dans un premier temps,

chaque clinicien réalise une cotation individuelle à partir des instruments utilisés dans l'étude. Dans un second temps, une réunion d'analyse des résultats et de convergence vers un score global est organisée par le groupe de pairs. Cette méthode a été utilisée pour améliorer la fiabilité des cotations d'instruments qui peuvent demander une période d'adaptation pour des cliniciens qui sont isolés et ne les connaissent pas parfaitement, notamment en repérant les biais de cotation et pour formaliser les causes rationnelles de divergence. Très rapidement, il a acquis un rôle de mise en relation et discussion des jugements individuels jusqu'à obtention d'un accord inter-juges. Le score global n'est jamais obtenu en moyennant les 3 scores, mais à la suite de la discussion à partir des données. Les scores de chaque étape sont conservés.

Pour la cotation du CPQ, par exemple, les 3 membres du groupe de pairs interviennent selon le déroulement suivant :

1) classement des énoncés du CPQ suivant leur adaptation au contenu des notes extensives de la séance transmise par le thérapeute de l'enfant. Ce classement est réalisé individuellement à partir d'un petit logiciel (cf annexe) présentant les 100 items du CPQ suivant un ordre aléatoire avec différents niveaux de cotation de +4 à -4. Le score de chaque énoncé est choisi suivant le jugement du cotateur, mais l'organisation finale des 100 items doit respecter le tri forcé ;

2) mise en relation des 3 cotations et réévaluation éventuelle après discussion si écart inter-juges. Ce temps est toujours réalisé à partir des données issues de la séance (éventuellement complétées de données objectives absentes dans le compte-rendu). Il permet aux cotateurs d'exposer les raisons de leurs choix, en particulier pour ce qui concerne les items placés dans les classes extrêmes. Il facilite l'interprétation des profils constitués lors de l'analyse.

Suivant cette pratique, les cotateurs n'expriment pas seulement un "point de vue personnel" sur un thème, comme c'est habituel dans le Q-sort, mais une véritable évaluation co-contrôlée comme dans les évaluations psychométriques classiques. La cotation finalisée présente une forme de psychothérapie conduite par un thérapeute particulier avec un patient particulier. Ce patient est également défini par ses indicateurs manifestes de comportement, aptitudes et fonctionnements, ainsi que par ses modérateurs. La relation qui s'établit entre ces indicateurs cliniques et l'action thérapeutique définit l'ajustement du thérapeute.

- **Transmission et contrôle des données**

Une fois les cotations réalisées et le consensus obtenu pour chacune d'elles, les données sont transmises à l'un des membres du groupe méthodologique pour être intégrées et stockées dans les bases de données. Ce temps permet de vérifier que le démarrage de la procédure de suivi du patient est conforme à la méthodologie de l'étude et, plus particulièrement, que les différentes rubriques sont correctement remplies. Un contrôle de contenu et de cohérence des données quantitatives est ensuite effectué. L'accès à distance aux serveurs est sécurisé.

### 3. INSTRUMENTS

Figure 03 : Outils et chronologie des évaluations

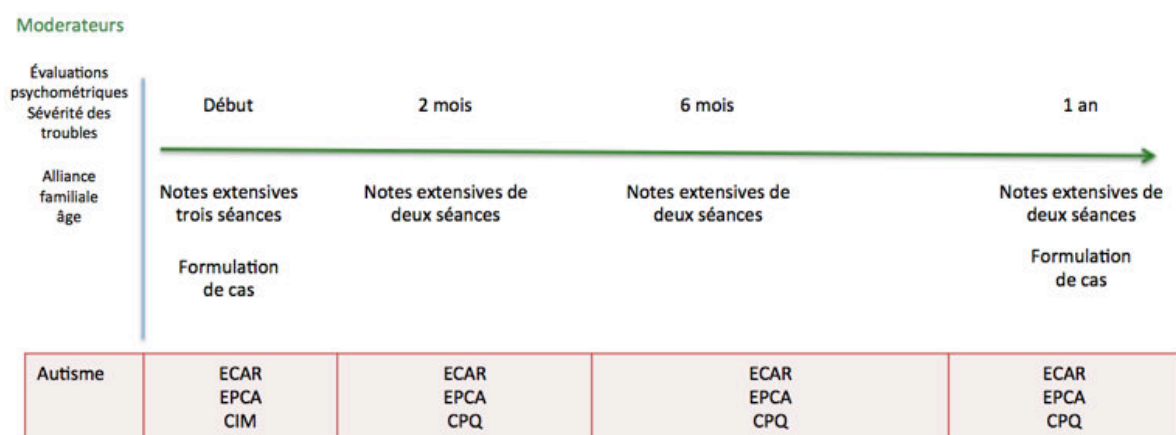


SCHÉMA CHRONOLOGIQUE DE COLLECTE DES DONNÉES PAR LES CLINIENS

Les instruments de cette figure sont de différents types. Nous allons les décrire maintenant.

- **La formulation de cas**

La formulation de cas, issue de 3 premiers entretiens avec la famille et prise de contact avec l'enfant est un complément indispensable à la classification diagnostique catégorielle (CIM - DSM) dès que l'on entre dans les pathologies complexes et hétérogènes. C'est le cas avec les syndromes autistiques. Il s'agit d'établir une définition multi approches des problèmes et un diagnostic psychopathologique du patient qui permettent de formuler sous une forme clinique des objectifs et une stratégie pour les atteindre.

La formulation de cas présente et organise ainsi cinq axes sous une forme synthétique:

- a) les symptômes et problèmes actuels ; traits de vulnérabilité et circonstances déclenchantes des comportements pathologiques ; éléments favorables ;
- b) les facteurs non dynamiques qui ont pu contribuer au problème de l'enfant (prématurité, séparation précoce...)
- c) le niveau de développement, de ses relations interpersonnelles, de son autonomie et de son handicap; la capacité de l'enfant de contenir et d'exprimer ses émotions, de se défendre et de s'ajuster ; les hypothèses associées aux problèmes actuels et généraux de l'enfant par le thérapeute ;
- d) le cadre général de la psychothérapie, les objectifs et
- e) la stratégie de départ du thérapeute pour les atteindre.

En résumé, elle permet au clinicien et au chercheur d'avoir une première représentation de l'enfant, de ses problèmes et du contexte de son entrée en psychothérapie et d'avoir une ligne de base de la situation psychopathologique.

La situation contextuelle de l'enfant est abordée à partir de 10 critères (modérateurs)<sup>221</sup>. Ils se définissent par leur présence antérieure au début de la psychothérapie et leur potentialité d'intervenir favorablement ou défavorablement sur les résultats. Le choix de ces éléments a été réalisé à partir de la littérature et des questions actuelles (par exemple, la scolarisation). Certains de ces éléments peuvent constituer des facteurs de vulnérabilité à prendre particulièrement en compte, d'autres sont des éléments favorables au développement de la psychothérapie (notamment, le soutien familial).

---

<sup>221</sup> Les modérateurs sont des éléments de contexte déjà présents avant le début de la psychothérapie qui sont susceptibles d'en modifier le cours. Les modérateurs favorables sont les suivants : 1. Prise en charge précoce ; 2. Absence de comorbidité somatique ; 3. Contexte développemental précoce simple ; 4. Absence d'antécédent de traumatisme ; 5. Soutien familial fort ; 6. Relation avec pairs existante ; 7. Soutien parental psychothérapie actif ; 8. Bon plateau technique ; 9. Scolarisation existante ou en cours ; 10. Absence de comorbidité psychique. Présentés sous une forme négative (retard de la prise en charge, etc) ils constituent un index d'une difficulté prévisible accentuée, dont certains éléments sont susceptibles cependant de se modifier, d'autant plus qu'ils ont été considérés.

Ce bilan clinique initial est complété par (a) une évaluation des symptômes et comportements autistiques ; (b) une évaluation du développement dans 8 dimensions<sup>222</sup> (EPCA, Haag et al. 2010) et (c) un diagnostic CIM.

- **Le comportement et le développement évalués avec l'ECA-r et l'EPCA**

L'Échelle des Comportements Autistiques (ECAR, Barthelemy et al. 1997) est un instrument de 29 items qui permet d'évaluer les comportements en général et dans 2 dimensions spécifiques, la déficience relationnelle (13 items) et le déficit de modulation émotionnelle (3 items). Les items sont cotés de 0 à 4, ce qui permet de distinguer nettement la gravité du syndrome autistique par rapport à un fonctionnement normal dans les domaines de la relation, du regard, de l'imitation, de la communication, de l'attention, du partage de l'émotion (l'enfant « ignore les autres », « recherche l'isolement », « n'imité pas les gestes, la voix d'autrui », « ne s'efforce pas de communiquer par la voix et la parole », « attention difficile à fixer, détournée », « ne partage pas l'émotion ») et de suivre l'évolution vers une normalisation de ces fonctionnements. Il décrit par ailleurs des comportements autistiques spécifiques (« troubles de la conduite vis-à-vis des objets, de la poupée », « activités sensori-motrices stéréotypées », « utilise les objets de manière irrésistible et/ou ritualisée ») et des troubles que l'on pourrait qualifier de fonctionnels non spécifiques (« troubles du sommeil », « troubles des conduites alimentaires », « agitation turbulence », « variabilité »). Un score de 27, issu des 13 items définissant la déficience relationnelle, confirme le syndrome autistique.

L'Échelle d'Évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme (EPCA, Haag et al. 1995) permet d'évaluer la pathologie, le développement et les principales acquisitions d'aptitudes qui l'accompagnent. Cet instrument comprend 147 items répartis en 3 catégories : pathologie (47 items), développement acquis (47 items) et expressions développementales transitoires (53 items). Il évalue 8 dimensions:

- les expressions émotionnelles dans la relation.
- le regard ;

---

<sup>222</sup> Émotions/Relations ; Regard ; Image du corps ; Langage verbal ; Graphisme ; Exploration ; Temporalité ; Agressivité.

- l'image du corps ;
- le langage verbal ;
- le graphisme ;
- l'exploration de l'espace et des objets ;
- le repérage temporel ;
- les manifestations agressives.

Ces dimensions sont décrites suivant une approche « pathologie/santé » certaines manifestations de la dimension s'inscrivant comme des traits pathologiques (par exemple, « regard vers autrui inexistant ») ou comme des traits de fonctionnement normal, de développement et de santé (par exemple, « regard vers autrui existant », « recherche du regard de l'autre pour l'attention conjointe », « regard pétillant, avec une bonne tonalité d'échange »). Un troisième aspect est pris en compte, celui de manifestations qui peuvent sembler pathologiques, mais qui traduisent un processus de développement en cours. Elles sont rangées sous le terme d'émergence développementale transitoire (par exemple, « alternance de jubilation et de crainte dans la rencontre du regard »).

- **Le processus de la psychothérapie évalué à partir du CPQ**

Le Questionnaire à tri forcé sur le Processus Psychothérapique chez l'Enfant (CPQ, Schneider et Jones (2004) <sup>223</sup> est la version "enfant" du Psychotherapy Process Q-set (PQS) dont la réalisation, après plus de quinze années d'effort, a donné lieu à de nombreuses publications <sup>224</sup>. Le Manuel du

---

<sup>223</sup> Schneider, C. (2004). The Development of the Child Psychotherapy Q-Set. (Doctoral dissertation), University of California, Berkeley, *Abstracts International*, 65(2-B), 1039.

<sup>224</sup> Plusieurs extraits d'articles, centrés sur la description de la version adulte (le PQS) apportent des précisions sur les orientations générales de l'instrument, les conditions de sa construction et de sa validation, ainsi que de son utilisation dans différentes études. Une synthèse (M. Thurin et JM. Thurin 2013) des articles publiés sur ces sujets avant et après le décès prématuré de E. Jones est présentée dans le rapport 2013.



CPQ a été traduit en français en 2010 par M. Thurin, JM Thurin et C. Schneider<sup>225</sup>. Le CPQ rend possible l'intégration de l'action thérapeutique qui se déroule dans le processus de la psychothérapie dans l'explication des résultats<sup>226</sup>.

Ce questionnaire utilise la méthodologie du Q-sort qui sera présentée plus loin. Nous avons vu plus haut sa présentation par C. Schneider et al. (2009)<sup>227</sup>.

Le CPQ permet de décrire le processus interne de la psychothérapie. La description porte non seulement sur les attitudes et actions thérapeutiques du psychothérapeute, mais également sur les fonctionnements de l'enfant, du thérapeute et de leurs interactions. Cet instrument constitue un langage commun pour décrire et classer le processus de la thérapie à partir de 100 items. Chaque item est conçu pour être observable, éviter les références à une théorie spécifique. Il est destiné à pouvoir être utilisé pour n'importe quelle thérapie tout en incluant des descripteurs spécifiques des ingrédients les plus caractéristiques des principales approches.

Le CPQ permet de représenter un éventail d'interactions thérapeutiques et notamment de caractériser systématiquement l'interaction thérapeute-patient. Le CPQ utilise la méthodologie du tri forcé qui conduit à retrouver un nombre d'items définis dans chacun des 9 niveaux qui vont du plus caractéristique (+4), au moins caractéristique (-4), en passant par un niveau neutre ou non pertinent (0). Cette méthode permet ainsi de quantifier précisément le caractère plus et ou moins caractéristique de chaque formulation/item par rapport aux autres à chacun des temps de la thérapie définis par le protocole.

Parmi les 100 items du CPQ, 42 énoncés concernent l'enfant, 42 énoncés concernent le thérapeute et 16 concernent leur interaction.

---

<sup>225</sup> Thurin, M., Thurin, JM et Schneider, C. (2010). Questionnaire Classé du Processus de la Psychothérapie chez l'Enfant. *Pour la recherche*, 66, 2-12.

<sup>226</sup> Thurin, M. (2010). Éditorial. Intégrer l'étude du processus à la recherche sur les psychothérapies. *Pour la Recherche*, 66, 1.

<sup>227</sup> Schneider, C., Prielzel-Thomas, A., & Midgley, N. (2009). Discovering new ways of seeing and speaking about psychotherapy process: The Child Psychotherapy Q-set. In N. Midgley, J. Anderson, E. Grainger, T. Nestic-Vuckovic, & C. Urwin (Eds.), *Child Psychotherapy and Research*. (pp. 72-84): Routledge Taylor & Francis Group.

Parmi les possibilités ouvertes par le regroupement d'éléments, nous avons distingué des configurations relatives aux éléments concernant l'alliance thérapeutiques et des actions spécifiques ciblée sur l'expression des émotions, le langage, l'interprétation et les comportements. Nous avons également distingué dans 3 regroupements d'items ceux qui concernent plus spécifiquement le fonctionnement psychique de l'enfant. Ils portent sur l'insight, la gestion et l'expression des émotions, et la relation au monde, à soi et aux autres, qui sont également des témoins de l'évolution de la pathologie à la santé psychique. Enfin, l'instrument a été doté par ses auteurs d'une dimension « prototype d'approche » qui regroupe les items spécifiques d'une approche psychodynamique ou cognitivo-comportementale et qui peut être utilisée pour préciser cette caractéristique dans les psychothérapies étudiées.

Les données issues des quatre instruments sont qualitatives (description précise de l'enfant et des caractéristiques de la psychothérapie incluant le thérapeute et les interactions qui s'établissent avec l'enfant), quantitatives ou mixtes (quali/quant /quant quali). La formulation de ce second aspect provient de l'ordre dans lequel les données sont analysées et/ou présentées. Par exemple, la formulation de cas est initialement essentiellement qualitative, mais ses éléments peuvent aussi donner lieu à des récapitulatifs quantitatifs utilisables dans les analyses numériques et statistiques. De façon similaire, les mesures issues des indicateurs d'état et de changement prennent une nouvelle dimension lorsque les énoncés qui les sous-tendent sont abordés sous leur forme descriptive. Il en est de même avec l'instrument de processus.

#### **MISE EN RELATION DU PROCESSUS AVEC LES RESULTATS**

La mise en relation du processus avec les résultats implique deux niveaux

1. La description du processus, conceptualisé par les médiateurs, les mécanismes et les modérateurs,
2. L'analyse de la relation entre le processus et les résultats. Les résultats établissent les effets mesurés à partir des différents indicateurs de changement.

La conceptualisation de chacun de ces niveaux, les modèles de référence, et les méthodes d'analyse peuvent être différents. Nous disposons de deux registres d'analyse principaux, celui de Kazdin. et celui de Jones et al..

L'article de Kazdin et al. 1997 est véritablement incontournable car il présente en détail ce que peuvent et ce que doivent être les critères sur lesquels se fonde une causalité. Définitions et exemples éclairent une démonstration qui reste a priori complexe. L'apport des études observationnelles qui concernent particulièrement notre recherche est présenté p 391-392.

L'article de Kazdin 2009 reprend sous une forme condensée et clarifiée les principales questions et moyens de les traiter :

1. Comment accéder aux mécanismes potentiels de l'évolution des symptômes ?
2. Suivant quel processus ou succession d'événements (processus cognitifs, neurotransmetteurs, stress) l'alliance conduit-elle à des réductions de la dépression, de l'anxiété, ou du sentiment que la vie n'a pas de sens ? (p 421 et suivantes). Remarquons que des questions similaires se posent à propos de l'autisme où plusieurs niveaux sont impliqués à propos de la peur, des réactions émotionnelles non modulées qui accompagnent certaines situations ; elle sont complétées par ce qui concerne le déblocage relationnel, pulsionnel et développemental. On peut se demander, par exemple, dans quel registre la formulation, par le thérapeute, de vécus que l'enfant ne peut exprimer verbalement est susceptible de produire un effet, et à quel niveau. De même, comment, et par quels mécanismes, la peur de la relation avec les autres peut-elle se dissiper au cours de la relation qui s'établit avec le thérapeute ? Comment, chez un enfant qui fait des crises de rage à répétition une contenance peut-elle s'établir dans le processus de la psychothérapie ?
3. *Suivant le niveau de détail de l'analyse, une séquence de déplacement d'une description à une autre peut se combiner en une explication.* Les travaux de Patterson (1982, 1992, 2002) ont montré comment une séquence d'escalade de la violence peut se constituer dans une famille. La description des attitudes et des interactions dans la psychothérapie devrait pouvoir décrire la désescalade et la contenance de l'affect ou l'inverse. Il peut y avoir des mécanismes biologiques intermédiaires, mais cela ne se substitue pas aux interactions et aux mécanismes psychologiques individuels qui les accompagnent. [on retrouve là une forme d'analyse séquentielle du processus].
4. *Faire l'inventaire des différentes cibles utilisées dans différents cas pour un même problème* et voir ce qui a fonctionné. [L'intérêt particulier du CPQ (et du PQS) est que

les médiateurs potentiels sont potentiellement déjà à poste (instrument pan théorique)]. Des analyses à grain fin sont alors nécessaires pour étudier le déroulement des processus au cours du temps et comment le changement dans un certain processus peut résulter en changement symptomatique. Le terme de cible est lui-même à préciser. La cible peut être au départ un symptôme ou un problème récurrent, mais elle doit pouvoir se déplacer sur la cause dont on fait l'hypothèse qu'elle sous-tend l'expression de la manifestation pathologique.

5. *L'évaluation de nombreux médiateurs* dans une étude donnée peut avoir des bénéfices énormes. Si deux ou plusieurs médiateurs sont étudiés, on peut identifier celui qui est le plus plausible ou produit la plus grande contribution au résultat. *Avec plusieurs études, certains médiateurs peuvent émerger de façon répétée comme étant de possibles candidats, tandis que d'autres tombent sur le côté.*
6. *La chronologie du changement* est importante à suivre. *L'évaluation à plusieurs occasions durant le traitement* peut fournir une information sur la chronologie des médiateurs et des résultats et la possibilité de changements bidirectionnels (c-à-d., que chacun influence l'autre d'une certaine façon et à différents points). *L'évaluation séance par séance* (c-à-d., à chaque occasion au cours du traitement) permet l'évaluation du médiateur de changement et de la réduction du symptôme et considère les différences individuelles au cours de ces changements (analyse de séries temporelles).
7. *Des événements tels que l'attachement et la séparation* ont été étudiés chez l'animal [et chez l'humain (p.e. cf. "*Strange situation*" d'Ainsworth, la "*Still face*" de Tronick (Thurin 2006)<sup>228</sup>], ainsi que les comportements de réparation qui les accompagnent (Francis, Champagne, Liu et Meaney 1999). Cela pourrait être très pertinent de comprendre comment l'ajustement et les interventions conçues pour réduire le stress<sup>229</sup> peuvent modifier ses effets symptomatiques manifestes. D'autre part, est-ce que

---

<sup>228</sup> Thurin, J. M. (2006). Les psychothérapies dynamiques intérêt, limites, évaluation. In G. Lopez, Sabouraud-Séguin, A., Jehel, L. (Ed.), *Psychothérapies des victimes. Traitements, évaluations, accompagnement* (pp. 55-78). Paris: Dunod.

<sup>229</sup> Notamment le stress de séparation, fréquent chez les enfants souffrant d'autisme.

parallèlement (dans les mécanismes), les activités thérapeutiques peuvent avoir, en réduisant le stress, un impact neurologique et endocrine parallèle ?

8. *Les études naturalistes peuvent être également très utiles.* L'effet d'un médiateur de changement peut-il varier naturellement (par exemple, à partir d'une prise en charge familiale) et des comparaisons peuvent-elles être faites ? Les études naturalistes, en elles-mêmes peuvent ne pas permettre des conclusions solides de causalité. Cependant, les chercheurs, répondent trop vite que les études de corrélation sont intrinsèquement limitées. *L'observation des processus qui peuvent être opérationnels dans l'environnement naturel et leurs corrélats à court et à long terme peut être très utile, à la fois pour générer et tester des hypothèses au sujet des médiateurs et des mécanismes.* Parmi les instances du processus ou du construit qui se produisent naturellement, des différences inter-groupes [et inter-cas] peuvent-elles être identifiées ? [Quelles sont-elles ? Quels sont les éléments qui rendent une trajectoire favorable ou défavorable ?] En outre, le caractère scientifique des mécanismes est dérivé à partir d'indices convergents, et en cela les tests de contexte de la recherche de corrélation peuvent fournir des contributions uniques qui ne seraient pas disponibles autrement.
9. *Les études expérimentales sont les derniers maillons de la chaîne.* Des groupes composés de façon aléatoire peuvent être à des niveaux bas, moyens et élevés d'un médiateur particulier. Un soutien solide serait produit par des résultats qui varient en fonction de la dose<sup>230</sup>. On peut envisager aussi une étude où un mécanisme candidat serait inactivé.
10. *Des résultats similaires peuvent être atteints par des chemins multiples.* Ainsi, nous ne nous attendons pas à voir que tous les gens qui ont une caractéristique particulière

---

<sup>230</sup> Ce point a été largement discuté, notamment par Stiles et al. qui ont fait remarquer qu'une intervention peut très bien fonctionner si elle est produite à un moment propice dans un contexte individuel concordant ; elle peut également très mal fonctionner dans le cas contraire et aura alors tendance à être répétée. On peut arriver ainsi à un résultat paradoxal dans lequel l'intervention produite dans la zone proximale de développement agira « à petite dose » (statistiquement insignifiante), alors qu'une intervention générée de façon répétée non ajustée aura un effet dose réponse apparent.

l'aient obtenue par le même chemin. Les chemins peuvent refléter des mécanismes similaires activés par différentes expériences ou des mécanismes différents.

11. Nous pensons souvent et uniquement que nous testons des relations linéaires, bien que de nombreuses relations soient non linéaires. Chercher seulement des relations linéaires pourrait masquer des modèles fiables de relations médiateur-résultats. On peut tester des relations dose réponse non linéaires.
12. Enfin, même si tous les patients changent sur la base des mécanismes identiques, la chronologie et *les modèles de changement peuvent varier* (par exemple, Stulz & Lutz, 2007<sup>231</sup>). Certains patients peuvent faire des gains rapides ou soudains à un point particulier dans le traitement.

Jones et al. ont décrit ce que le PQS/CPQ peut apporter de spécifique et la façon dont il a été utilisé, notamment par ses auteurs et collaborateurs, dans différentes études. Les études et les méthodes sont présentées en détail dans la revue bibliographique. Elles sont accompagnées d'un descriptif de l'analyse des données dans la perspective processus-résultats et de ses différentes étapes.

D'autres chercheurs ont participé à l'élaboration et à la discussion des études de processus suivant des modalités générales ou des aspects particuliers (par exemple, Stiles, Marmar, Elliott, ...<sup>232</sup>)

Les points clés de la méthodologie et de la modélisation qui en découle sont les suivants

---

<sup>231</sup> Stulz, N., & Lutz, W. (2007). Multidimensional patterns of change in outpatient psychotherapy: The phase model revisited. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 817-833.

<sup>232</sup> La méthodologie processus-résultats est décrite dans Elliott 2010 ; La description des ingrédients et questions associées à des modèles de référence dans Jones (1992, ..., 2002, 2005) ; L'analyse des médiateurs et des mécanismes de changement dans Kazdin 2009.

1. les études individuelles de cas démontrent qu'une variable peut modifier la trajectoire d'une évolution développementale ou de récupération, ou les deux.
2. certaines variables peuvent avoir un impact qui se retrouve dans un ensemble de cas, par exemple :
  - la modification des comportements agressifs chez l'enfant en instituant une guidance parentale sur les conduites éducatives à risque (travaux de Patterson)
  - la dépression anaclitique d'attachement en cas de séparation de l'objet d'attachement (étude de Spitz 1946, cet effet ne concerne que 36% des enfants<sup>233</sup>)
3. ces exemples montrent que la définition des variables de déclenchement et de vulnérabilité est essentielle.
4. les mécanismes de changement (favorables) peuvent faire intervenir différents niveaux de fonctionnement, par exemple :
  - le conflit psychique est le plus fonctionnel, mais il peut faire intervenir un conflit entre une cause *interne* (par exemple, l'éthique, la « fibre sociale », la formation professionnelle) et une obligation *externe* (p.e., le licenciement souhaité de salariés, la différence entre la « qualité » pour l'entreprise et la qualité pour le professionnel) dont la résolution est elle-même soumise au contexte du marché du travail.
  - le traumatisme fait intervenir la réalité actuelle et la mémoire inscrite figée. Cette mémoire inscrite figée associe des troubles cognitifs et émotionnels en interaction, lesquels sont associés à des structures cérébrales (hippocampe, amygdale) qui font intervenir l'activité de certains neurones et leurs liaisons synaptiques.
5. à partir du moment où l'on travaille avec des systèmes complexes, des interventions à composants multiples sont souvent utilisées pour produire le changement. Une analyse à grain fin est nécessaire pour : 1) identifier les différents composants qui conduisent à

---

<sup>233</sup> Le fait que tous les cas ne soient pas concernés montre qu'une ou plusieurs autres variables sont impliquées. Spitz avait montré que les enfants les plus à risque n'étaient pas ceux qui avaient manqué auparavant d'affection, mais au contraire ceux chez lesquels la relation d'attachement avait été particulièrement forte.

une manifestation pathologique, leur hiérarchie dans la ou les chaînes causales qui la sous-tendent et 2) réciproquement, les principaux composants qui vont permettre de réaliser une intervention efficace, à travers le ou les mécanismes qui assurent le lien avec les changements dans le domaine cible.

6. les études observationnelles naturalistes peuvent intervenir à différents temps de la recherche causale

- 1er temps : observer une corrélation entre un facteur de risque (p.e., situation ou conditions particulières) et les effets qu'il produit (p. e., déclenchement d'une manifestation pathologique) [exemple de l'enfant autiste dans les transports en commun ou au moment de son entrée dans le cabinet ; la nature de l'environnement (sécurisant ou non), devient un facteur qui peut lui-même être travaillé ]

- 2ème temps : élaborer une hypothèse relative à cet effet (le sentiment de peur entraîne une *réaction affective* hétéro ou auto agressive)

- 3ème temps : tester le ou les facteurs explicatifs potentiels (un contexte différent, en lui-même, ou via une attitude ou une intervention thérapeutique particulière) évite ou réduit l'intensité du comportement pathologique)

- 4ème temps : rechercher d'autres facteurs qui pourraient constituer une variable confondante. [dans l'exemple donné, on ne voit pas très bien quelle pourrait être la cause confondante. Mais inversement, l'autisme dans sa généralité peut constituer une appréciation confondante d'une manifestation qui fait obstacle à la recherche des éléments qui ont conduit au déclenchement du comportement pathologique].



# Résultats et apport de l'analyse du processus et de sa méthodologie pour leur compréhension

## ÉVALUATION GENERALE DE L'EVOLUTION DES SYNDROMES AUTISTIQUES SUR UN AN

De façon à prendre contact avec la population des 66 enfants qui ont participé à la recherche, nous réunirons dans un premier temps les éléments qui donnent une représentation des résultats dans leur ensemble. Ces résultats sont issus d'une année d'évaluation de chaque cas par le thérapeute lui-même, mais aussi par les 2 collègues qui ont accompagné ce processus à partir de la lecture attentive des données initiales, puis à travers leurs cotations individuelles de chacun des cinq instruments de l'étude : formulation de cas initiale, ECA-r, EPCA à 0, 2, 6 et 12 mois, CPQ à 2, 6 et 12 mois, et formulation de cas à 1 an. Ces cotations individuelles ont chacune été suivies d'une discussion approfondie des écarts constatés dans les jugements, en référence aux notes extensives issues des séances, jusqu'à l'obtention d'un accord de cotation validé par les 3 membres du groupe de pairs.

Ces données font apparaître que les cas sont hétérogènes. Cette hétérogénéité a le mérite, comme le souligne Kazdin (2001b), d'éliminer l'hypothèse d'une évolution dont la variable explicative confondante serait le développement naturel lié à l'âge et au temps qui passe. À noter la distinction intéressante sur la double dimension du développement (constitutionnelle et environnementale) que font Eyberg et al. (1998) à ce sujet. On peut noter cependant des tendances, et notamment le fait que l'évolution des enfants de 3 à 6 ans peut être très rapide. En même temps, les cas individuels permettent de noter des évolutions tout à fait essentielles qui se produisent quand les enfants sont entrés dans l'adolescence, en particulier une expression verbalisée de la souffrance liée au handicap [cf. X071]. À chaque âge, il y a des psychothérapies qui donnent des résultats importants, moyens et plus rarement (très) faibles. La présentation par âge fait nettement apparaître ces différences et les transforme en question : Quels en sont les facteurs explicatifs ?

La première série de tableaux concerne successivement : 1) les 3 variables de base : l'âge, l'indice global de modération (IG), issu de la somme des modérateurs potentiellement actifs négativement parmi les 10 qui sont recherchés systématiquement (cotation 0 ou 1), et le nombre d'années antérieures de psychothérapie avant l'entrée dans l'étude (Napa), 2) les indicateurs de changement manifeste ECA-r (comportements), EPCA (Pathologie, développement et aptitudes

acquises), et CPQ (IntraPsychique : Insight, Expression et Défenses affectives, Relation au monde, à soi, et aux autres).

Ces résultats seront complétés dans un deuxième temps par des tableaux commentés réunissant les enfants par âge. Ces tableaux attirent l'attention sur les différences inter-cas. Ces différences seront abordées par des analyses de cas individuels qui introduisent des facteurs explicatifs potentiels fiables et cohérents.

- **Données générales et changements indiqués par l'ECA-r, l'EPCA et le CPQ.**

1. Les enfants sont âgés de 3 à 15 ans (moyenne : 7,3, sd : 3,2).

L'indice de difficulté potentielle de la psychothérapie liée au contexte (IG), établi à partir des modérateurs actifs dans chaque cas parmi les 10 modérateurs considérés, est en moyenne de 3 (sd : 1,6 ; intervalle : 0 à 9 modérateurs).

Le nombre d'années de psychothérapie antérieures à l'entrée dans l'étude (Napa) est en moyenne de 2.4 ans (sd : 2,7).

2. L'Échelle des comportements autistiques (29 items) permet de mesurer 3 dimensions : le score général (EG), la déficience relationnelle (DR) et la modulation émotionnelle (IM). Les enfants se situent en moyenne dans l'autisme moyen.

On remarque cependant, dans le tableau 01, des scores extrêmes très élevés de déficience relationnelle (86.5) et de modulation des émotions (75).

Tableau 01. Évolution des scores de comportements autistiques chez 66 enfants de 3 à 15 ans à partir de l'ECA-r, de façon générale (EG) et aux niveaux de la déficience relationnelle (DR) et du déficit de modulation des émotions.

Statistique	age	EG00	EG02	EG06	EG12	DR00	DR02	DR06	DR12	IM00	IM02	IM06	IM12
Nb. d'observations	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
Minimum	3	12,1	5,2	1,7	1,7	9,6	5,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Maximum	15	62,1	56,9	51,7	51,7	86,5	78,8	73,1	69,2	75,0	83,3	91,7	75,0
1er Quartile	5	26,7	18,1	16,4	12,1	28,8	19,7	17,8	12,0	25,0	16,7	8,3	8,3
Médiane	6	36,7	26,7	24,1	17,7	42,3	32,7	26,9	21,2	33,3	25,0	20,8	16,7
3ème Quartile	10	46,6	36,2	32,4	27,4	57,7	43,8	36,1	28,4	50,0	33,3	33,3	33,3
Moyenne	7,5	36,7	28,0	24,2	19,9	43,5	33,1	27,9	23,2	34,5	25,5	23,9	20,6
Variance (n-1)	10,3	175,3	149,5	139,0	129,7	392,8	272,7	241,4	245,3	311,7	290,3	273,3	205,6
Ecart-type (n-1)	3,2	13,2	12,2	11,8	11,4	19,8	16,5	15,5	15,7	17,7	17,0	16,5	14,3

Les différences très importantes inter-cas appellent une attention aux différences éventuelles des prises en charge qu'elles impliquent et aux résultats qui leur sont associés.

En moyenne, les scores se réduisent régulièrement dans les 3 dimensions.

3. Les 147 items de l'Évaluation psychodynamique des changements dans l'autisme (EPCA) abordent 8 dimensions suivant 3 axes : Pathologie (P), Développement (Dev), et Émergence développementale temporaire (EDT) qui réunit les symptômes qui accompagnent une phase de développement particulière. (Tableau 02) Les cotations des 2 premières dimensions sont classiques : une réduction de scores de P traduit celle de la pathologie, une élévation des score de Dev traduit l'activité du processus développemental. Nous observons une amélioration pour les 2.

Tableau 02. Évolution des scores de pathologie, de développement et d'expression développementale temporaire chez 66 enfants de 3 à 15 ans à partir de l'EPCA.

Statistique	age	P00	P02	P06	P12	Dev00	Dev02	Dev06	Dev12	EDT00	EDT02	EDT06	EDT12
Nb. d'observations	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
Minimum	3	2,7	2,7	2,0	0,7	2,8	4,3	6,4	7,1	0,0	0,7	0,0	0,0
Maximum	15	42,9	42,2	29,3	29,9	64,5	71,6	70,9	78,7	62,7	40,5	44,4	40,5
1er Quartile	5	11,6	9,5	7,7	6,1	18,4	21,3	23,6	31,2	9,3	9,8	9,2	8,5
Médiane	6	19,0	14,3	11,9	9,5	33,0	32,3	40,8	47,5	13,1	12,7	13,4	12,1
3ème Quartile	10	25,2	21,3	17,0	16,0	47,7	52,1	58,9	62,2	19,4	19,6	21,4	23,2
Moyenne	7,3	18,6	15,5	12,5	11,3	31,8	35,6	40,3	45,5	15,3	14,8	15,7	15,7
Variance (n-1)	10,4	88,9	66,5	42,4	49,5	323,2	354,3	351,0	366,7	102,6	68,6	87,3	100,5
Ecart-type (n-1)	3,2	9,4	8,2	6,5	7,0	18,0	18,8	18,7	19,1	10,1	8,3	9,3	10,0

La cotation de la troisième (EDT) traduit un degré d'activité développementale en cours (en relation aux symptômes qui s'y produisent) et par extension un indice de l'activité développementale. Les scores sont en moyenne assez stables, mais plutôt en croissance, avec des écarts très importants.

Parmi les 47 items de la catégorie Développement de l'échelle EPCA, 14 concernent des aptitudes dont l'acquisition est à la fois un repère et une transformation ayant une fonction pivot pour l'enfant et son entourage. Ces 14 aptitudes sont les suivantes :

- F16 : recherche de vrais échanges relationnels ;
- F33 : regard avec bonne tonalité d'échange ;
- F34 : recherche du regard de l'autre pour l'attention conjointe ;
- F35 : développement du pointage proto déclaratif ;
- F55 : propreté sphinctérienne acquise ou mieux intégrée ;
- F62 : stade du miroir se confirme ;
- F67 : langage verbal existant ;
- F80 : apparition du NON ;
- F83 : perfectionnement de la prosodie (mélodie, intonation et accents) ;
- F85 : apparition d'un langage gestuel socialisé (bravo, au revoir) ;

- F87 : graphisme existant ;
- F99 : fermeture du cercle ;
- F124 : quasi-disparition des stéréotypies et apparition jeux symboliques ;
- F138 : notion d'écoulement du temps ; meilleure tolérance à la séparation.

Le tableau 03 présente l'évolution dans un ensemble de 14 aptitudes issues des différentes dimensions de l'EPCA et qui rendent compte d'acquisitions centrales telles que le regard, le langage, ...

Tableau 03.Évolution des scores d'aptitude chez 66 enfants de 3 à 15 ans à partir de l'EPCA

Statistique	APT00	APT02	APT06	APT12
Nb. d'observations	66	66	66	66
Minimum	0,0	0,0	0,0	0,0
Maximum	13,0	14,0	14,0	14,0
1er Quartile	1,3	2,0	3,3	6,0
Médiane	4,0	6,0	7,0	10,0
3ème Quartile	8,8	9,8	11,8	13,0
Moyenne	5,2	6,3	7,6	9,1
Variance (n-1)	16,6	19,6	21,0	18,5
Ecart-type (n-1)	4,1	4,4	4,6	4,3

Il n'a ici qu'une valeur indicative de l'évolution générale et sera repris en détail plus loin.

Le tableau 04 présente l'évolution de 3 dimensions intra-psychiques mesurées à partir du Questionnaire classé de processus psychothérapique, l'insight (INS), l'expression et les défenses affectives (EAD) et la relation à soi, au monde et aux autres (RMA).

Tableau 04. Évolution des scores d'insight, de vécu affectif et de relation au monde, à soi, et aux autres chez 66 enfants de 3 à 15 ans à partir du CPQ.

Statistique	age	INS02	INS06	INS12	EAD02	EAD06	EAD12	REE02	REE06	REE12
Nb. d'observations	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
Minimum	3	-75,0	-75,0	-65,0	-16,7	-16,7	-11,1	-41,7	-27,1	-18,8
Maximum	15	55,0	65,0	55,0	38,9	44,4	41,7	47,9	47,9	47,9
1er Quartile	5	-30,0	-30,0	-28,8	2,8	6,3	8,3	-6,3	-6,3	6,3
Médiane	6	-15,0	-15,0	-10,0	13,9	19,4	20,8	6,3	8,3	12,5
3ème Quartile	10	0,0	5,0	15,0	21,5	27,8	27,8	18,2	22,9	22,4
Moyenne	7,3	-15,2	-12,0	-6,9	12,8	16,9	18,4	5,3	9,4	14,3
Variance (n-1)	10,4	693,1	779,1	859,1	171,4	190,3	182,5	368,2	317,1	203,8
Ecart-type (n-1)	3,2	26,3	27,9	29,3	13,1	13,8	13,5	19,2	17,8	14,3

L'insight démarre très bas, mais est en croissance régulière. Les deux autres mesures montrent en moyenne une croissance régulière, avec des écarts inter-enfants extrêmement importants. Ici encore, une attention au cas par cas est nécessaire, certains enfants pouvant accéder à une santé mentale déjà affirmée.

## INTERVENTION POTENTIELLE DES MODERATEURS

### • Description générale des modérateurs dans la population des 66 enfants

Les modérateurs peuvent être définis comme des caractéristiques contextuelles à la psychothérapie qui influencent la direction ou l'intensité de la relation entre variables indépendantes et dépendantes. Les modérateurs constituent des facteurs à prendre en compte dans l'interprétation des résultats, sans être pour autant à considérer comme des déterminants systématiquement fixes. Dans bien des cas, une attention ou des actions particulières permettent de modifier leur impact, voire de l'inverser (Kazdin 2008) <sup>234</sup>.

Dans le cadre de l'autisme, nous avons distingué 10 éléments de contexte susceptibles d'avoir un impact sur le processus psychothérapique et ses effets : l'âge du repérage et du début de prise en charge en psychothérapie, le contexte dans lequel s'est déroulé le développement précoce, le contexte éventuellement traumatique du développement précoce, la qualité du soutien familial de l'enfant, l'existence ou non de relations psychosociales entre l'enfant et ses pairs et quelque fois pour la famille, le soutien de la psychothérapie par les parents, l'existence d'une comorbidité psychique, ou d'une comorbidité somatique, la qualité du plateau technique, la scolarisation.

Pour chacun de ces critères le nombre d'enfants concernés est précisé.

#### Repérage et début de prise en charge en psychothérapie

##### *Repérage*

- 43 enfants ont été repérés avant 3 ans ;
- 23 enfants ont été diagnostiqués après 3 ans (repérage par l'école, pédiatre, hôpital de jour entre 3 ans 1/2 et 5 ans).

##### *Début de prise en charge psychothérapique*

- 37 enfants ont commencé une psychothérapie entre 3 et 4 ans ;
- 28 enfants ont commencé une psychothérapie après 5 ans ;
- non précisé pour 1 enfant.

#### Contexte du développement précoce

---

<sup>234</sup> Kazdin A, *American Psychologist* 2008

- 20 enfants n'ont pas présenté de problème particulier au niveau de leur contexte de développement précoce (développement normal, enfant décrit facile...);
- 46 enfants sont considérés comme ayant eu un contexte de développement difficile, dont les éléments suivants sont rapportés : troubles du sommeil du bébé ou autres troubles, anxiété p.e. (9 enfants) ; difficultés personnelles du père ou de la mère (20 enfants) ; rupture, p.e., déménagement, changement de nourrice (1 enfant) ; difficultés liées à des problèmes familiaux (par exemple, séparation, mais aussi déménagement ou isolement de la famille) qui ont pu perturber le cadre (4 enfants).

#### Contexte potentiellement traumatique du développement précoce

- Il peut concerner l'enfant ou la famille, dans ce dernier cas avec un retentissement possible sur l'enfant ;
- On ne relève pas d'événement traumatique chez 35 enfants ;
- On relève un événement noté comme traumatique chez 31 enfants :
  - déplacement avec isolement du lieu et de la culture de vie habituels pour la famille, vécu traumatique de la mère autour de la naissance ou dans les premiers mois de la vie de l'enfant (deuil, maladie de proches) : 12 ;
  - rupture brutale avec des personnes essentielles (mère, nourrice) : 5 ;
  - Naissance traumatique : 6 ;
  - Accident ou événement médical précoce : 8.

#### Qualité du soutien familial

- 39 enfants bénéficient d'un très bon soutien familial ;
- Chez 27 enfants, ce soutien peut être altéré par
  - Problème lié à la fragilité des parents : 24 ;
  - Problème lié à une obligation des parents : 3.

#### Relations psychosociales

- 57 enfants bénéficient d'un bon soutien psychosocial ;
- Pour 9 enfants ce soutien peut être altéré par :
  - Isolement de la famille dû à un déménagement : 2 ;
  - Enfant gardé à la maison (1 enfant). Grande difficulté (1 enfant).

### Soutien de la psychothérapie par les parents

- 55 familles sont clairement soutenantes ;
- Pour 11 familles le soutien peut être altéré par :
  - Difficulté à emmener l'enfant à ses séances : 5 ;
  - Désaccord des parents (l'un est ok, l'autre non) : 5 ;
  - Non renseigné : 1

### Comorbidité somatique

- 39 enfants ne souffrent pas de comorbidités somatiques ;
- 27 enfants ont des comorbidités somatiques, telles que :
  - troubles du sommeil nécessitant une surveillance cardiaque ou résistant aux médicaments : 6 ;
  - trouble nécessitant une hospitalisation précoce : 10 ;
  - épilepsie : 1 ;
  - problème neurologique : 2 ;
  - reflux oesophagien : 3 ;
  - asthme : 1 ;
  - trouble dermatologique récurrent : 2 ;
  - troubles somatiques récurrents (rhumes, ...) nécessitant des antibiotiques : 26.

### Qualité du plateau technique

- Tous les enfants ont un bon plateau technique (sauf 1 pour lequel le dispositif se met en place) avec des modalités différentes telles que :
  - Le rythme des séances est de 1 fois à 3 fois par semaine ;
  - La plupart des enfants sont ou ont été suivis en orthophonie et psychomotricité (tous ces éléments ne figurent pas dans toutes les formulations de cas) ;
  - Beaucoup ont des activités extérieures ou intérieures (HJ) : ateliers.
  - Les parents sont la plupart du temps reçus régulièrement.

### Scolarisation

- 59 enfants vont à l'école ;

- 7 enfants ne vont pas à l'école, 2 après essai, un autre va en IME, 1 enfant est en travail éducatif en HJ, 2 sont hospitalisés.

#### Comorbidité psychique

- 52 enfants ne souffrent pas de comorbidités psychiques (troubles n'étant pas liés directement au diagnostic d'autisme).
- 14 enfants ont des comorbidités psychiques qui sont
  - dépression : 7 ;
  - crise de panique : 1 ;
  - trouble important du sommeil : 1 ;
  - hyperactivité : 3 ;
  - suspicion neuro : 2.

Un fichier en ligne permet d'avoir la formulation détaillée de chaque modérateur pour chaque cas.

Le tableau 05 présente les données descriptives des 10 modérateurs ( : RPC) retard de prise en charge ; (CSO) présence d'une comorbidité somatique ; (CDPD) contexte développemental précoce difficile ; (CTP) Contexte traumatique précoce ; (SFR) soutien familial réduit ; (ARP) absence de relations avec des pairs ; (ASFP) absence de soutien familial à la psychothérapie ; (FPT) faiblesse du plateau technique ; (ASCO) absence de scolarisation ; (CPS) présence d'une comorbidité psychique.

Tableau 05 : Données descriptives pour chacun des 10 modérateurs

Statistique	RPC	CSO	CDPD	CTP	SFR	ARP	ASFP	FPT	ASCO	CPS
Nb. d'observ	66	66	66	66	66	66	66	66	66	66
Minimum	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Maximum	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1er Quartile	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Médiane	0,000	0,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
3ème Quarti	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Moyenne	0,348	0,409	0,697	0,470	0,409	0,136	0,197	0,030	0,091	0,212
Variance (n-1)	0,231	0,245	0,214	0,253	0,245	0,120	0,161	0,030	0,084	0,170
Ecart-type (n)	0,480	0,495	0,463	0,503	0,495	0,346	0,401	0,173	0,290	0,412

Parmi ces 10 modérateurs, ceux qui ont les scores les plus élevés sont le contexte de développement précoce difficile, le contexte traumatique précoce, la réduction (initiale) du soutien familial, la présence d'une comorbidité somatique et le retard de prise en charge.



Ces données épidémiologiques et quantitatives sont complétées par une présentation qualitative des données issues des formulations de cas.

.

- **Influence potentielle de l'âge et des modérateurs recensés sur le changement**

Les tableaux suivants présentent les aptitudes acquises (Apt00 - Apt12) aux différents âges, en repérant pour chacun des enfants l'indice de gravité potentielle (IG) issu des modérateurs que nous venons d'aborder, le nombre d'années antérieures de psychothérapie (Napa) et l'évolution des scores de comportement (EG00 - EG12).

Tableau 06 : Aptitudes acquises et évolution des comportements autistiques suivant les âges, l'IG et le nombre d'années antérieures de psychothérapie (enfants de 3-15 ans).

<pre>##      codepatient age IG Napa EG00 EG12 Apt00 Apt12 ## 62      X       3  3   0 62.1 29.3   1   4 ## 22      Y       3  3   0 38.8 32.8   1   0 ## 41      Y       3  1   0 54.3 15.5   0   6 ## 64      Y       3  1   1 36.2 16.4   2   4 ## 54      Y       3  3   0 62.1 29.3   0   5</pre>	<p>- 4 enfants / 5, âgés de 3 ans, ont un gain de 4 à 6 aptitudes durant l'année d'étude. Un enfant (Y ) n'a aucun gain d'aptitude. La consultation des éléments principaux des modérateurs ne donne aucune explication particulière de cette absence, hormis celles des déficiences initiales et d'un changement prévu d'institution.</p>
<pre>##      codepatient age IG Napa EG00 EG12 Apt00 Apt12 ## 4       X       4  2   1 48.3 21.6   4  13 ## 8       X       4  3   2 12.9  1.7  12  13 ## 14      Y       4  9   0 40.5 26.7   1   7 ## 27      Y       4  3   0 54.3 15.5   0   7 ## 29      Y       4  4   0 44.0 33.6   1   3 ## 30      Y       4  2   0 40.5 20.7   1   5 ## 45      Y       4  1   0 25.0 12.1   6  12 ## 66      Y       4  4   0 31.0  8.6   2  13</pre>	<p>- 4 enfants / 8, âgés de 4 ans, atteignent un cumul de 12 ou 13 aptitudes à la fin de l'année d'étude, dont 2 d'entre eux avaient déjà réalisé antérieurement 1 ou 2 années de psychothérapie. 2 enfants ont acquis 7 aptitudes et les 2 autres 3 et 5 aptitudes. La rapidité de développement de Y (11 aptitudes dans l'année) est impressionnante, suivie de celle de X (9 apt.), Y (7 apt.), Y et Y (6 apt.). Comment expliquer ces possibilités et différences ? Nous y reviendrons.</p>
<pre>##      codepatient age IG Napa EG00 EG12 Apt00 Apt12 ## 1       X       5  4   1 54.3 35.3   1   2 ## 2       X       5  3   2 15.5  6.9   8  14 ## 10      Y       5  2   2 51.7  7.8   6  14 ## 11      Y       5  2   1 24.1 12.1   4   5 ## 18      Y       5  4   1 34.5 17.2   3   6 ## 21      Y       5  5   1 45.7  8.6   4  13 ## 24      Y       5  4   0 37.1 16.4   2   8 ## 31      Y       5  4   0 44.0 21.6   3  10 ## 33      Y       5  1   0 33.6 14.7   9  14 ## 37      Y       5  2   2 33.6 21.6   2   6 ## 61      Y       5  1   2 31.9 20.7   3  10</pre>	<p>- 3 enfants / 11, âgés de 5 ans, ont acquis l'ensemble des 14 aptitudes (+6, +8, et+5 au cours de l'année), 1 enfant en a 13 (+9), 1 en a 10 (+7), 1 en est à 8 (+6), 3 en ont 5 ou 6 (+1 +3 et +4), 1 enfant n'a acquis qu'une aptitude dans l'année et se retrouve à 6 ans avec 2 aptitudes. Il y a donc à la fois de très grandes possibilités d'évolution entre 5 et 6 ans, mais aussi des risques de stagnation importants. L'identification des facteurs favorables et défavorables [X , Y ] apparaît particulièrement importante.</p>

<pre>##      codepatient age IG Napa EG00 EG12 Apt00 Apt12 ## 5        X      6 3    0 60.3 39.7    2    3 ## 12       Y      6 4    1 56.0 41.4    2    5 ## 26       Y      6 3    1 21.6 19.8    7    7 ## 28       Y      6 5    1 31.0 18.1    1    6 ## 44       Y      6 4    3 18.1  5.2    6   12 ## 48       Y      6 2    2 47.4 31.0    3   11 ## 55       Y      6 3    0 39.7 28.4    8   12 ## 58       Y      6 3    1 28.4 14.7    0    1</pre>	<p>3 enfants / 8, âgés de 6 ans, ont acquis 11 ou 12 aptitudes (+8, +6 et +4). 1 enfant a 6 aptitudes (+5), un autre 5 (+3), 1 enfant reste à 7 aptitudes (+0) et 2 autres ont gagné 1 aptitude dans l'année pour parvenir à 1 et 3 aptitudes. Le résultat est donc beaucoup plus faible qu'aux âges précédents. 3 psychothérapies sont à examiner particulièrement [X, Y et Y].</p>
<pre>##      codepatient age IG Napa EG00 EG12 Apt00 Apt12 ## 9        X      7 3    3 37.9 23.3    3   12 ## 20       Y      7 0    4 57.8 45.7    1    2 ## 35       Y      7 1    0 46.6 27.6    0    8 ## 53       Y      7 0    2 12.1  3.4    8   11</pre>	<p>2 enfants / 4, âgés de 7 ans ont acquis 11 (+9) et 12 aptitudes (+3). Le premier était en PT depuis 3 ans, Le second était sans année antérieure de psychothérapie. En revanche, un enfant (Y), dans la même situation, n'en a acquis qu'une, est à 2 apt avec 4 années antérieures de PT. Un enfant a acquis 8 aptitudes dans la première année de PT</p>
<pre>##      codepatient age IG Napa EG00 EG12 Apt00 Apt12 ## 17       Y      8 3    3 47.4 32.8    4    6 ## 63       Y      8 3    0 59.5 51.7    1    2 ## 34       Y      8 3    2 47.4 31.9    6    9 ## 40       Y      8 1    2 21.6 12.1   13   14 ## 42       Y      8 7    1 52.6 40.5   13   14 ## 50       Y      8 3    2 31.9 12.1   10   13 ## 51       Y      8 2    6 33.6 13.8    1    7</pre>	<p>3 enfants / 7 âgés de 8 ans ont acquis 14 (+1), 14 (+1) et 13 (+3) aptitudes. Il ont respectivement 2, 1 et 2 années antérieures de PT. Un enfant en a acquis 9 (+3). 2 enfants en ont acquis 6 (+2) et 7 (+6). Un enfant n'en a acquis que 2 (+1). En première année de PT, il est très en retard. L'âge de début de PT n'est pas un obstacle infranchissable, mais il faut préciser plus avant. (voir pour Y (2 apt) et Y, 7 aptitudes après 6 ans de PT). L'ensemble des enfants de 8 ans pourrait faire l'objet d'un examen comparatif approfondi.</p>
<pre>##      codepatient age IG Napa EG00 EG12 Apt00 Apt12 ## 16       Y      9 3    2 45.7 23.3   10   11 ## 59       Y      9 3    4 25.0 11.2    9   10</pre>	<p>Évolution faible au niveau des gains d'aptitudes pour les 2 enfants (Y et Y), âgés de 9 ans, notamment pour le second avec avec 4 ans de PT. Bonne évolution comportementale.</p>

<pre>##      codepatient age IG Napa EG00 EG12 Apt00 Apt12 ## 6          X    10 4    6 31.9 25.0    0    1 ## 25         Y    10 4    5 38.8 13.8    10   14 ## 36         Y    10 5    5 42.2 30.2    2    5 ## 38         Y    10 2    0 27.6 22.4    11   14 ## 46         Y    10 3    6 33.6 13.8    9    14 ## 47         Y    10 2    6 19.8  5.2    9    14 ## 65         Y    10 4    6 17.2  6.0    5    14</pre>	<p>5 enfants sur 7, âgés de 10 ans, ont acquis les 14 aptitudes sélectionnées (+4, +3, +5, +5, +9). Mais un enfant, Xi01 n'en a acquis qu'une (+1) après 6 ans de thérapie et un autre (Y ) n'en a acquis que 5 (+3) après 5 ans de PT.</p>
<pre>##      codepatient age IG Napa EG00 EG12 Apt00 Apt12 ## 7          X    11 5    7 26.7 13.8    6   10 ## 15         Y    11 5    7 26.7 13.8    7   12 ## 23         Y    11 5    0 48.3 42.2    6    4 ## 43         Y    11 3    7 24.1  6.9    10   13</pre>	<p>3 enfants sur 4, âgés de 11 ans, ont respectivement 10 (+4, napa = 7), 12 (+5, napa = 7) et 13 apt (+3, napa = 7). Le nombre d'aptitudes acquises du 4ème (Y086) est passé de 6 à 4. Des enfants à faible évolution sauf la dernière année pour les 3 premiers. À noter que X , Y et Y ont des IG à 5.</p>
<pre>##      codepatient age IG Napa EG00 EG12 Apt00 Apt12 ## 13         Y    12 3    2 46.6 19.8    5   11 ## 19         Y    12 5    3 38.8 11.2    11   14</pre>	<p>Des possibilités d'évolution importantes à 12 ans, tant au niveau de la réduction des comportements autistiques que du gain d'aptitudes. À noter l'IG à 5 de Y .</p>
<pre>##      codepatient age IG Napa EG00 EG12 Apt00 Apt12 ## 49         Y    13 1    10 18.1  2.6    6   14 ## 60         Y    13 2    6 29.3 15.5    12   13</pre>	<p>Une réduction extrême des comportements autistiques et 14 aptitudes acquises pour Y (napa = 10). Une évolution du même ordre pour Y (napa = 6).</p>
<pre>##      codepatient age IG Napa EG00 EG12 Apt00 Apt12 ## 3          X    14 3    10 18.1  6.0    13   14 ## 57         Y    14 2    1 34.5 21.6    7    8 ## 52         Y    14 2    10 21.6  8.6    12   14 ## 56         Y    15 4    4 41.4 25.9    4    8</pre>	<p>2 psychothérapies longues en phase de terminaison ? (14 aptitudes, comportements autistiques très réduits). 1 psychothérapie à début très tardif Y (préciser). Y , un IG à 4, des performances assez faibles (préciser)</p>

Les acquisitions d'aptitudes de 16 enfants se sont avérées réduites par rapport à celles des enfants de leur âge. La liste de ces cas fait l'objet d'un tableau récapitulatif pour commencer à rechercher l'explication de ce blocage.

Peut-on repérer un impact des modérateurs sur le blocage présenté chez les enfants ayant des difficultés pour acquérir les 14 compétences essentielles sélectionnées dans l'étude ?

Pour commencer, nous présentons dans le tableau 07 le premier groupe des 16 enfants avec blocage du gain d'aptitudes. Sont précisés leurs scores à l'ECA-r aux temps 0 et 12 mois de l'évaluation (EG00 et EG12), ainsi que leurs nombres d'aptitudes à 0 et 12 mois (Apt00 et Apt12). Le même descriptif sera effectué dans le tableau 08 pour l'autre groupe (fort gain d'aptitudes).

Nous notons que, de façon générale, les scores de l'ECA-r régressent, bien que peu pour 3 enfants du premier groupe. En général, les scores à l'ECA-r du premier groupe restent plus forts à 12 mois. Ce que nous notons également, c'est que 2 enfants du premier groupe (Y et Y ), dont les scores à l'ECA-r ont bien régressé, avaient acquis déjà respectivement 10 et 9 aptitudes sur les 14 au début de l'évaluation. Dans ces cas, il est tout à fait essentiel de s'intéresser aux aptitudes que ces enfants n'arrivent pas à acquérir et de penser les stratégies thérapeutiques pour les y aider. Par exemple, spécifiquement pour ces 2 cas, les aptitudes restant à acquérir sont très différentes. Pour Y (9 ans), ce sont le stade du miroir, le perfectionnement de la prosodie et la notion d'écoulement du temps – meilleure tolérance à la séparation. Pour Y (9 ans), ce sont le regard avec bonne tonalité d'échange, la recherche du regard de l'autre pour l'attention conjointe, le développement du pointage protodéclaratif et l'apparition d'un langage gestuel socialisé. Nous voyons bien que les actions thérapeutiques spécifiques à mettre en place sont différentes, elles doivent être adaptées au problème particulier des enfants.

Ces éléments viennent confirmer encore une fois la complexité des cas qui peuvent avoir des résultats quantitatifs équivalents (ici, le gain d'aptitude) alors que les problèmes posés sont bien différents.

Nous allons, dans un second temps, faire une description des modérateurs dans les deux groupes d'enfants : ceux qui ont des difficultés d'acquisition (Tableau 09) et ceux, au contraire, qui n'en ont pas (Tableau 10).

L'évolution naturelle du développement, liée à l'âge, n'apparaît pas très significative de l'acquisition des principales aptitudes décrites dans l'EPCA dans cette population puisque la courbe des âges s'étale de 3 à 15 ans.

Tableau 07 : 16 enfants en psychothérapie présentent un blocage au niveau des acquisitions par rapport aux enfants de leur âge (enfants de 3-15 ans). Le tableau tient compte de la faible variation dans l'année et du nombre antérieur d'années de psychothérapie

<b>code</b>	<b>age</b>	<b>IG</b>	<b>Napa</b>	<b>EG00</b>	<b>EG12</b>	<b>Apt00</b>	<b>Apt12</b>	<b>MoyAptAge</b>
Y	3	3	0	38,8	32,8	1	0	4,8
Y	4	4	0	44	33,6	1	3	9,1
X	5	4	1	54,3	35,3	1	2	9,3
Y	5	2	1	24,1	12,1	4	5	9,3
X	6	3	0	60,3	39,7	2	3	7,1
Y	6	3	1	28,4	14,7	0	1	7,1
Y	7	0	4	57,8	45,7	1	2	8,3
Y	8	2	6	33,6	13,8	1	7	9,3
Y	8	3	0	59,5	51,7	1	2	9,3
Y	9	3	2	45,7	23,3	10	11	10,5
Y	9	3	4	25	11,2	9	10	10,5
X	10	4	6	31,9	25	0	1	10,9
Y	10	5	5	42,2	30,2	2	5	10,9
Y	11	5	0	48,3	42,2	6	4	9,8
Y	14	2	1	34,5	21,6	7	8	11
Y	15	4	4	41,4	25,9	4	8	11

Tableau 08 : Enfants en psychothérapie (29) présentant un gain d'aptitudes (très) favorable, saillant par rapport aux enfants du même âge.

<b>code</b>	<b>age</b>	<b>IG</b>	<b>Napa</b>	<b>EG00</b>	<b>EG12</b>	<b>Apt00</b>	<b>Apt12</b>	<b>MoyAptAge</b>
Y	3	1	0	54,3	15,5	0	6	4,8
Y	3	3	0	62,1	29,3	0	5	4,8
X	4	2	1	48,3	21,6	4	13	9,1
X	4	3	2	12,9	1,7	12	13	9,1
Y	4	1	0	25	12,1	6	12	9,1
Y	4	4	0	31	8,6	2	13	9,1
X	5	3	2	15,5	6,9	8	14	9,3
Y	5	2	2	51,7	7,8	6	14	9,3
Y	5	5	1	45,7	8,6	4	13	9,3

Y	5	1	0	33,6	14,7	9	14	9,3
Y	6	4	3	18,1	5,2	6	12	7,1
Y	6	2	2	47,4	31	3	11	7,1
Y	6	3	0	39,7	28,4	8	12	7,1
X	7	3	3	37,9	23,3	3	12	8,3
Y	7	0	2	12,1	3,4	8	11	8,3
Y	8	1	2	21,6	12,1	13	14	9,3
Y	8	7	1	52,6	40,5	13	14	9,3
Y	8	3	2	31,9	12,1	10	13	9,3
Y	10	4	5	38,8	13,8	10	14	10,9
Y	10	2	0	27,6	22,4	11	14	10,9
Y	10	3	6	33,6	13,8	9	14	10,9
Y	10	2	6	19,8	5,2	9	14	10,9
Y	10	4	6	17,2	6	5	14	10,9
Y	11	3	7	24,1	6,9	10	13	9,8
Y	12	5	3	38,8	11,2	11	14	12,5
Y	13	1	10	18,1	2,6	6	14	13,5
Y	13	2	6	29,3	15,5	12	13	13,5
X	14	3	10	18,1	6	13	14	11
Y	14	2	10	21,6	8,6	12	14	11

Voyons maintenant les modérateurs pour les 2 groupes.

Nous rappelons que les modérateurs ont été décrits au début de la psychothérapie comme des éléments pouvant avoir un impact général sur son déroulement.

Tableau 09 : Nombre d'enfants concernés par chacun des 10 modérateurs<sup>235</sup> et présentant un blocage au niveau des acquisitions relativement aux enfants de leur âge au cours de l'étude.

code	âge	IG	Napa	RPC	CSO	CDPD	CTP	SFR	ARP	ASFP	FPT	ASCO	CPS
Y	3	3	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
Y	4	4	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0
X	5	4	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0
Y	5	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
X	6	3	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Y	6	3	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Y	7	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Y	8	2	6	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Y	8	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
Y	9	3	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Y	9	3	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
X	10	4	6	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0
Y	10	5	5	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0
Y	11	5	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0
Y	14	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Y	15	4	4	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0
<b>Moy</b>	8,1	3,1	2,2	0,4	0,6	0,8	0,6	0,3	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
<b>Total</b>				6	10	12	9	4	2	3	0	2	2

<sup>235</sup> (RPC) retard de prise en charge ; (CSO) présence d'une comorbidité somatique ; (CDPD) contexte développemental précoce difficile ; (CTP) Contexte traumatique précoce ; (SFR) soutien familial réduit ; (ARP) absence de relations avec des pairs ; (ASFP) absence de soutien familial à la psychothérapie ; (FPT) faiblesse du plateau technique ; (ASCO) absence de scolarisation ; (CPS) présence d'une comorbidité psychique.



Suivant le tableau 6, les difficultés les plus signalées chez ces 16 enfants et leur famille (sont les suivantes :

Le contexte du développement précoce difficile est un facteur de risque très chargé (12 cas/16), sans que l'on puisse déterminer directement la nature de l'interaction entre les problèmes socio-familiaux, psycho-familiaux, et liés aux comportements de l'enfant. Il est associé dans 9 cas à un contexte traumatique précoce. Le contexte des problèmes somatiques de l'enfant est également important (10 cas). À noter que le plateau technique n'est jamais impliqué comme un facteur possible de faible évolution de l'enfant. En effet, ce modérateur n'est pas significatif à ce niveau puisque tous les enfants de la cohorte ont un bon plateau technique.

La démarche précédente a été renouvelée avec les enfants (29) dont les gains d'aptitudes apparaissent saillants par rapport aux enfants du même âge.

Tableau 10 : Enfants en psychothérapie (29) présentant un gain d'aptitudes (très) favorable, saillant par rapport aux enfants du même âge.

code	age	IG	Napa	RPC	CSO	CDPD	CTP	SFR	ARP	ASFP	FPT	ASCO	CPS
Y	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Y	3	3	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0
X	4	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
X	4	3	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
Y	4	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Y	4	4	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0
X	5	3	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Y	5	2	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Y	5	5	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1
Y	5	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Y	6	4	3	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0
Y	6	2	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Y	6	3	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0
X	7	3	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Y	7	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Y	8	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Y	8	7	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1
Y	8	3	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
Y	10	4	5	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0
Y	10	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Y	10	3	6	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Y	10	2	6	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Y	10	4	6	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1
Y	11	3	7	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Y	12	5	3	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1
Y	13	1	10	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Y	13	2	6	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
X	14	3	10	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
Y	14	2	10	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
<b>Moy</b>	<b>7,8</b>	<b>2,7</b>	<b>3,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,7</b>	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,2</b>
<b>Total</b>				<b>7</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>

Comme pour le premier groupe, le contexte de développement précoce difficile est également très important. Ce modérateur est donc un facteur commun à l'ensemble de la population étudiée. Nous notons également un nombre conséquent d'enfants dont le soutien familial est réduit.

Le tableau 8 compare les 2 groupes d'enfants en notant pour chaque modérateur le nombre et le pourcentage d'enfants soumis à ce modérateur défavorable.

Tableau 11. Comparaison du pourcentage de chacun des 10 modérateurs entre les groupes avec faible et fort gain d'aptitudes

	Enfants avec faible gain d'aptitudes	Enfants avec fort gain d'aptitudes
Retard de prise en charge	6/16 (37%)	7/29 (24%)
Comorbidité somatique	10/16 (63%)	6/29 (21%)
Contexte développemental précoce difficile	12/16 (75%)	20/29 (69%)

Événements traumatiques précoces	9/16 (56%)	11/29 (38%)
Soutien parental réduit	4/16 (25%)	17/29 (59%)
Absence de relations avec les pairs	2/16 (13%)	4/29 (14%)
Absence de soutien familial à la thérapie	3/16 (19%)	4/29 (14%)
Plateau technique faible	0/16 (0%)	1/29 (3%)
Absence de scolarisation	2/16 (13%)	1/29 (3%)
Comorbidité psychique	2/16 (13%)	1/29 (3%)

Ce tableau donne une indication sur un impact possible de certains modérateurs sur l'acquisition de compétences potentielles de l'enfant. Nous voyons chez le groupe d'enfants à faible acquisition que la prise en charge tardive (37%), la comorbidité somatique (63%), le contexte de développement précoce difficile (75%), les événements traumatiques (56%) sont nettement plus élevés que dans l'autre groupe. Nous remarquons dans l'autre groupe un soutien parental réduit plus important.

Évidemment, nous n'avons là que des résultats généraux qui ne peuvent nous donner qu'une tendance. Si nous prenons un focus plus précis, nous observons des situations individuelles spécifiques qui donnent un fil de compréhension.

Plus précisément, les éléments suivants sont décrits dans les formulations de cas des enfants avec acquisition réduite de nouvelles aptitudes :

Grossesse [psychologiquement] perturbée : 4 ; Difficultés néonatales +++ : 3 ; Problèmes psycho-familiaux : 7 dont 1 +++ ; Difficultés psychosociales précoces : 4 dont certaines +++ ; Problèmes somatiques initiaux chez l'enfant : 5 ; Régression secondaire : 3 ; Problèmes somatiques : 3 dont Trisomie avec handicap 1 ; Problèmes de sommeil : 3 ; Diagnostic tardif : 3

Les descriptions qualitatives, cas-par-cas, des principaux modérateurs dans les 16 cas problématiques sont les suivantes :

**Y . 3 ans. IG 3.** Famille immigrée, a connu des difficultés lors de leur déménagement en France. Sans papiers. Déménagement, scolarisation ?

**Y . 4 ans. IG 4.** Hospitalisation à 1 an pour dyspnée et mononucléose (réanimation). Cyanose à la naissance et malaises, divorce des parents quand il a 1 an et demi. Suivi social de la famille (violence familiale). Hospitalisation de la mère au 8ème mois de grossesse (hémorragie) suite aux violences du père.

**X . 5 ans. IG 4.** Repérage des troubles par les parents à 18 mois. Période néonatale difficile (difficulté à téter ayant fait arrêter l'allaitement maternel). Surveillance cardiaque en période néonatale : dort trop. Hyperactivité et troubles du sommeil durant la 1ère année. Immigration récente des parents. Parents anxieux, isolement affectif et social de la famille. Un projet thérapeutique est construit. Concerne aussi les parents, vus une fois par mois avec l'enfant.

**Y . 5 ans. IG 2.** Grand prématuré (5 mois et demi), pesait moins d'un kg. Resté en néonatalogie 2 mois et demi. Otite à répétition à 5 mois. Naissance par césarienne suite à une toxémie de la mère. Parents participants, Soutien de l'enfant, Très bon plateau technique, très bien suivi. Est allé à l'école à 3 ans sans AVS qui a été déclarée inutile.

**X . 6 ans. IG 3.** Sevrage difficile à 6 mois, anxiété à la séparation lors de la tétée. Développement normal puis, entre 24 et 36 mois régression du langage, troubles du sommeil... À 36 mois, nouvelle grossesse de sa mère qui semble avoir été traumatique. Très bon plateau technique. Scolarisation en alternance.

**Y . 6 ans. IG 3.** 5 ans lorsque la psychothérapie commence. Développement précoce : refus important de manger et dormir. Préoccupations dans le travail pour les parents et disputes. Psychothérapie 2s/s (50mn) + méthode ABA 25h/s.

**Y . 7 ans. IG 3.** Développement initial normal puis, à 16 mois, repli progressif et tristesse du jour au lendemain (aucun événement n'est rapporté). Parents et famille très soutenant. Va à l'école.

**Y . 8 ans. Trisomie 21. IG 3.** Handicap important dans différents domaines. Perte des compétences cognitives acquises : langage, graphisme. Les parents sont un soutien, mais ils ont des difficultés suite à la perte d'emploi et de statut professionnel du père. Déménagement.

**Y . 8 ans. IG 2.** Mère anxieuse. Enfant allaité jusqu'à 2 ans. Deuil important pour la mère (son frère), juste avant d'être enceinte. *A un très bon rapport avec sa maitresse qui le soutient.*

**Y . 9 ans.** Consultation précoce à 2 ans, mais suivi tardif. Bilan vers 5 ans. Psychothérapie 10 ans. Convulsions hyperthermiques à 4 ans. Torticolis congénital. Contexte de vie dans un environnement où son grand père est en train de mourir et qui perturbe la mère (2 ans). Contexte de grossesse difficile: œuf décollé du placenta, prématurité, suspicion de nanisme. *Les parents sont très ouverts à tout ce qui peut être proposé à leur enfant. Mise en place d'un plateau technique satisfaisant.*

**Y . 9 ans. IG 3.** Diagnostiqué à 4 ans, psychothérapie à 5 ans 4m. Problèmes intestinaux, intolérances alimentaires découvertes à 1 an. Troubles du sommeil vers 3 ans. Dépression du post-partum, solitude de la mère, conflit entre les parents la veille de l'accouchement. Les parents s'occupent de leur enfant avec compréhension de ses difficultés. Les parents sont séparés. Relations psychosociales limitées mais assez bonnes. *Parents très soutenant du travail de la psychothérapie.* 3 s/s psychothérapie psychanalytique pendant 2 ans, puis 2 s/s, et maintenant 1/s (45 mn). Éducateur à domicile 2 fois/s. A intégré normalement l'école maternelle, puis l'école primaire (est actuellement en CM1 où il va avec plaisir).

**X . 10 ans. IG 4.** Repérage par psychiatre à 2 ans et demi qui la prend en psychothérapie. Troubles du sommeil. Solitude de la mère au moment de la naissance avec abandon de ses propres parents. Le mari travaille et a du mal à gérer sa fille dans ses premières années. Le soutien familial est bon, mais entravé par les difficultés individuelles des parents. Soutien de la psychothérapie par la mère, mais pas par le père.

**Y . 10 ans. IG 3.** Dépisté par pédiatre à 1,5 an. Psychothérapie à 5,8 ans quand il est en HJ, puis arrêt quand il a 7 ans lorsqu'il entre en IME, mais reprise en libéral avec même thérapeute un mois plus tard. Problèmes somatiques nombreux, suspectés ou validés. Difficultés pendant la grossesse, déni du père. Opération chirurgicale de l'enfant vécue comme un traumatisme selon la mère. Fragilité du cadre familial. Relations psychosociales difficiles. La mère soutient la psychothérapie, mais pas le père qui la trouve inutile. Cependant, la mère persiste. Elle fera elle-même une psychothérapie et se séparera de son mari. Bon plateau technique. Va à l'école jusqu'à 7 ans avec AVS, puis IME.

**Y . 11 ans. IG 5.** Troubles repérés à l'école maternelle. Reflux oesophagiens dans les premiers mois de la vie. Troubles depuis la toute petite enfance. Consanguinité des parents, dépression de la mère à la naissance du petit frère, quand Y086 avait 8 ans. La famille paraît absente de la FC. Enfant hospitalisé, envoyé par CMP. Psychiatre 1/mois, ateliers 2/s, Psychothérapie 2/s. École à l'hôpital.

**Y . 14 ans. IG 2.** Problème soulevé à l'entrée en maternelle. Plusieurs prises en charge suivent, mais psychothérapie à 13 ans. S'isole de ses pairs. Les parents soutiennent la psychothérapie. Hyperactivité et déficit de l'attention.

**Y . 15 ans. IG 4.** Diagnostic établi à 5 ans. Début de psychothérapie à 11 ans. Troubles du sommeil ayant entraîné des conséquences dans les premières relations. Pas de difficultés précoces, sauf anxiété de la mère qui entrave parfois l'évolution. Césarienne d'urgence à la 41ème semaine pour manque

d'engagement et cordon ombilical autour du cou. La mère est ambivalente et anxieuse, ce qui pose parfois des problèmes d'évolution. *A beaucoup de relations avec ses pairs (scouts, etc.). Soutien de la famille jusqu'aux grands parents. Très bonne intégration scolaire.*

- **Discussion concernant l'impact des modérateurs sur les résultats**

L'impact des modérateurs a été d'abord envisagé sous l'angle de facteurs ayant potentiellement un effet défavorable. Ce choix s'est fait en référence aux risques que peut produire leur méconnaissance en terme de conception de l'action thérapeutique. Cet aspect a été développé à maintes reprises par Kazdin en référence aux travaux de Patterson (voir notamment Kazdin 1997) dans le cadre des troubles des conduites des enfants dont un des leviers majeurs d'évolution a été la guidance parentale pour les conduites éducatives. Ces attitudes inadaptées venaient en réponse aux troubles des enfants et contribuaient à produire un véritable cercle vicieux excitateur.

Ce facteur n'a pas été recherché dans la population suivie. En revanche, nous avons recherché les facteurs susceptibles de produire du stress à court et à long terme, et notamment les événements du développement précoce, ainsi que le contexte psychosocial actuel, qui peuvent réduire la sécurité de base du cadre familial. Cette réduction peut retentir sur le contexte affectif et émotionnel de l'enfant jusqu'à renforcer les mécanismes de retrait, voire de dissociation, lesquels peuvent expliquer l'absence de réponse initiale de l'enfant à la psychothérapie. Réciproquement, l'apparition d'un score élevé de sécurité de base est associée au début d'une implication des enfants dans la psychothérapie. *Ce blocage, qui apparaît dans les tableaux précédents, doit pouvoir être pris rapidement en compte pour examiner les attitudes et actions possibles à l'intérieur, mais aussi et quelque fois surtout, à l'extérieur de la thérapie (stress psychosocial intense).*

Il y a évidemment aussi un abord nécessaire des facteurs modérateurs favorables qui peuvent constituer des facteurs explicatifs des bons voire très bons résultats obtenus avec les enfants, parmi lesquels le soutien familial des enfants et de la psychothérapie.

Certains modérateurs peuvent avoir un effet différent selon la façon dont ils sont appréhendés. C'est le cas de l'école dans le parcours de l'enfant. L'école peut être un indicateur de réussite de la prise en charge, mais elle peut aussi être un facteur de stress pour l'enfant s'il n'y trouve pas sa place et rencontre des difficultés dans ses rapports avec la classe et les autres (p.e, X ). L'école

représente aussi parfois un facteur en lui-même favorable quand l'enfant y trouve un espace où il peut faire fonctionner avec succès son activité mentale.

Ces différents aspects sont généralement soulignés dans les formulations de cas.

D'un point de vue quantitatif, le nombre de modérateurs impliqués est-il susceptible d'avoir un effet défavorable sur les résultats ? Outre l'impact de l'IG sur les acquisitions d'aptitudes, nous avons également observé celui qu'il pouvait avoir sur les valeurs des résultats à 1 an pour les 66 cas (SGV1 et SGV2). SGV1 est constitué à partir de l'addition des variations au niveau du score global des comportements autistiques et du développement. SGV2 est constitué à partir de l'addition des variations Insight, défenses et relation au monde<sup>236</sup> et de SGV1.

La comparaison des résultats en fonction de la valeur de l'IG donne les résultats suivants :

IG < 3    24/66 cas    MoySGV1 = 31, sd = 16    Moy SGV2 = 40, sd = 22

IG ≥ 3    42/66 cas    MoySGV1 = 30, sd = 18    Moy SGV2 = 37, sd = 25

Les différences de résultats au niveau des moyennes sont faibles. Ce résultat montre que :

- il existe une très grande variation inter-cas pour un indice de gravité issu des modérateurs faibles (IG = 1 ou 2) : les résultats individuels pour SGV1 s'étendent de 6 à 66 points et pour SGV2 s'étendent de 10 à 74.
- cette variation importante se retrouve pour IG ≥ 3 : les résultats pour SGV1 s'étendent de -5 à 74 points et pour SGV2 de -16 à 101

L'âge est-il en lui-même un facteur explicatif ?

Il y a une très forte possibilité de développement chez les enfants de 3-5 ans, mais l'on trouve également des fortes évolutions en 1 an chez des enfants plus âgés. L'âge semble être un facteur favorable, mais on ne peut pas en faire un facteur absolu infranchissable.

Sur un plan plus qualitatif, nous avons vu avec les 16 cas avec résultats faibles qu'il y a en fait 4 modérateurs qui sont signalés dans plus d'1/3 des cas : la comorbidité somatique, le contexte de

---

<sup>236</sup> Ces variations sont obtenues à partir de 3 configurations d'éléments issus du Child Psychotherapy Process Q-set qui réunissent les items se rapportant respectivement à l'Insight, les mécanismes de défense et la relation au monde et aux autres.

développement précoce difficile, les événements traumatiques précoces, et le retard de prise en charge.

Ces modérateurs se retrouvent avec un pourcentage bien moindre dans le sous-groupe des enfants avec une évolution du développementl particulièrement favorable à âge égal : comorbidité somatique (21% vs 63%), événements traumatiques précoces (38% vs 58%) et avec un pourcentage réduit pour le contexte du développement précoce difficile (69% vs 59%) et le retard de prise en charge (24% vs 36%).

Un modérateur dont le résultat est au départ étonnant est celui du soutien familial de l'enfant qui est apprécié comme moins important avec les enfants qui évoluent bien. Une hypothèse serait que cela puisse être l'effet d'une préoccupation moindre qu'avec les enfants en difficulté.

Au niveau statistique, l'analyse de régression linéaire multiple apporte les éléments suivants :

La variation du score global des comportements autistiques (varEG) se réduit de -0.68 par année d'âge avec un  $p$  à 0,038 soit  $< 5\%$  ; celle du score de déficience relationnelle se réduit de -1,40 par année d'âge avec un  $p$  de 0,004 soit  $< 1\%$ . En revanche, l'âge n'intervient pas sur la variation du déficit de modulation des émotions.

La variation (favorable) du déficit de modulation des émotions est réduite par l'absence de relation avec les pairs et une comorbidité somatique ( $p < 0,05$ ).

La variation du score de développement (varDev) se réduit de -1.36 par année d'âge avec un  $p$  à 0.001 soit  $< 1\%$ . L'absence de relations avec les pairs (ARP), la faiblesse du plateau technique (FPT), la comorbidité somatique interviennent sur la variation du développement ( $p$  0.000 et 0,05). L'absence de soutien parental à la psychothérapie a un impact sur la variation de la relation au monde et aux autres (RMA) ( $p$  0.05).

La variation de la RMA est expliquée par la variation du développement ( $p < 0.05$ ) et de la déficience relationnelle ( $p < 0.05$ ).

Ces différents constats nous conduisent à accorder une très grande importance à l'analyse des cas individuels dans le registre des processus de médiation.

Quel est l'impact d'un problème saillant initial sur le processus de la psychothérapie ? Cet aspect sera présenté plus loin en relation à l'intolérance à la frustration et au changement.



*À l'issue de cette analyse, nous pouvons souligner l'intérêt et l'importance d'une comparaison des profils d'évolution d'enfants d'âge égal, pour prendre conscience des cas qui posent le problème particulier d'un blocage. La recherche d'une situation spécifique, guidée par les modérateurs impliqués, est une première étape qui peut permettre d'orienter sur une cause accessible à une intervention spécifique.*

## ANALYSE DU CHANGEMENT INDIVIDUEL AU COURS D'UNE ANNEE DE PSYCHOTHERAPIE

Chaque cas fait l'objet d'une analyse individuelle en cinq étapes dont la méthodologie est détaillée dans un numéro de *Pour la recherche* qui lui a été consacré.<sup>237</sup>

L'analyse des données en relation à une extension de la littérature consacrée aux processus de changement a conduit à associer au plan initial : 1) une analyse fonctionnelle à la formulation de cas ; 2) une analyse longitudinale des changements manifestes au cours de l'année d'étude de la psychothérapie ; 3) la mise en relation de chaque cas avec un ou plusieurs cas présentant une (l'âge) ou plusieurs variables communes, et 4) une analyse des cas regroupés à partir de la factorisation du processus, et 5) de la modélisation PLS-SEM du processus de changement.

Le plan de l'analyse individuelle se retrouve dans celui des cas regroupés.

- **Analyse de l'évolution de chaque cas individuel en 5 étapes.**

Cette analyse, synthétisée dans un fichier réalisé avec avec R<sup>238</sup>, est organisée à partir du plan suivant :

- **FORMULATION DE CAS INITIALE**

Une formulation de cas est un résumé et une organisation de l'évaluation clinique, au cours des premières séances, à la fin du traitement ou de l'étude, et chaque fois qu'une évaluation de la situation clinique apparaît nécessaire. Elle inclut la recherche de modérateurs susceptibles d'intervenir sur le processus et les résultats.

---

<sup>237</sup> Thurin, M. (2008). Présentation des outils du pôle autisme du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques. *Pour la recherche*, 57 : 2-8.

[www.psydoc-france.fr/Recherche/PLR/PLR57/PLR57.pdf](http://www.psydoc-france.fr/Recherche/PLR/PLR57/PLR57.pdf)

<sup>238</sup> R est un langage informatique dédié aux statistiques et à la science des données. RStudio est un environnement de développement intégré qui permet de travailler en R, développer de nouvelles bibliothèques. Le langage Rmarkdown permet de combiner des sections de texte mises en forme en markdown et des sections de code en R pour réaliser des rapports au format Microsoft Word ou PDF, et des présentations au format HTML5.

*La formulation de cas initiale peut être complétée par une analyse fonctionnelle qui décrit les relations entre les traits cliniques et les variables associées à l'extérieur et à l'intérieur de la psychothérapie. En particulier, elle permet à la fois de préciser les tenants et les aboutissants de la psychopathologie, mais aussi de concevoir les attitudes et actions thérapeutiques les plus pertinentes pour faire évoluer la situation clinique vers moins de troubles et plus de développement et de santé ;*

- **ÉVALUATION LONGITUDINALE DES INDICATEURS EXTERNES DE CHANGEMENT.**

Ces indicateurs concernent les comportements autistiques (global, déficience relationnelle, modulation émotionnelle), le développement (déroulement dans 8 dimensions et gains d'aptitudes), trois indicateurs du fonctionnement intrapsychique (insight, mécanismes de défense, relation au monde) ;

- **DEFINITION DES MEDIATEURS POTENTIELS DE CHANGEMENT**

Alors que les analyses classiques de groupe testent l'implication d'un médiateur dans les effets d'une technique psychothérapique, les études observationnelles conçoivent l'action potentielle de plusieurs médiateurs. Ces médiateurs peuvent intervenir isolément ou de façon conjuguée. La définition de ces médiateurs suit deux perspectives, celle des médiateurs émergents et celle des médiateurs préconstruits.

La première perspective réalise une élaboration qualitative des attitudes et interventions qui ont été activées durant l'année. Cette opération part des items qui caractérisent le plus les psychothérapies menées avec des résultats favorables. Les mesures de ces items/variables suivent une distribution normale de -4 à +4. Les variables qui sont très caractéristiques tout au long de l'année et les 26 variables ( $\leq -3$  et  $\geq 3$ ) les plus caractéristiques à chaque temps d'évaluation de la thérapie (c-a-d., au début, au milieu et à la fin) donnent un aperçu déjà précis de la psychothérapie. Regroupées par thèmes, elles se déclinent *en médiateurs émergents* qui donnent un instantané du processus interactif entre l'enfant et le thérapeute. Cette méthode est présentée en annexe (p 436).

Une seconde voie est organisée à partir de *médiateurs préconstruits*. Sous cette désignation, sont rangées les ingrédients dont l'effet sur les résultats de la psychothérapie ont été démontrés de façon générale (« la relation et l'alliance thérapeutique ») et ceux qui sont susceptibles d'être spécifiquement actifs dans le domaine de l'autisme. Cette mosaïque de médiateurs est réalisée à

partir de regroupements définis d'items du CPQ. Les premiers concernent respectivement l'engagement du patient, sa participation à la thérapie, son transfert avec le thérapeute, l'engagement du thérapeute, son ajustement et l'interaction patient-thérapeute. Les seconds concernent l'expression et la modulation des affects ; la communication la verbalisation et la symbolisation ; les interventions relatives au sens des expériences vécues et des comportements ; les conseils et interventions relatives aux comportements.

À ces deux registres des facteurs caractéristiques de la psychothérapie « émergent » et « pré construit » est associé un troisième registre. Il est composé des énoncés qui caractérisent et distinguent les approches psychodynamique et cognitivo-comportementale dans la pratique. Cette distinction permet situer les thérapies réalisées en relation avec chacune des deux approches.

Les différents médiateurs pré construits et leur composition sont présentés en annexe. Il en est de même pour les énoncés qui caractérisent les approches psychodynamique et cognitivo-comportementale.

#### - **RELATIONS ENTRE INDICATEURS, MODERATEURS ET MEDIATEURS.**

Elles sont réalisées sur un mode descriptif qualitatif au niveau du cas individuel (ainsi que statistique au niveau des cas regroupés).

Un des résultats de cette thèse est de donner une portée supplémentaire à cette analyse à partir de l'adjonction : 1) d'une analyse fonctionnelle à la formulation de cas ; 2) d'une analyse longitudinale des changements manifestes et du processus interne au cours de l'année d'étude de la psychothérapie ; 3) d'une analyse transactionnelle du processus d'évolution ; 4) d'une mise en relation de chaque cas, avec un ou plusieurs cas présentant une ou plusieurs variables communes et avec l'ensemble des cas, 5) à partir de la factorisation du processus, et 6) de la modélisation PLS-SEM du processus de changement.

#### - **DISCUSSION ET CONCLUSIONS.**

Les menaces à la validité interne pour chaque cas sont examinées. Les forces et les limites sont présentées. Les questions restantes sont soulignées.

Plusieurs études de cas réalisées suivant ce plan ont été publiées dans le bulletin *Pour la recherche*<sup>239 240 241</sup> (Thurin M. et JM 2013, 2012, 2011), ainsi que dans le Rapport d'étape à 4 ans du RRFPP (Thurin JM, Falissard B, Thurin M 2013). Un Webséminaire mensuel est consacré depuis 2015 à la présentation mensuelle de l'analyse modélisée d'un cas et à sa discussion avec les cliniciens. Il est enregistré et accessible en ligne. Chaque cas fait également l'objet d'un rapport réalisé avec Markdown à partir des données compilées dans *R* et, quand c'est nécessaire, d'une présentation synthétique en 1 page.

Dans cette thèse, les cas sont présentés comme points d'appui et de réflexion à partir des différentes méthodes dont la convergence fournit une alternative aux ECRs et qui permettent d'aborder des aspects qui ne leur sont généralement pas accessibles concernant les processus de changement et leurs mécanismes.

- **Contribution de l'Analyse fonctionnelle à la modélisation des facteurs de risque et de santé**

La formulation de cas (FC) est en soi une mine d'informations concernant le fonctionnement de l'enfant dans son contexte habituel. Elle apporte également une dimension chronologique des observations fournies. Avec des études de cas répliquées, comme dans cette recherche, il est possible d'examiner si certains facteurs susceptibles d'intervenir dans les résultats se retrouvent dans plusieurs cas, sur un mode favorable ou défavorable. Si c'est le cas, existe-t-il d'autres conditions associées à cette observation ? Par exemple, et cela devrait pouvoir se retrouver dans l'autisme, Kazdin et al. (1997, p 388) prennent l'exemple des complications prénatales et périnatales qui augmentent le risque de psychopathologie ultérieure (comportement perturbateur ou

---

<sup>239</sup> Thurin, J. M., Thurin, M., & Guibert, M. (2013). Données probantes en psychothérapie (2). Méthodologie et analyse : le cas Anna. *Pour la Recherche*, 77-78, 6-12.

<sup>240</sup> Thurin, M., & Thurin, J. M. (2012). Qu'avons-nous appris du processus de changement durant une année de psychothérapie psychanalytique de 20 enfants souffrant d'autisme ? *Pour la Recherche*, 73-74, 7-9.

<sup>241</sup> Thurin, M., & Thurin, J. M. (2011). Étude du cas de Piero. *Pour la Recherche*, 68-69, 15-16.

troubles d'extériorisation) chez les enfants (Rutter & Giller, 1983)<sup>242</sup>. Cette cause ne peut pas a priori être modifiée. Mais ils ajoutent que ces complications peuvent également refléter ou accroître la vulnérabilité à d'autres influences (par exemple, la séparation du parent) qui peuvent jouer un rôle causal et qui peuvent être modifiées. Les marqueurs qui peuvent être modifiés sont alors appelés "variables marqueurs". Si un changement dans le facteur conduit à un changement dans le résultat, alors un rôle causal peut être déduit dont l'explication est à examiner. Les données dont nous disposons peuvent permettre une attention particulière à ces questions<sup>243</sup>.

Dans le premier axe, symptômes et problèmes actuels, certains éléments se retrouvent dans plusieurs cas, comme l'influence qu'ont les changements, les discontinuités, les séparations, les déménagements, les situations familiales perturbées, la fragilité des parents. À chaque fois, se pose la question de l'influence particulière de cette variable sur le fonctionnement général et le développement de l'enfant et la façon dont elle peut être abordée. En effet, des réponses établies de façon durable (angoisse, comportements répétés) peuvent s'amender, ce qui plaide pour la reprise d'un processus de développement favorable lorsque certaines variables actives se désactivent ou qu'elles sont neutralisées par des variables contextuelles favorables. *Comment ces observations individuelles peuvent-elles acquérir une portée partagée dans la pratique ?*

Dans leur article de 1997, déjà cité, Kazdin, Kraemer et al. présentent comment la recherche « facteur de risque » peut apporter une contribution importante à la psychopathologie du développement en termes de prévention, mais aussi d'action thérapeutique, quand une cause est établie.

---

<sup>242</sup> Rutter, M., & Giller, H. (1983). *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. New York: Penguin Books.

<sup>243</sup> On peut ainsi envisager la séquence : Problème initial (p.e., complication périnatale) -> vulnérabilité à la séparation des parents -> action psychothérapeutique -> réduction de la vulnérabilité -> Question : par quel mécanisme ? -> hypothèse : symbolisation de l'expérience de séparation rendue possible par une action ajustée intégrant une relation propice, dans des conditions propices, et le langage. Une cause physiologique accroissant la vulnérabilité au stress de séparation peut être réduite par un comportement « psycho physiologique » de l'environnement comme dans les recherches de Francis, Champagne, Liu & Meaney (1999) avec les souriceaux issus de souches anxieuses.

Un facteur de risque est défini comme une caractéristique, une expérience, ou un événement qui, s'il est présent, est associé à une augmentation de la probabilité (du risque) d'un résultat particulier par rapport au taux du résultat de base dans la population générale (non exposée). La manifestation d'un comportement pathologique devient ainsi potentiellement soumise à l'intervention d'un facteur de risque qui, s'il est identifié, peut être modifié de telle façon que ce comportement se réduise. Dans les systèmes complexes, comme celui de la psychopathologie du développement, il est rare qu'un facteur unique soit à l'origine d'une adaptation pathologique. On est en présence d'une multi factorialité qu'il s'agit d'essayer de cerner. Plus précisément,

« Les influences et les résultats varient au cours du développement, ils se rapportent les uns aux autres de façon dynamique et réciproque, et sont soumis à de nombreux facteurs qui peuvent modifier leur trajectoire. Les défis consistent à conceptualiser, à mesurer et à cartographier les processus de développement ; à en comprendre la stabilité, le changement et les transitions ; et à identifier les influences qui peuvent être exploitées pour promouvoir un fonctionnement adaptatif positif ».

Le concept de facteur de risque est ainsi élargi à celui de facteur de protection.

« Le facteur de protection est utilisé pour se référer aux conditions antérieures associées à une diminution de la probabilité d'effets secondaires indésirables ou à une augmentation de la probabilité de résultats positifs. La recherche des facteurs de risque, comme approche, englobe à la fois l'étude des facteurs de risque et de protection ».

Cette présentation générale conduit à une question centrale, comment peut-on établir une relation de causalité entre un résultat et un facteur qui ici prend successivement une triple dimension, celle de facteur de risque (facteur déclenchant associé à une vulnérabilité), celle de réduction du risque (soit par une modification du contexte déclenchant, soit par une reconstruction interne de l'expérience déclenchante) et celle de production ou de renforcement d'un facteur de protection (le dépassement du stress devient une force).

Les auteurs expliquent en particulier comment la démonstration d'une causalité peut se construire suivant une série d'étapes qui vont de la constatation de corrélations entre le couple modérateurs-médiateurs et les résultats en conditions naturelles, jusqu'à la définition et le test, à différents niveaux (celui de la pratique ou expérimental), de variables explicatives fiables et cohérentes.

La formulation de cas initiale et l'attention portée au déroulement de la cure et à ses événements entrent dans ce processus.

La modélisation dans la formulation de cas initiale vise, dans l'idéal, à mettre en relation : (1) les troubles et problèmes, les vulnérabilités qui les sous-tendent et les événements qui les déclenchent ; (2) les causes actuelles (qui peuvent être liées à des causes anciennes) ; (3) les interventions qui sont projetées pour y remédier ; (4) les mécanismes par lesquels elles peuvent agir et ; (5) les résultats attendus.

Un point théorique central est qu'un comportement pathologique répétitif traduit une fixation à une réponse qui peut cesser d'être quasi-automatique lorsqu'une nouvelle expérience vient se substituer à celle qui a produit la fixation. La théorie psychanalytique (et cognitive (Janet)) introduit une seconde condition qui est l'intégration de l'événement dans le système symbolique. C'est la raison pour laquelle l'interprétation, qui peut être « simplement » un commentaire verbal du processus qui conduit au comportement pathologique, est considérée comme une action thérapeutique particulièrement importante. Elle est très largement utilisée dans les troubles autistiques avec l'hypothèse que la symbolisation, ordinairement réalisée dans le contexte ordinaire de la vie, n'a pas pu se réaliser du fait d'un débordement perceptif dont l'origine serait neurologique. Ces précisions confirment la remarque produite par différents auteurs (Kazdin, Stiles, ...) que *la recherche en psychothérapie est pour partie aussi une recherche théorique*.

La modélisation dans la formulation de cas finale (à 1 an) met en relation : 1) les troubles et problèmes ; 2) les causes actuelles de déclenchement ou de renforcement des manifestations pathologiques *et les éléments qui ont un effet favorable* ; 3) *les interventions qui ont été réalisées et leur chronologie (formulées par le thérapeute et le CPQ)*, 4) les changements observés et 5) les mécanismes par lesquels ils ont pu agir. En ce sens, ces données participent au test de la théorie du changement, issue de la formulation de cas initiale, qui a guidé l'action du thérapeute.

Cette modélisation est le produit d'une analyse fonctionnelle dont la perspective est décrite et explicitée par Haynes et Williams (2003). Ils suggèrent que l'amplitude estimée des effets du traitement est une fonction partielle du degré suivant lequel les mécanismes d'action qui lui sont associés modifient les variables causales les plus importantes des problèmes comportementaux du patient. Les modèles causaux nomothétiques peuvent informer le clinicien sur la potentialité de variables causales importantes, mais ils ont habituellement une validité de contenu insuffisante au niveau individuel parce qu'ils ne parviennent pas à capturer la configuration unique de variables et



de relations fonctionnelles qui le caractérisent. L'efficacité établie d'un traitement, relativement à un placebo ou à une condition contrôle dans un essai clinique, n'établit pas le mécanisme qui se situe derrière l'efficacité du traitement individuel.

Virues-Ortega et Haynes (2005) reprennent la perspective de l'article de 2003 en l'appliquant à la formulation de cas pour minimiser les biais de jugement clinique et optimiser la prise de décision clinique dans les processus d'évaluation et de traitement. Le principe général est d'identifier la chaîne causale qui conduit au comportement manifeste et de la synthétiser dans un texte et un graphique nommé "*Modèle Clinique Fonctionnel-Analytique du Cas*" (FACCM). Dans le cas présenté, les données sont issues des entretiens cliniques avec le patient et les personnes de son entourage, d'observations enregistrées en vidéo, et de questionnaires. La force de la relation fonctionnelle entre 2 variables est le degré de corrélation *estimée* entre elles au cours du temps. L'amplitude de la relation estimée est codée avec une échelle ordinale à 3 niveaux (faible, moyen et élevé). Le degré de modification de chaque variable est coté de 1 à 0. Il est souligné que certains fonctionnements pathologiques n'apparaissent que dans un contexte particulier. L'article présente un graphe qui met en relation les jugements du clinicien par rapport aux problèmes comportementaux du patient et aux variables qui les affectent.

À partir des données dont nous disposons, nous pouvons réaliser une analyse et une représentation graphique du même ordre avec un avantage : celui de pouvoir préciser, aux côtés des objectifs de la formulation de cas, les principales actions thérapeutiques qui sont observées à partir du CPQ et les informations issues de la seconde formulation de cas à 1 an. L'information issue de l'entourage de l'enfant, qui décrit notamment le contexte et les facteurs déclenchants qui accompagnent ses problèmes manifestes, et celle du thérapeute, qui observe *in situ* dans les séances ce qui occasionne ou réduit les comportements pathologiques, se trouvent ainsi associés en une relation à potentialité thérapeutique.

Sur cette base, il est possible de préciser que les causes des manifestations comportementales peuvent être *internes* (par exemple, la peur et l'angoisse) ou être *externes* (p.e. le contexte socio-familial, incluant l'école, le caractère familial ou non d'un lieu ou d'une situation, les problèmes somatiques associés, qui sont indexés dans les 10 modérateurs examinés systématiquement). Les données permettent également de considérer les mécanismes de défense et l'ambiance contextuelle qui accompagnent les situations d'expression manifeste, et introduisent la dimension causale. Un

second niveau d'analyse et d'hypothèses est introduit par les théories du développement qui décrivent les éléments structurels qui peuvent intervenir comme modérateurs de la confrontation au monde et aux autres.

- **Application à deux cas**

Nous allons présenter deux exemples de cette approche. Ils partagent un trait commun, celui de troubles de la modulation affective et émotionnelle, dont les thérapeutes ont souligné l'importance dans la formulation de cas.

- le premier est celui de Y086, dans lequel le déroulement du processus allant de la formulation de cas à une action thérapeutique « éclairée » conduit à un résultat non définitif, mais qui montre l'implication de variables de contexte dans la survenue d'un symptôme répétitif, l'intolérance au changement et à la frustration. Il montre aussi le changement structurel qui peut se réaliser au niveau interpersonnel, même si la sensibilité émotionnelle reste forte.
- le second cas est celui de Y078. Il présente comme Y086 une intolérance au changement et à la frustration associée à une problématique relationnelle avec sa mère qui a été violente et intense. La méthode d'analyse des facteurs de risque associée à la formulation de cas, également adoptée avec le cas Y078 est complétée par une analyse séquentielle de la relation thérapeutique entre le patient et le thérapeute.

## **a. Évaluation de la psychothérapie de l'enfant Y086**

### **VIGNETTE DE PRESENTATION**

Y086, 11 ans, est entré à l'unité de jour en 2005. Il a eu plusieurs prises en charge corporelles avant qu'une indication de packs soit posée, suite à une augmentation de son agitation. Les packs ont donc commencé 3 ans après son entrée à l'unité de jour. Les séances ont eu lieu à un rythme de deux fois par semaine et elles ont duré plus de 2 ans. Elles se sont arrêtées avec le départ de l'enfant vers une autre institution. À son entrée dans l'étude, il est noté que l'enfant présente un trouble de la régulation émotionnelle depuis la toute petite enfance, ainsi qu'un trouble des interactions précoces. Des troubles métaboliques et une consanguinité parentale sont également signalés. Le niveau actuel de développement de Y086 est dysharmonieux. Il est autonome pour l'habillement, l'alimentation et la toilette. Sa motricité est au niveau de celle d'un enfant de 3 ans environ. Il présente une instabilité motrice et émotionnelle, une auto et hétéro agressivité avec atteinte de l'intégrité corporelle, une intolérance à la frustration. Son mécanisme de défense privilégié est la projection.

### **FORMULATIONS DE CAS INITIALE ET FINALE**

Elles sont présentées sous forme de fiches dans les deux pages suivantes.

### **SYNTHESE DES MODERATEURS PRINCIPAUX**

Y086 part d'un score assez élevé à l'ECAR (48) qui se réduit peu (42) à 1 an. Il a 6 acquisitions au départ, mais seules 4 d'entre-elles sont confirmées à un an. C'est un enfant qui a des troubles graves depuis la toute petite enfance. Il est noté dans la formulation de cas à un an que l'enfant sort de son repli autistique et qu'il a un niveau global de développement de l'âge de 2 ans environ. Les modérateurs cotés 1 sont le retard de prise en charge initiale, une comorbidité somatique, le contexte de développement précoce difficile, l'absence de soutien familial de la thérapie et l'absence de scolarisation (IG = 5).

### **FORMULATIONS DE CAS ET GRAPHIQUES DE Y086**

Fig 04 : Présentations synthétiques et sous forme de graphiques du processus de changement de l'enfant Y086 au cours de l'année d'étude intensive de son cas.

### FC et graphiques de Y086

La représentation graphique du trouble de la régulation émotionnelle décrit dans la formulation de cas initiale et de son évolution à 12 mois souligne le rôle des événements stressants dans le déclenchement du symptôme d'intolérance au changement et à la frustration. Ce comportement est accompagné, comme dans d'autres cas, d'auto et hétéro-agressivité et de mécanismes de défense de type projectif. On note que les facteurs déclenchants sont les situations contraignantes de groupe (école et unité de jour) qui sont probablement des sources de peur et d'angoisse auxquelles s'associe une instabilité motrice et émotionnelle.

Dans la formulation de cas à un an, il est noté que cette intolérance persiste, mais qu'elle est mieux supportée. Il existe une réduction des défenses, une diminution des conduites auto-agressives et l'enfant peut se recentrer en écoutant de la musique et en chantant. En revanche, il est noté que l'hétéro-agressivité s'est accrue avec une expression directe sous forme de crachat et d'attaques. Ce passage de l'auto-agressivité à l'hétéro-agressivité est important. Il est précisé que le contexte familial s'est ajusté aux difficultés de l'enfant. Les thérapeutes signalent également une sortie du repli autistique. L'attitude du thérapeute est précisément ajustée à la situation émotionnelle particulière de l'enfant.

**Formulation de cas initiale** - CIM10 TED non spécifié Fiche générale

**Symptômes et problèmes actuels de l'enfant :**

- Troubles du comportement
- Troubles de la communication
- Troubles de la régulation émotionnelle
- Retard de langage
- Troubles psychomoteurs

**Événements stressant, précipitant, dans le contexte de vie actuelle ; éléments favorables :**

- Éléments stressants : situations contraignantes de groupe (école, Unité de jour) ; bilans somatiques réalisés à l'extérieur, discontinuité
- Éléments favorables : apaisement avec médiateurs (piscine), relation individuelle

**Facteurs non dynamiques et dynamiques qui ont pu contribuer à son problème :**

- Reflux gastrique œsophagien durant les premiers mois de vie

**Niveau de développement, qualité des relations interpersonnelles, autonomie et handicap :**

- niveau actuel de développement : dysharmonieux, autonome pour l'habillage, l'alimentation et la toilette. Motricité : niveau 3 ans environ
- PEP-R (sept 2006) : score développemental : 20 mois. Motricité fine : entre 9 et 12 mois ; motricité globale : 10 mois ; imitation : entre 3 et 12 mois ; coord oculo-manuelle : 24 mois ; perf. cognitive : 20 mois ; cognition verbale : 23 mois
- Rmq : petite amélioration dans les différents domaines aujourd'hui. (env. 28 mois)

**Contenance et expression émotionnelle ; mécanismes de défense et ajustement :**

- Instabilité motrice et émotionnelle.
- Auto et hétéro agressivité. Atteinte de l'intégrité corporelle. Atteinte de l'intégrité corporelle.
- Intolérance à la frustration
- Mécanisme de défense : projection

**Hypothèses associées aux problèmes actuels et généraux de l'enfant :**

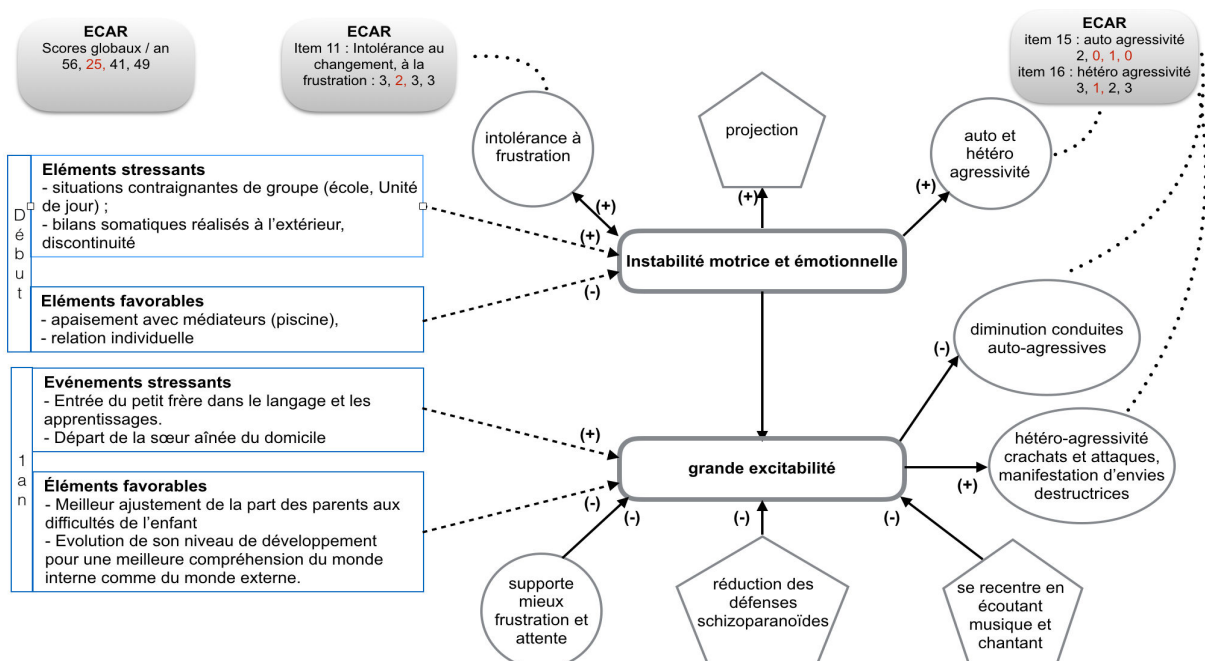
- Trouble envahissant du développement
- Trouble de la régulation depuis la toute petite enfance, trouble des interactions précoces
- Troubles métaboliques
- Consanguinité parents

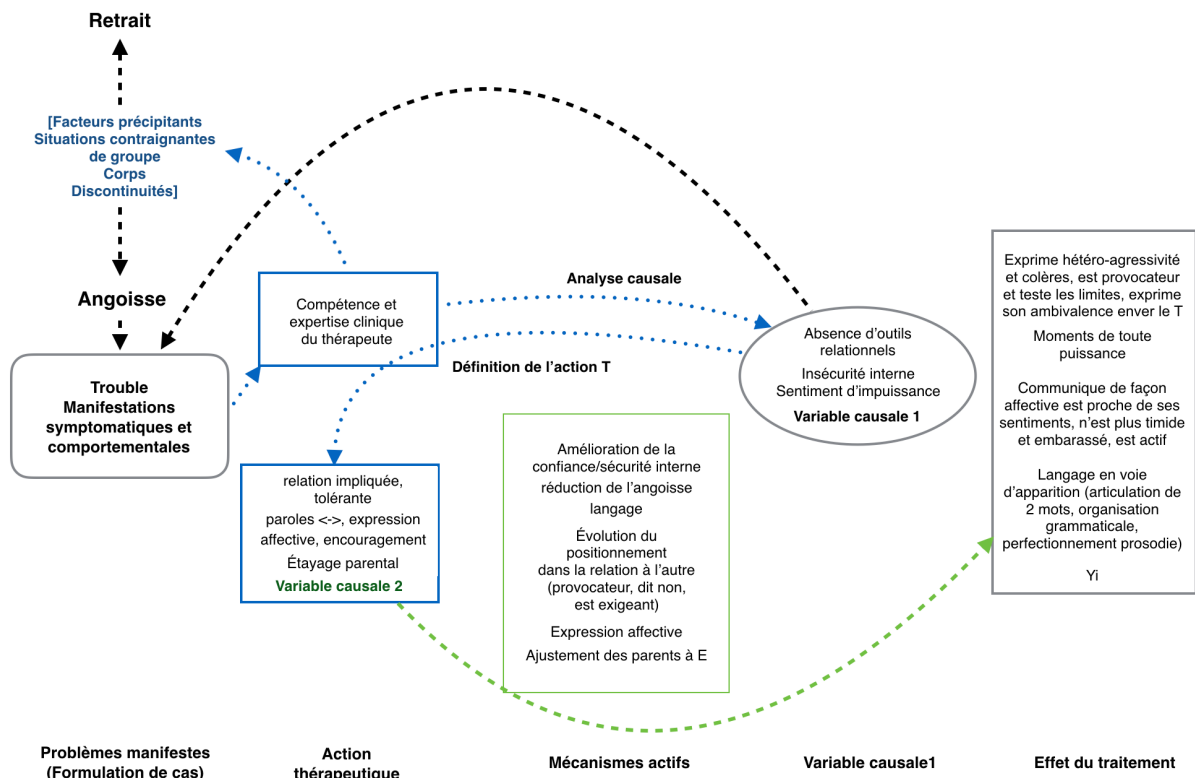
**Objectifs**

- Contenir le débordement émotionnel et son expression tonique
- Construction de la représentation du corps et de ses limites
- Intériorisation du cadre et des limites
- Intériorisation de l'expérience tonique de la détente
- Imposer des limites et des frustrations au besoin de maîtrise orale sur l'autre et l'environnement
- Expérience de la continuité psychique et de l'aire transitionnelle
- Proposition d'activités symboliques
- Intériorisation de l'alternance destruction/réparation vis-à-vis de l'objet
- Soutien de l'autonomisation dans l'action sur l'environnement
- Soutien des explorations verbales en leur donnant une dimension d'échange ludique

**Stratégie de départ**

- Situation de contenance avec portage et arrière-fond
- Régulation de la juste distance à l'autre par la proposition de situations ludiques
- Encourager les initiatives à faire tout seul
- Jeux de mimes et activités graphiques
- Aider à la verbalisation des états et des situations
- Respect du besoin de se rassembler en mettant l'autre à distance
- Aide à la tolérance de la frustration





**Formulation de cas à 1 an**

**Fiche générale**

**Symptômes et problèmes actuels de l'enfant :**

- Grande excitabilité, crachats et attaques corporelles pour tenir l'autre à distance et l'atteindre en même temps, exhibition, manifestation d'envie destructrice. Alternance d'états hypomaniaques et dépressifs.
- Troubles du comportement : conduites provocatrices, jets d'objets, agitation

**Événements stressant, précipitant dans le contexte de vie actuelle ; éléments favorables**

- Entrée du petit frère dans le langage et les apprentissages.
- Départ de la sœur aînée du domicile
- Meilleur ajustement de la part des parents aux difficultés de l'enfant
- Evolution de son niveau de développement pour une meilleure compréhension du monde interne comme du monde externe.

**Facteurs non dynamiques et dynamiques qui peuvent contribuer à son problème-**

Dégel pulsionnel et sortie de la phase de repli

**Contenance et expression émotionnelle ; mécanismes de défense et ajustement**

- Vite débordé par les situations, se recentre en écoutant de la musique et en chantant, peu de modulation dans les expressions (passe de la colère aux rires).
- Supporte la fermeté du cadre qui peut lui être imposée (suspension de séance après plusieurs mises en garde à la suite de comportements agressifs).
- Supporte mieux la frustration et l'attente sans manifestations toniques (meilleure contenance corporelle).
- Commence à pouvoir faire semblant de mordre.
- Commence à s'intéresser aux supports symboliques (poupées et traces graphiques)

**Hypothèses associées aux problèmes actuels et généraux de l'enfant**

- Sortie du repli autistique, troubles envahissants du développement
- Non validation de l'hypothèse de troubles métaboliques

**Facteurs non dynamiques ayant pu contribuer aux changements apparus (événements de vie, soutien de la famille)**

- Reprise de la vie active par la mère (inscription à une formation professionnelle) qui témoigne de l'amélioration de son état dépressif.
- Inscription de l'enfant dans la communauté sociale des parents (profession de foi)

**Effets constatés**

- Amélioration du niveau de communication : langage, mimique et gestuelle
- Évolution dans les modalités d'investissement relationnel : apparition de la provocation dans une recherche de contact
- Diminution du recrutement tonique et des prothèses de rassemblement
- Enveloppe corporelle constituée (distinction dedans/dehors)
- Acquisition en cours du temps circulaire (ritualisation et repérage de cycles)
- Diminution des conduites auto agressives
- Mécanisme de défense : diminution des mécanismes schizo-paranoïdes avec premiers accès aux sentiments dépressifs et premières préoccupations pour l'autre.

**Première analyse des événements de la psychothérapie qui ont pu contribuer à cette évolution**

- Situations de contenance avec portage, arrière fond et enveloppement
- Importance de la fiabilité du cadre qu'il a pu intégrer progressivement (régularité, fréquence des séances, organisation des thérapeutes)
- Soutien de l'élaboration psychique des vécus internes et partagés (mise en mots, dramatisation des situations, travail de remémoration et d'anticipation)

Le graphique ci-dessus comprend, de gauche à droit, 5 parties présentant les différentes variables et les relations entre leurs composants.

La première partie décrit les problèmes manifestes (dysfonctionnements) initiaux sur lesquels une action thérapeutique est projetée dans la formulation de cas, dysfonctionnements confirmés par l'Eca-r et l'Epc-a.

La seconde partie décrit les grandes lignes de l'action thérapeutique du thérapeute, telle qu'elle est caractérisée par le CPQ. Elle comprend 2 registres : expertise et action stratégique qui est la variable causale 2.

La partie centrale décrit les mécanismes à partir desquels l'action thérapeutique est susceptible d'agir sur les variables causales.

La quatrième partie correspond aux variables causales qui doivent être explicatives des dysfonctionnements initiaux et qui doivent être influencées par les variables de la partie centrale. On s'aperçoit ici qu'il y a à la fois réduction de la peur des autres et construction du sentiment de soi qui sont eux-mêmes liés par un mécanisme commun soutenu par la modalité relationnelle établie avec le thérapeute.

La cinquième partie dresse l'état des résultats.

## COMMENTAIRE DU GRAPHIQUE DE L'ANALYSE FONCTIONNELLE (Y086)

1. Nous partons d'un *problème manifeste* signalé dans la formulation de cas, celui de manifestations émotionnelles intenses chez un enfant de 11 ans souffrant de troubles autistiques. Nous nous gardons de nous précipiter sur un traitement médicamenteux pour les réduire et cherchons les facteurs qui peuvent les expliquer.

La formulation de cas décrit d'une part des facteurs précipitants (*en bleu sur la gauche*). Ce sont les situations contraignantes de groupe, les bilans somatiques à l'extérieur et les discontinuités. Nous pouvons prendre en compte qu'en dehors de ces contextes précipitants accompagnés de manifestations émotionnelles intenses, l'enfant est plutôt dans le retrait.

2. Le thérapeute recherche quels sont les déficits et les dysfonctionnements qui peuvent expliquer ces réactions (*variables causales 1*) : l'enfant ne parle pas (déficit du langage pour s'exprimer) ; d'autre part, il semble être dans l'insécurité, il a peur.

3. Sur ces bases, le clinicien envisage une intervention à deux niveaux : d'une part, dans le cadre d'une relation adaptée à l'enfant, lui parler, interpréter son comportement, essayer de lui faire exprimer ses sentiments, éventuellement utiliser une technique de médiation pour jouer avec lui la situation qui lui fait peur. Son attitude générale est le soutien et l'attention. Parallèlement, le thérapeute a parlé avec les parents et ils ont convenu ensemble des attitudes les plus favorables de réassurance et d'accompagnement de l'enfant quand il est exposé.

4. Ces éléments constituent l'*action thérapeutique* (variable causale 2) qui va répondre à la variable 1 en réduisant le facteur insécurité et en centrant les interventions spécifiques sur la communication, le langage et l'expression émotionnelle. Cette action intervient par la boucle 2. Cette orientation générale se retrouve dans les éléments identifiés comme caractéristiques du processus avec le CPQ <sup>244</sup>.

Durant l'année de thérapie, le T est sensible aux sentiments de l'enfant (item 6), il est particulièrement impliqué affectivement (item 9), il tolère ses affects ou pulsions violentes (item 45), quand l'interaction est difficile il s'adapte à l'enfant (item 47). Spécifiquement à 2 mois, les remarques du T visent à encourager la parole de l'enfant (item 3), il souligne la verbalisation d'états

---

<sup>244</sup> Ce sont les items les plus caractéristiques qui sont pris en compte ici. Les items en bleu décrivent l'attitude du thérapeute alors que les autres sont orientés vers un but.

internes et affectifs (item 97). Spécifiquement à 6 mois, le T souligne les sentiments de l'enfant pour qu'il puisse les éprouver davantage (item 81), il l'aide à contrôler ses sentiments (item 82), il agit pour renforcer ses défenses (item 89). À partir de 6 mois jusqu'à 12 mois, le T est sensible au développement de l'enfant (item 77).

5. *L'effet du traitement* est une meilleure tolérance à la frustration avec réduction des troubles du comportement qui sont associés, mais surtout une sortie du repli autistique permettant une relation affirmée à l'autre, qui inclut une expression directe de conduites provocatrices et de défenses actives.

Dans ce modèle, nous partons d'une action thérapeutique relative aux problèmes "intolérance à la frustration et aux changements" et "instabilité motrice et émotionnelle". Ces deux problèmes sont notés dans la première FC de la thérapeute et de ses pairs. D'autres caractéristiques de la situation fonctionnelle de Y086 sont précisées par les instruments : l'anxiété et la tension nerveuse qui s'expriment dans sa relation avec le monde et son état émotionnel.

Une question qui se pose à ce stade est celle d'une action thérapeutique qui corresponde et puisse intervenir sur les variables causales profondes de ces troubles, variables causales qui peuvent être éclairées par les facteurs déclenchants, sans s'y identifier. Comment définir les variables causales de l'instabilité motrice et émotionnelle et l'intolérance à la frustration et aux changements ?

Suivant Ph. Mazet<sup>245</sup>,

"On rencontre dans le TDAH [dont certains traits de proximité avec l'autisme sont fréquemment soulignés] deux types d'instabilité psychomotrice : un état d'incontrôle émotionnel (avec hypotonie) permettant à l'enfant, à travers son trouble, de mieux percevoir son corps, et un état tensionnel (avec hypercontrôle) avec survenue par moments d'explosion, de faillite du système de contention. Il faut souligner là l'importance de l'école française. [La description de Y086 renvoie à ce second type.]

Les approches psychodynamiques psychanalytiques considèrent que les mécanismes psychopathologiques interviennent au cours du développement dans l'investissement du corps et du mouvement, au détriment de la pensée : déficit dans le holding maternel (Winnicott), mécanisme défensif autour de la position dépressive (Klein),

---

<sup>245</sup> <https://www.tdah-france.fr/Approches-psychopathologiques-du.html>

défaillance des capacités de représentation et de symbolisation, atteinte des assises narcissiques en sont des exemples.

Les autres approches psychologiques font intervenir les liens d'attachement et le sentiment d'insécurité interne, l'atteinte de l'estime de soi, les troubles dans la construction du sentiment de soi, du Soi“.

Le CPQ permet de distinguer les éléments les plus caractéristiques de l'action thérapeutique, observés à 2, 6 et 12 mois. L'attitude générale du thérapeute est une implication affective, une forte sensibilité aux sentiments de l'enfant, et une adaptation à l'enfant quand l'interaction est difficile. À 2 mois, il encourage l'enfant à s'exprimer, commente, reformule, interprète, fait des liens ; à 6 mois, il est directement rassurant, il souligne les sentiments de l'enfant pour qu'il puisse les éprouver davantage, tout en l'aidant à les contrôler ; à 12 mois, il fait des liens entre les sentiments de l'enfant et ce qu'il vit, il clarifie, redit ou reformule ce qu'exprime l'enfant. Son action spécifique se déroule donc dans une perspective de développement associant le double registre de la communication et du langage d'une part, de l'expression émotionnelle d'autre part.

À un an, l'enfant communique de façon affective, est proche de ses sentiments ; il n'est plus timide et embarrassé. Il est actif et la confiance a remplacé la méfiance initiale. Le langage est en voie d'apparition (articulation de 2 mots, organisation grammaticale, perfectionnement de la prosodie). Il exprime hétéro-agressivité et colères, est provocateur, teste les limites avec le thérapeute et exprime son ambivalence envers lui ... il a du mal à quitter la séance. Il traverse des moments de toute puissance.

Nous pouvons concevoir l'hypothèse que trois mécanismes issus du traitement ont agi sur les variables causales : (1) l'amélioration de la sécurité interne et la construction de la confiance ; (2) une affirmation vis-à-vis de l'autre représenté par le thérapeute (dit non, est exigeant, provocateur, n'est plus timide et embarrassé) et sa répercussion sur le sentiment de soi et sa construction/consolidation ; (3) l'expression affective et le rapprochement de ses sentiments. Il ne cherche pas à contrôler ses sentiments ou ses impulsions et bénéficie sans doute de l'effet du meilleur ajustement des parents aux difficultés de leur enfant.

Au total, on constate à T12 une évolution importante de l'enfant dans ses rapports aux autres et à lui même. En revanche, l'intolérance au changement et à la frustration reste cotée à 3 à l'ECA-r, ainsi que l'agitation turbulente et l'hétéro-agressivité (à noter toutefois une réduction des 3 scores à



T2). Il manifeste des envies destructrices vis-à-vis des autres, exprime une certaine toute-puissance infantile avec besoin de possession maîtrisante (items cotés 2 et 3 à l'EPCA). La difficulté de communiquer se maintient (sauf sous l'angle de colères dirigées). Au niveau émotionnel, il a la capacité de se recentrer en écoutant de la musique et en chantant.

L'évolution de ce cas fait bien apparaître la différence entre le symptôme manifeste, dont les manifestations peuvent laisser penser que la cause en est superficielle, et l'organisation de l'enfant dans son rapport à l'autre, et par effet réciproque à lui-même. Y086 prend de la sécurité et de l'assurance dans sa possibilité de se manifester, d'exprimer ses sentiments ambivalents et de contester la toute puissance de l'autre. Il y a un dégel de son expression affective et un progrès dans le langage ... mais guère dans sa capacité de supporter la frustration qui doit impliquer des mécanismes qui n'ont pas été activés dans la séquence étudiée.

### **b. Évaluation de la psychothérapie de l'enfant Y078**

Suivant la méthodologie des facteurs de risque appliquée aux processus de changement développemental (Kazdin et al. 1997, Kraemer et al. 2001), plusieurs considérations sous-tendent la mise en oeuvre et l'efficacité de la psychothérapie individuelle d'un patient complexe :

- le patient présente plusieurs problèmes comportementaux et du développement qui peuvent s'affecter réciproquement par des voies complexes ;
- chaque problème comportemental et du développement peut être affecté par plusieurs variables en interaction ;
- l'ajustement de la thérapie s'objective par des actions thérapeutiques privilégiant les variables potentiellement actives sur la ou les causes actuelles des problèmes.

Concrètement, comment ces différents aspects peuvent-ils être abordés ? Nous en prenons, pour exemple, le processus de la psychothérapie de Y078.

#### **VIGNETTE DE PRESENTATION**

Y078 a eu une consultation précoce (2 ans), mais c'est un bilan vers 6 ans qui relate un score à la CARS-T à 38 (syndrome autistique moyen) et des retards important au niveau du développement (langage inexistant, communication, socialisation...). La psychothérapie débute lorsqu'il a 7 ans 1/2, au rythme d'une séance par semaine en libéral (contrainte budgétaire). Il est alors en IME. Lorsqu'il entre dans l'étude, à l'âge de 9 ans, il sait s'habiller et se déshabiller.

Au début de la psychothérapie, Y078 était très violent envers sa mère. Il la frappait très violemment, ainsi que les autres membres de la famille. Il était intolérant à toute forme de limitation, de frustration. Il avait des couches jour et nuit, ne parlait pas, quelques syllabes simplement. Il utilisait la main de l'adulte pour avoir ce qu'il voulait. Il sait s'habiller et se déshabiller. C'est la première fois qu'il a un suivi de psychothérapie individuelle avec une psychologue.

Les parents sont très ouverts à tout ce qui peut être proposé pour leur enfant. Ils rencontrent la thérapeute régulièrement. Antérieurement à sa psychothérapie, il était dans un hôpital de jour et était suivi en psychomotricité et en orthophonie. L'orthophonie a repris sur l'incitation de la psychothérapeute actuelle.

### **SYNTHESE DES MODERATEURS PRINCIPAUX**

Y078 part d'un score élevé à l'ECA-r (53) qui se réduit beaucoup à 12 mois. Il a 10 acquisitions au début de l'évaluation et 11 à 1 an. Les aptitudes non acquises sont les suivantes : Stade du miroir, Perfectionnement de la prosodie et Notion d'écoulement du temps.

Concernant les 10 modérateurs observés :

1) Âge de prise en charge : première consultation à 2 ans, mais bilan vers 6 ans et début de psychothérapie à 9 ans ; 2) Contexte somatique : convulsions hyperthermiques à 4 ans ; torticolis congénital ; 3) Contexte de développement précoce : contexte difficile, son grand père est en train de mourir, ce qui affecte beaucoup sa mère (très déprimée). La fin de vie du grand-père dure 2 ans après la naissance ; 4) Contexte traumatique précoce : grossesse difficile, oeuf décollé du placenta, prématuré, suspicion de nanisme ; Grand père mourant qui geint... ; (5) Soutien familial : bon soutien des parents qui font ce qu'ils peuvent ; (6) Relations psychosociales : RAS. Il a été gardé par sa mère jusqu'à l'âge de 3 ans, mais ensuite, école, etc. ; (7) Soutien des parents à la psychothérapie : les parents soutiennent la psychothérapie et sont très ouverts à ce qui peut être proposé pour leur enfant ; la thérapeute rencontre les parents environ tous les 2 mois ; (8) Plateau technique : bon. 1 séance de psychothérapie psychodynamique / semaine en libéral ; la thérapeute en souhaiterait 2, mais c'est financièrement impossible ; 1 séance d'orthophonie en libéral/semaine ; participe à des ateliers : trampoline, ferme pédagogique et vélo ; Il est en IME ; (9) Scolarité : dans l'IME ; 10) Pas de comorbidité psychique. (IG = 3).

Outre le début tardif de la thérapie, malgré un dépistage et un bilan précoces, les modérateurs pouvant avoir un effet négatif sur la psychothérapie de Y078 sont les suivants : comorbidité somatique, contexte de développement précoce difficile et contexte traumatique précoce.

## **FORMULATIONS DE CAS ET GRAPHIQUES DE Y078**

Fig 05 : Présentations synthétiques et sous forme de graphiques du processus de changement de l'enfant Y078 au cours de l'année d'étude intensive de son cas<sup>246</sup>.

---

<sup>246</sup> Le second graphique est différent de celui de Y086. Il a été réalisé sur la base de ceux proposés par Haynes et Williams dans l'article de 2003.

## FC et graphiques de

La représentation graphique du trouble de la régulation émotionnelle décrit dans la formulation de cas initiale et de son évolution à 12 mois souligne le rôle initial de la peur du monde extérieur et de l'angoisse de séparation. Ces deux facteurs sont-ils liés et influencent-ils le symptôme d'intolérance au changement et à la frustration ? Ce comportement est accompagné initialement d'hétéro-agressivité et de mécanismes de défense importants de différents types. On note que les facteurs déclenchants sont la séparation et les relations aux autres quand on s'adresse à l'enfant. Ses relations sont dissociées. Il présente aussi initialement des troubles alimentaires importants.

Dans la formulation de cas à un an, il est noté que l'intolérance persiste sous une forme atténuée et qu'elle est mieux supportée. Il existe une réduction importante des mécanismes de défense, une diminution des conduites auto-agressives. Les émotions sont mimées, il y a des jeux symboliques en séance avec faire semblant et miroir. Le sommeil s'est amélioré, l'enfant mange très bien, la propreté est acquise. En revanche, une activité intense orale sous forme de tétée permanente (dégel pulsionnel ?) est présente. Le processus du changement et l'interaction avec le thérapeute, qui en fait partie, sont présentés plus bas.

Formulation de cas initiale Y012 Age 9 - CIM10 F84.0

Fiche générale

### 1) Symptômes et problèmes actuels de l'enfant

Hyper ritualisation, peu de langage.

- Facteurs précipitant : Séparation, relations avec les autres quand on s'adresse à lui (ne sait pas comment faire).
- Éléments favorables : les parents sont très ouverts et tiennent compte des conseils (par exemple, de faire suivre leur enfant par une orthophoniste).

### 2) Facteurs non dynamiques et dynamiques qui ont pu contribuer à son problème

- La grossesse ne s'est pas bien passée. À 2 mois œuf décollé (placenta), à 6 mois contractions et suspicion de nanisme qui disparaîtra (deux échographies), à 8 mois accouchement prématuré qui se passe très bien. Convulsions hyperthermiques à 4 ans lors d'une varicelle. Torticolis congénital.

### 3) Intégration synthétique des données

- Relations interpersonnelles. Cesar a des relations avec les adultes et les enfants de l'IME, mais sans différenciation des personnes. Il s'adresse à elles, mais si on le sollicite, il a peur.
- Affect. Il présente une intolérance à la frustration et surtout à la séparation et avec sa mère ainsi qu'une très grande angoisse par rapport à l'extérieur : les autres lui font peur et il peut réagir par l'attaque
- Mécanismes de défense: Ritualisation, régression, retournement de l'agressivité contre lui, identification projective, activisme.

### Hypothèses associées aux problèmes actuels et généraux de l'enfant :

- Défaillance des enveloppes psychiques (fonction contenante, pare excitative)
- Identification adhésive au grand-père décédé qu'il a intériorisé (corporétisé)

### 4) Objectifs

- Travail sur les enveloppes psychiques, dedans dehors...
- Développement de l'intersubjectivité par le jeu et sa symbolique.
- Développement du langage, de l'écriture.

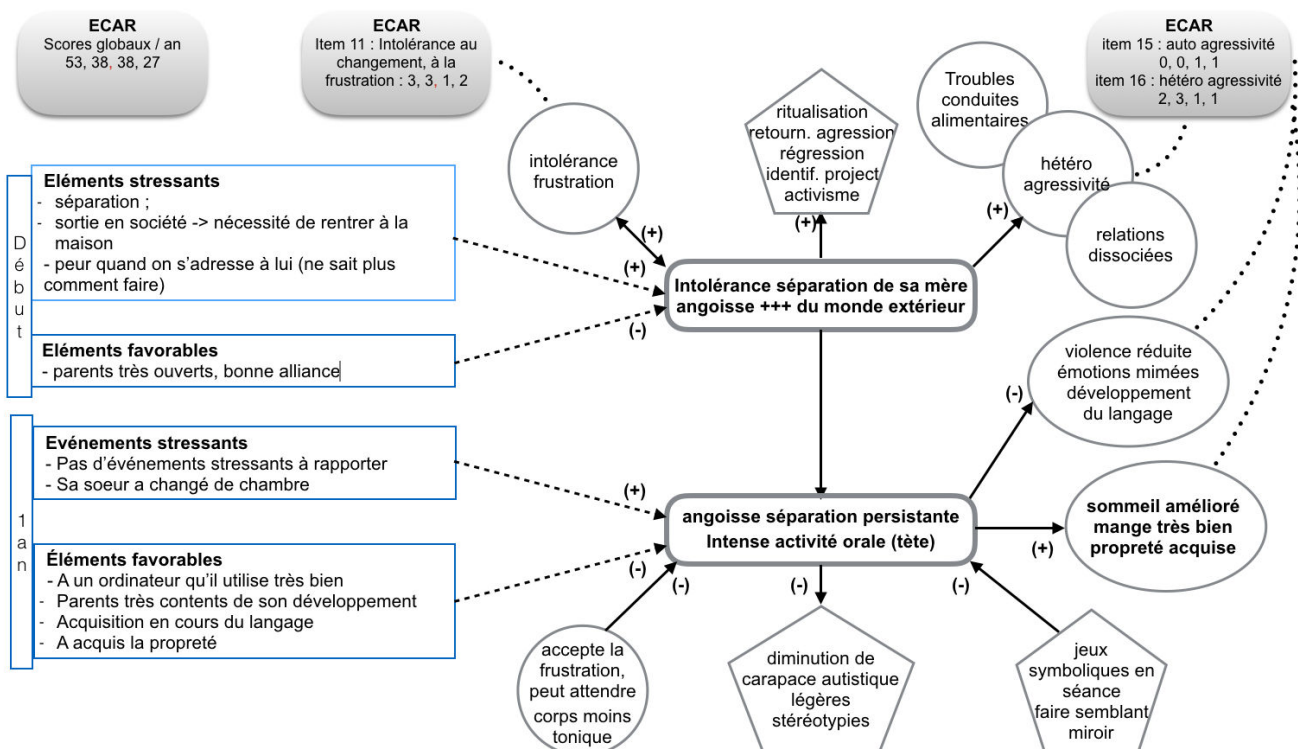
### 5) Stratégie initiale

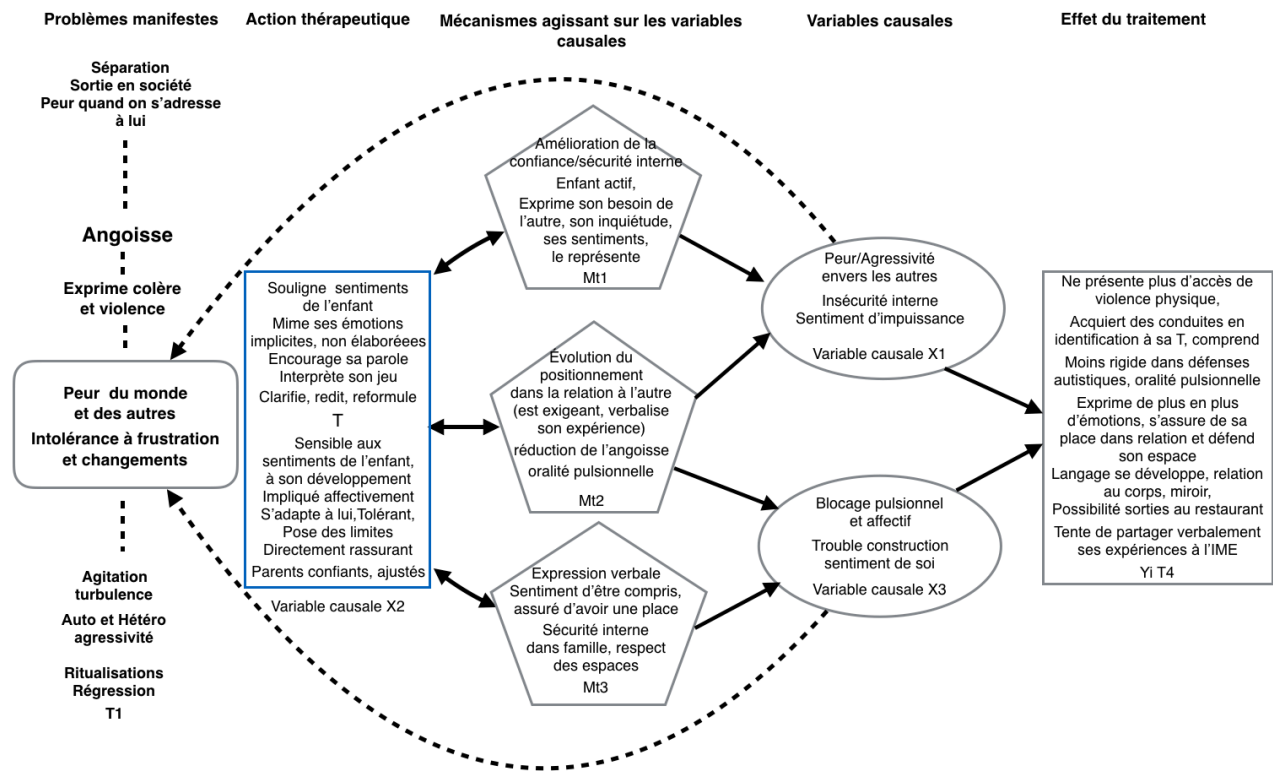
- Mettre à sa disposition des jeux et un ordinateur pour être objet médiateur à la relation ;
- Soutenir la relation avec la famille dans un travail régulier (les parents et la sœur sont très investis)
- Établir une relation avec l'orthophoniste extérieure à l'IME.

CIM10 : F84.0 Autisme infantile.

Évaluation à 6 ans 1/2 (service de l'hôpital Sainte Marguerite Marseille service du Pr Rufo).

- **CARS-T** score 38 syndrome autistique moyen.
- **Vineland** : retard important de communication, autonomie, socialisation. Âge de développement 1,9 ans.
- **Echelle Brunet-Lézine** : QD=25 (18 mois) langage inexistant, mimiques pauvres mais gestes à fonction de communication, gribouillage, hyper activité du déplacement, défaut d'attention visuelle, mais il y a contact, entend, interactions sociales très réduites (répond à l'attention conjointe mais maintien réduit, peut initier l'attention conjointe, demande des objets).
- **Marche** acquise à 15 mois, quelques mots à 2 ans et régresse à 3 ans, troubles du sommeil (réveils fréquents), troubles alimentaires avec les solides, propreté non acquises (couches toujours).
- **Grille d'observation de AM WETHERBY** : instabilité du comportement, pas d'intérêt pour les jeux, les animaux et est opposant. Interactions nombreuses qu'il peut maintenir. Pas de demande d'objet, une seule demande d'action, peu d'émissions vocales et très peu d'émissions verbales.
- **EEG** (hôpital Gastaut) : aucune anomalie.





### Formulation de cas à 1 an

### Fiche générale

#### 1) Symptômes et problèmes actuels de l'enfant :

- **Problèmes de sommeil:** il se réveille toutes les nuits et va dormir dans le lit parental vers 4 heures du matin et se rendort jusqu'à 8h. Il y a un an, ne se rendormait pas et obligeait les parents à se lever.
- **Le langage.** Il est passé des mots isolés il y a un an, à des proto phrases, et quelques phrases (« je veux pas » « e peux pas »). Mais la plupart du temps les mots font partie de son langage à lui (son jargon). Il a la volonté de communiquer, d'exprimer des besoins, de faire le lien entre les séances (se remémore la séance 9), mais il reste difficile à comprendre au sens symbolique du langage de par le collage parental à ce langage autistique en écho. Il n'arrive pas à faire certains mouvements de langue: langue collée au palais (L) et confond les t,p,d.
- **Intolérance persistante à la frustration.** Mais il la signifie maintenant en faisant pipi au lit la nuit quand il est contrarié. La violence est toujours présente quand il y a frustration, mais moins longtemps et moins fort. Il ne fait plus de crises seul, isolé de tantrum.
- **Intense activité orale:** il est toujours un objet dans la bouche à « têter », comme le dit la maman d'où les perpétuels aphtes autour de la bouche (ce comportement n'est jamais apparu en séance).
- Il entre toujours le vélo ou la trottinette dans la maison, mais il n'en fait plus dans la maison.

#### Événements stressant, précipitant, dans le contexte de vie actuelle; éléments favorables

- **Pas d'événements stressants à rapporter.** Les parents ont changé la chambre de sa soeur de place cet été, il est depuis moins intrusif et respecte plus son espace. La violence entre eux est apaisée. Il la frappe très peu, mais toujours un peu. Comme dit le père il ne frappe que les femmes (mère et soeur).
- Depuis le mois d'août il a un ordinateur qu'il utilise très bien pour aller sur le net voir les démos de BMX, freerider. Il est très calme lorsqu'il s'en sert le peut y rester une heure.
- **Les parents sont très contents de son développement.**

#### 2) Facteurs non dynamiques et dynamiques qui peuvent contribuer à son problème :

- Dynamique : toujours le collage familial, aspect indifférencié au niveau du langage.

#### 3) Niveau de développement, qualité des relations interpersonnelles, autonomie et handicap :

- **Autonomie :** A acquis la propreté. Mais peut marquer son mécontentement avec ses parents ou en séance en faisant une selle. Par exemple il a montré dernièrement sa rivalité aux autres patients en faisant une selle après avoir lu un livre sur «comment le bébé naît» comme s'il « accouchait » de «bébés rivaux».
- Peut mettre la table et la débarrasser, jeter correctement les ordures des assiettes à la poubelle (récent)
- La violence a baissé depuis que le langage se développe.
- Il s'habille correctement, chaussettes, chaussures comprise et met son manteau comme à la maternelle allongé devant lui.
- A appris à nager seul et n'a plus peur de l'eau. N'est plus agrippé à la mère en étant dans l'eau à la mer.

#### 4) Facteurs non dynamiques ayant pu contribuer aux changements apparus (événements de vie, soutien de la famille, amis, ...)

- Il n'y a pas eu grand changement au cours de l'année ni d'événements stressants.

#### Première analyse des éléments de la psychothérapie qui ont pu contribuer à cette évolution

- Refus du thérapeute de céder à ses demandes intempêtes de sortir du bureau pour aller aux toilettes, mais aussi pour s'enfuir ; cette disposition a permis de créer un effet apaisant sur lui et contenant
- Importance de la garantie et de la tenue du cadre.
- Jeux de théâtralisation de la relation mère/bébé (simulation du rituel du moment du coucher), jeu de cache-cache.

#### Identité et différentiel entre les objectifs envisagés et ceux qui ont été atteints

Caractériser et Comprendre le Processus de Changement des Psychothérapies Complexes

Le graphique ci-dessus comprend 5 colonnes présentant les différentes variables et les relations entre leurs composants.

La première partie décrit les problèmes manifestes (dysfonctionnements) initiaux sur lesquels une action thérapeutique est projetée dans la formulation de cas, dysfonctionnements confirmés par l'Ecar et l'EPCA.

La seconde partie décrit les grandes lignes de l'action thérapeutique du thérapeute, telle qu'elle est caractérisée par le CPQ.

La partie centrale décrit les mécanismes à partir desquels l'action thérapeutique est susceptible d'agir sur les variables causales.

La quatrième partie correspond aux variables causales qui doivent être explicatives des dysfonctionnements initiaux et qui doivent être influencées par les variables de la colonne centrale. On s'aperçoit ici qu'il y a à la fois réduction de la peur des autres et construction du sentiment de soi qui sont eux-mêmes liés par un mécanisme commun soutenu par la modalité relationnelle établie avec le thérapeute.

La cinquième colonne dresse l'état des résultats.

## COMMENTAIRE DU GRAPHIQUE DE L'ANALYSE FONCTIONNELLE (Y078)

1. Nous partons d'un problème manifeste signalé dans la formulation de cas qui est la peur du monde et des autres, une intolérance à la frustration et au changement.

La formulation de cas décrit d'une part, les facteurs précipitants des manifestations émotionnelles : la séparation, les sorties en société, la peur quand on s'adresse à lui. En dehors de ces facteurs précipitants, accompagnés de manifestations émotionnelles intenses, l'enfant peut s'adresser aux personnes de façon univoque. Ses mécanismes de défense sont la ritualisation, la régression, l'identification projective et l'hyper activité. Les manifestations émotionnelles ont été antérieurement beaucoup associées à l'agressivité.

2. Le thérapeute recherche quels sont les déficits et les dysfonctionnements qui peuvent expliquer ces réactions (variable causale 1) : peur / agressivité envers les autres, insécurité interne, sentiment d'impuissance.

3. Sur ces bases, le clinicien envisage une intervention à 2 niveaux. D'une part, il souligne les sentiments de l'enfant, mime ses émotions implicites, interprète son jeu, encourage sa parole, clarifie et reformule ce qu'il dit (centrage sur l'émotionnel et le langage). D'autre part, il est sensible à ses sentiments, à son développement, et est impliqué affectivement. Il s'adapte à lui, il est tolérant et directement rassurant, il pose des limites. Cette attitude caractérise son attitude de fond.

4. Ces éléments constituent l'action thérapeutique (variable causale 2). Elle peut répondre à la variable causale 1 par différents mécanismes : améliorer la confiance et la sécurité interne de l'enfant, modifier les peurs associées à l'autre et à sa relation avec lui. L'objectif devient alors celui d'un travail sur son positionnement initialement situé à la fois dans le besoin de l'autre et la frustration. Il peut modifier son insécurité interne et son sentiment d'impuissance à ce niveau. Cette évolution va elle-même retentir sur l'expression verbale de l'enfant, son sentiment d'être compris, d'avoir une place. Par ce mécanisme, l'enfant évolue au niveau affectif et au niveau du sentiment de soi (variable causale 3).

5. L'effet de la thérapie est qu'il ne présente plus d'accès de violence physique et est moins rigide dans ses défenses autistiques. Il acquiert des conduites d'identification à sa thérapeute, exprime de plus en plus d'émotions, le langage se développe, ainsi que la relation à son corps.

Nous sommes à ce stade dans une théorie du changement. Nous pouvons la mettre en relation avec les éléments issus des cotations de l'ECA-r et du CPQ que nous allons décrire en détail avec l'analyse séquentielle. Il est noté également dans le compte rendu de la thérapie qu'à 12 mois les médiateurs préconstruits les plus actifs ( $\geq 30$ ) se situent chez l'enfant au niveau de l'engagement, du transfert (42) et de sa participation à la psychothérapie (40) ce qui représente une inversion de la tendance antérieure.

- **Analyse Séquentielle du processus de changement sur l'année**

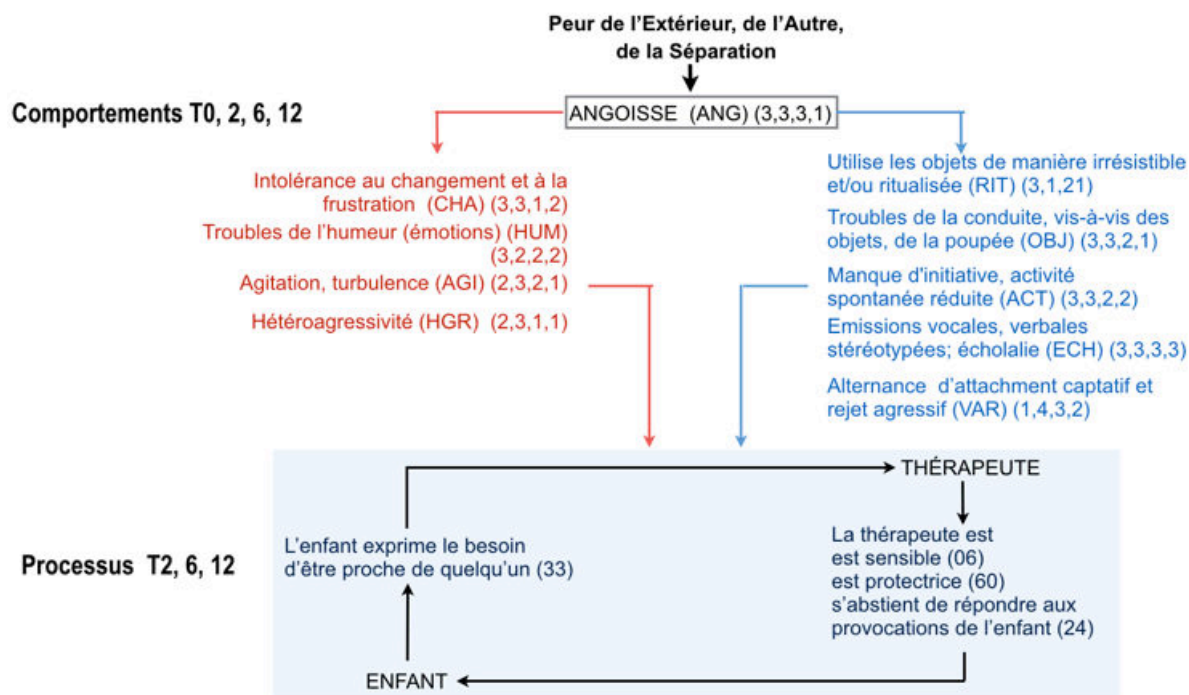
Nous présentons cette méthode avec le cas de Y078, en associant à ses caractéristiques aux 4 temps d'évaluation l'approche de la thérapeute.

Son approche est-elle ajustée au problème de l'enfant et comment ?

Trois items du CPQ ( $\geq 3$ ) caractérisent l'approche de la thérapeute l'année entière : elle est sensible aux sentiments de l'enfant, elle adopte avec lui un comportement de protection, ses conflits émotionnels n'interfèrent pas dans la relation thérapeutique.

Un quatrième item concerne l'enfant : il recherche la proximité de l'autre.

Figure 06. Graphique de la relation entre troubles émotionnels de Y078 et structure relationnelle de base entre Y078 et sa thérapeute sur l'année



Commentaire de la figure : Chez l'enfant Y078, les peurs de l'extérieur, de l'autre et de la séparation génèrent une anxiété permanente et une émotionnalité non modulée. Elles s'expriment sur un mode positif dans les items (en rouge) portant sur l'intolérance au changement et à la frustration (CHA, item 11), l'humeur et les émotions (HUM, item 18), l'agitation turbulence (AGI, item 13) et l'hétéro-agressivité (HGR, item 16). Elles s'expriment également sur un mode négatif (en bleu clair) dans l'expression orale stéréotypée (ECH), la relation aux objets (OBJ et RIT), le manque d'initiative et d'activité (ACT) et les conduites alimentaires (ALI). Dans le cadre bleu clair, on trouve ce qui est constant dans le processus de la cure durant l'année, avec les quatre éléments toujours très caractéristiques.

À T2, deux autres items de l'ECA-r rejoignent l'intolérance aux changements dans la dimension émotionnelle : Agitation, Turbulence (AGI) et Hétéro-agressivité (HGR). Ces comportements apparaissent comme le double niveau d'une réaction qui traduit l'incapacité de faire face à une tension émotionnelle. À noter, que les troubles des conduites alimentaires ont disparu. Ils sont remplacés par « Variabilité ». Cet item désigne à la fois des variations importantes des possibilités et des troubles de l'enfant et/ou une alternance de son comportement avec autrui se

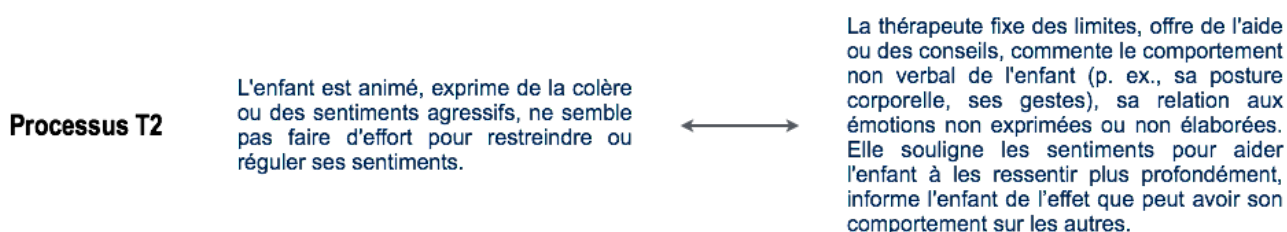


traduisant par « l'alternance de rejet agressif et d'attachement captatif ». L'expression de cette dualité dans la relation à l'autre est importante à souligner.

Plusieurs items du CPQ, qui décrivent l'interaction entre l'enfant et sa thérapeute en séance, confirment ceux de l'ECA-r : la communication de Y078 est très affectivée, il exprime des sentiments ambivalents ou conflictuels, des colères ou des sentiments agressifs. Ces éléments sont réunis dans la figure 07.

Les interventions de la psychothérapeute à T2 entrent en correspondance avec cette évolution émotionnelle : elle pose des limites, offre de l'aide ou des conseils, mime les émotions implicites ou non élaborées ; elle lie les sentiments ou les perceptions de l'enfant au passé, introduit les parents comme sujet de discussion. Ces interventions se présentent comme un test des possibilités qui sont à la disposition de la thérapeute pour faire face au débordement émotionnel de Y078.

Figure 07. Interactions Enfant-thérapeute à T2

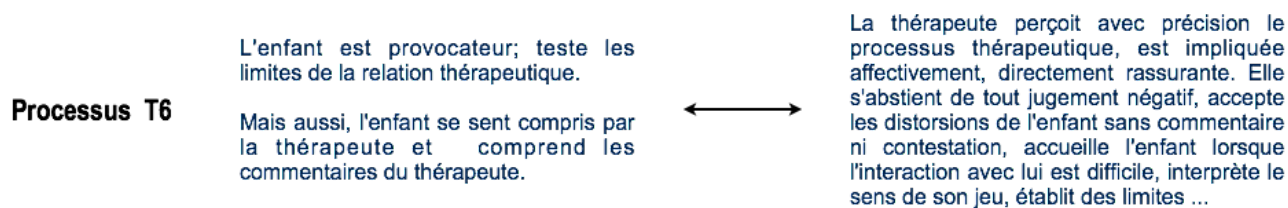


À T6, l'angoisse de l'enfant, les émissions vocales stéréotypées et l'écholalie, ainsi que la variabilité persistent. Les troubles de la conduite vis-à-vis des objets et le déficit d'activité se réduisent. L'intolérance au changement et l'hétéro-agressivité se sont beaucoup réduites.

Au CPQ, l'enfant est provocateur, teste les limites de la relation thérapeutique. Mais il se sent compris par la thérapeute et comprend ses commentaires.

La thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique (\*changement de signe), elle informe l'enfant des conséquences que son comportement peut avoir sur les autres. Elle clarifie, reedit ou reformule ce qu'il dit. La thérapeute fait directement intervenir le langage dans la relation de compréhension qu'elle établit avec ce que l'enfant manifeste.

Figure 08. Interactions Enfant-Thérapeute à T6



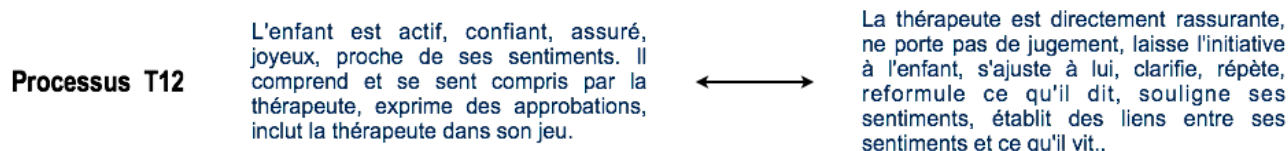
L'EPCA précise qu'au niveau du langage verbal, il y a persistance du langage gestuel socialisé. Sur toute la période, le regard n'apparaît pas dans les comportements pathologiques. Y078 recherche le regard de sa thérapeute pour l'attention conjointe et pointage protodéclaratif. Ce niveau de communication est donc solidement enclenché. La propreté est installée.

À T12, la relation au monde et aux autres de Y078 s'est nettement améliorée ainsi que sa confiance et son humeur. Au CPQ, Y078 se sent compris par la psychothérapeute, exprime des approbations, prend en compte ses commentaires, est confiant et en sécurité, sans gêne et assuré, actif, joyeux et gai, il inclut la thérapeute dans son jeu.

Celle-ci lui laisse l'initiative, est directement rassurante, ne porte pas de jugement, s'ajuste à l'enfant, clarifie, répète, reformule ce qu'il dit, souligne ses sentiments, établit des liens entre ses sentiments et ce qu'il vit.

À noter que l'évaluation de l'EPCA à 12 mois révèle que Y078 commence à utiliser le langage parlé, son regard est pétillant, le graphisme se développe, l'intérêt pour les jeux de cache-cache s'exprime. À l'ECA-r. Un élément ne s'est pas amélioré, c'est l'émission de vocalisations stéréotypées et d'écholalie.

Figure 09. Interactions Enfant-Thérapeute à T12



La mise en relation des indicateurs de changement manifeste avec le processus interne de la psychothérapie de Y078 a permis d'introduire la qualité de l'ajustement de la thérapeute aux problèmes de l'enfant et la réponse favorable de l'enfant qui en est issue comme une hypothèse plausible de l'évolution constatée.

La mise en relation des items les plus caractéristiques de l'enfant et de sa thérapeute fait clairement apparaître comment le thérapeute ajuste son approche à l'état et au fonctionnement de l'enfant et comment son positionnement ouvre un nouvel espace d'expression à l'enfant qui va pouvoir être utilisé en retour par la thérapeute pour introduire des interventions plus spécifiques.

- À 2 mois, les commentaires et les actions thérapeutiques de la thérapeute apparaissent comme une tentative de réponse à l'enfant en crise émotionnelle, avec conséquences comportementales et relationnelles.
- À 6 mois l'enfant a réintégré une part de son affectivité dans son rapport à lui-même (proximité à ses sentiments, implication) et dans sa communication et compréhension avec sa T. Une autre partie est comportementale (provocation, test des limites) et retentit sur la qualité de son jeu (fragmenté, sporadique). La thérapeute apparaît elle-même plus en sécurité et peut engager des actions spécifiques (clarification, reformulation, mime des émotions non élaborées, interprétation du jeu de l'enfant, information sur l'impact que son jeu peut avoir sur les autres).
- À 12 mois, l'état de l'enfant et sa relation avec sa thérapeute se sont complètement modifiés. Il l'inclut dans son jeu et développe un insight. La thérapeute peut adopter une approche qui facilite les initiatives de l'enfant en relation à son développement et avoir des actions spécifiques centrées sur les sentiments de l'enfant et la signification de son jeu. Les scores relatifs à la dimension cognitivo-comportementale (0.05, 0.06, -.001) et à l'approche psychodynamique (0.35, 0.37, 0.41) traduisent cette évolution.

Une constatation analogue se retrouve-t-elle avec les psychothérapies d'autres enfants présentant également un déficit de modulation des émotions ? Cette question a été posée à partir des 41 enfants dont les résultats ont été les premiers disponibles (Poster [Thurin et al. 2012](#)).

Il apparaît dans ce poster que la psychothérapie du sous-groupe des 9 enfants qui présentent une Insuffisance de modulation des émotions se différencie de celle des 32 autres par les très forts

scores de 4 items du CPQ : le thérapeute évite tout jugement négatif direct ou subtil envers l'enfant (2,56 (max = 3)) ; le thérapeute tolère les fortes expressions affectives et pulsionnelles de l'enfant (2,56) ; le jeu de l'enfant est imaginatif, vivant (2,56) ; l'enfant est actif (2,33). Par ailleurs, 2 enfants n'avaient pas d'évolution significative de l'IM, pour des raisons qui apparaissent clairement : le premier était en pleine activité et relation favorable avec son thérapeute, caractéristique qui se retrouvait dans sa courbe d'évolution ; le second était au contraire en situation d'extériorité, de provocation et de refus vis-à-vis de lui, avec une communication chargée d'affect, et une courbe d'évolution défavorable. Le premier était également plus jeune que le second (5 vs 11 ans. Les approches des 2 thérapeutes rejoignent celles des autres, avec une orientation psychodynamique marquée de la première, mais qui peut correspondre aux possibilités qui lui sont offertes par l'enfant. Le profil de Y078 et de sa relation avec sa thérapeute ne semble entrer ni dans l'un, ni dans l'autre, de ces profils.

Un travail est en cours à partir de *l'intolérance au changement et à la frustration* dans un groupe de 25 enfants dont les thérapeutes ont situé la résolution de cette caractéristique dans les objectifs des formulations de cas qui les concernent. C'est un bon exemple de la complexité qui s'exprime, même quand le point de départ est un comportement précis, relié à un début d'identification causale.

Les comparaisons cas-à-cas permettent ainsi d'aborder les différences de trajectoires avec un grain fin à partir de ce qui distingue deux ou plusieurs sujets dont les symptômes d'appel sont proches. Elles introduisent de façon cruciale la question des conditions et des différents facteurs qui déterminent un changement favorable ou défavorable et la possibilité d'une réorientation. La dimension épistémologique doit inclure le fait que le « simple » peut être le voisin du « complexe ». La dynamique de l'interaction force la porte du modèle action–changement sur un organisme stable réceptif pour lui substituer celui de l'ajustement transactionnel des interventions réciproques aux différentes variables potentiellement impliquées, qui ne conduisent pas toujours à l'objectif initial qui était visé. Le cas et l'évolution de Y078 peuvent également évoquer une véritable intervention transférentielle si l'on rapporte l'évolution de l'enfant à la fois au besoin qu'il avait de sa mère et à la difficulté de la relation qui s'était établie avec elle.

- **Réplication et Agrégation des cas : variations intra et inter-sujets**

La variation intra-sujet dans le cadre d'une interaction entre le patient et le thérapeute a été présentée avec la psychothérapie de Y078. C'est le changement interne qui se déroule en lui, même si ce changement nécessite la présence et l'action d'autrui pour se réaliser. Elle montre que le patient n'est pas le seul sujet impliqué et que la variation intra-sujet concerne également le thérapeute.

La variation inter-sujets se réfère à des différences entre et à travers les sujets. Les perspectives de coupe transversale et d'agrégation directe des cas sont à éviter du fait de la perte d'information qu'elles entraînent car le risque est grand de ne pas saisir la ou les variables qui sont les réelles causes des changements. La variabilité peut être étudiée dans les configurations de la variabilité du changement intra-sujet. La généralité des résultats est habituellement traitée à partir de la réplication sur une base de cas-par-cas.

Deux types de réplication à travers les sujets sont décrits par Hilliard (1993). Le premier, est conçu comme une *réplication directe*. Il se réfère à la tentative de répliquer les résultats chez des sujets qui sont similaires en termes de variables individuelles perçues comme affectant le phénomène d'intérêt (p.e., âge, nature et sévérité du trouble, thérapeute).

Le second type de réplication, la *réplication systématique*, se réfère à la tentative de montrer que les résultats diffèrent sur des modes prévisibles quand on sélectionne des sujets qui diffèrent au niveau des variables essentielles de différence individuelle (p.e., comme dans les 2 cas précédents, par le type de relation entre l'enfant et le thérapeute). La comparaison de sujets hautement similaires en termes de certaines variables de différences individuelles (sexe, âge, nature et sévérité du trouble initial), mais dont le résultat est différent est, comme nous l'avons constaté précédemment, une voie de recherche prometteuse parce qu'il conduit au delà des rapprochements simplificateurs.

Hilliard (1993 p 375) ajoute que c'est une fois que le phénomène d'intérêt est suffisamment bien compris au niveau du cas isolé qu'une agrégation intelligente sur des groupes réellement homogènes peut être possible. Trois facteurs sont à prendre en considération quand on explore la question de la vraie homogénéité : (a) la nature de la question qui est posée, (b) comment la

configuration de la variation intra-sujet diffère entre les sujets<sup>247</sup>, et (c) la statistique particulière d'agrégation qui est utilisée.

La question qui se pose est celle de la ou des variable(s) méconnue(s) qui peu(ven)t expliquer que des cas "similaires" au niveau démographique et que la sévérité du trouble puissent ne pas avoir le même résultat, y compris quand ils sont traités par le même thérapeute. Parmi les hypothèses qui peuvent être envisagées, celle de l'interaction de l'enfant avec le thérapeute peut être examinée, mais elle sera complétée par la recherche des éléments qui peuvent intervenir sur cette interaction.

L'intervention des modérateurs liés au contexte actuel prend ici toute sa place. Nous avons vu comment Kazdin intègre ainsi, dans le cadre des troubles des conduites de l'enfant pour lesquels les résultats de la psychothérapie étaient faibles, la variable des interventions éducatives parentales, la possibilité de modifier ces interventions transformant en retour favorablement les résultats de la thérapie. D'autres variables peuvent être impliquées comme la situation psychosociale, le soutien des parents, la relation de l'enfant à l'école avec ses pairs, le transfert - contre transfert (Strupp 1980), etc. *Il ne s'agit pas de multiplier les variables, mais d'être attentif à celles dont les cas individuels ont montré l'importance.* Les statistiques qui peuvent être utilisées sont la distinction de sous-groupes suivant les modérateurs, l'analyse factorielle en composantes principales, et l'analyse PLS-SEM.

Concernant la réplication, Kazdin (1982, pp 284-286) remarque que :

"En fait, la réplication directe et la réplication systématique ne sont pas qualitativement différentes. Une réplique exacte n'est en principe pas possible car la répétition de l'expérience implique de nouveaux sujets testés à différents points dans le temps et, peut-être, par des investigateurs différents, qui tous en théorie pourraient conduire à des résultats différents. Ainsi, toutes les répétitions permettent nécessairement à certains facteurs de varier ; le problème est la mesure suivant laquelle la tentative de réplication s'écarte de l'expérience (*experiment*) initiale.

Si les résultats de la réplication directe et systématique de la recherche montrent que l'intervention affecte les comportements chez de nouveaux sujets à travers des conditions différentes, la généralité des résultats a été

---

<sup>247</sup> Les variations intra-sujet d'intérêt sont multiples, p. ex. le langage, le regard, l'angoisse, la relation au monde, les mécanismes de défense.

démontrée. L'étendue de la généralité des conclusions, bien sûr, est une fonction de la gamme, du nombre et du type de sujets, des problèmes cliniques, des paramètres et des autres conditions incluses dans les études de réplication. Dans toute étude systématique de réplication particulière il est utile de faire varier seulement une ou quelques-unes des dimensions à partir desquelles l'étude pourrait s'écarter de l'expérience initiale. Si les résultats d'une tentative de réplication diffèrent de l'expérience initiale, il est souhaitable de disposer d'un nombre limité de différences entre les expériences de sorte que le motif possible (s) pour la différence des résultats puisse être plus facilement identifiable. Si il y a plusieurs différences entre les expériences d'expérimentation et de réplication d'origine, les divergences dans les résultats pourraient être dus à une multitude de facteurs pas facilement discernables sans une plus vaste expérimentation (*experimentation*).

Une limitation de la recherche cas-isolé se produit dans les tentatives de réplication dans lesquelles les résultats inter-sujets ne sont pas cohérents. Par exemple, les résultats peuvent être incompatibles ou mixtes, à savoir, que certains sujets peuvent avoir montré des changements clairs et d'autres pas. En fait, il est probable que les tentatives de réplication directe donneront des résultats incohérents parce que l'on ne devrait pas s'attendre à ce que toutes les personnes répondent de la même manière. Plusieurs démonstrations pourraient être citées dans la recherche cas-isolé dans lesquelles tous les sujets inclus n'ont pas répondu de la même façon (par exemple, Herman, Barlow et Agras, 1974; Kazdin et Erickson, 1975; Wincze, Leitenberg et Agras, 1972). *Le problème avec les effets contradictoires est de comprendre pourquoi les résultats ne se généralisent pas avec tous les sujets* [souligné par nous]. Ici se trouvent les limites potentielles de la recherche cas isolé. Lorsque la réplication directe révèle que certains sujets ne répondent pas, l'investigateur doit spéculer sur les raisons du manque de généralité. Il est souvent impossible dans une simple investigation ou même dans une série d'études de cas isolés d'identifier clairement la base du manque de généralité".

En mode observationnel, nous pouvons rechercher sur ces bases : (1) d'abord si les sujets qui sont similaires en terme de variables distinctives d'intérêt présentent globalement des résultats similaires ; (2) dans un second temps, quels sont ceux qui diffèrent de ces résultats dans un sens ou dans un autre (bien meilleur - bien moins bon) et essayer de comprendre l'origine de ces différences<sup>248</sup> ; (3) dans un troisième temps, nous pouvons tester le caractère prédictif de ces observations et des hypothèses qui les accompagnent à partir de nouveaux cas, et rechercher si une modification de la variable explicative au cours de la période observée peut modifier les résultats.

---

<sup>248</sup> En relation avec ce qui précède, cela suppose de passer par l'analyse des variations intra-sujet.

Les variables distinctives candidates habituelles se situent au niveau de l'enfant (son implication, sa participation à la thérapie, et le type de relation qu'il entretient avec le thérapeute) et des modérateurs, tels que l'âge, le sexe, la sévérité initiale du trouble. Les résultats qui nous avons présentés plus haut montrent, dans la population des enfants étudiée, l'importance du contexte psychosocial précoce, des événements traumatiques qui ont pu s'y produire et des comorbidités somatiques. S'y ajoute la dimension dynamique du contexte actuel qui peut se modifier d'une difficulté - voire d'un blocage -, à un mouvement partagé ...

Nous pouvons y associer les configurations de variables issues du processus. La question devient celle de leur définition. Cette définition peut s'opérer à partir d'une analyse factorielle en composantes principales et d'une analyse PLS-SEM. L'une et l'autre permettent d'appréhender l'interaction dynamique qui se réalise entre l'action thérapeutique conduite par le thérapeute, son interaction avec l'enfant, et les résultats. Nous allons en montrer des exemples plus loin.

#### **ANALYSE DU CHANGEMENT A PARTIR D'ETUDES DE CAS REPLIQUEES ET REGROUPEES**

Face au modèle des maladies dont l'évolution répond à des lois générales, la diversité des trajectoires d'évolution des Troubles Envahissants du Développement (TED) suscite beaucoup d'interrogations. Cette diversité est-elle le témoin de sous-types diagnostics méconnus, du dispositif dans lequel la psychothérapie intervient, de l'efficacité particulière d'une approche spécifique, ou bien d'éléments distinctifs au niveau individuel ?

Dit autrement, traduit-elle l'influence de différences individuelles initiales, de facteurs de contexte extérieurs à la psychothérapie (modérateurs), de médiateurs de changement spécifiques d'un dysfonctionnement ou d'un stade de la thérapie, ou de variables en interaction dans le processus interne de la thérapie ?

Plusieurs méthodes peuvent contribuer à répondre à ces questions.

- **Réplication et mise en relation cas-à-cas (Y096 et Y098)**

La notion « d'analogie » entre cas est difficile à bien spécifier. Elle trouve un appui dans les statistiques qui situent des similarités entre sujets à partir d'une sélection de variables "d'intérêt" qui les réunissent. Nous avons cependant montré qu'il ne s'agit que d'une étape dans un processus d'investigation des variables qui définissent un sujet. Les représentations graphiques des analyses



factorielles et des classifications ascendantes hiérarchiques permettent une première représentation des proximités inter-cas.

L'approche cas-à-cas apporte un autre degré de précision, avec notamment la possibilité d'intégrer des données qualitatives. Nous en prenons comme exemple la comparaison de l'évolution de Y096 et Y098.

Y096 et Y098 sont deux enfants du même âge (4 ans). Ils ont le même thérapeute et sont tous les deux dans leur première année de *Thérapie d'Échange et de Développement* (la spécificité de cette approche est validée par le CPQ, en relation au prototype cognitivo-comportemental). La sévérité initiale de leur trouble est plus importante chez Y096 que chez Y098 (ECA-r : 54 vs 44).

Après une année de thérapie, leur score composite de changement (changement à l'ECA-r + changement à l'EPCA) est très différent (67 pour Y096 et 11 pour Y098). Ici, le résultat est bien meilleur pour Y096 qui a commencé avec un score plus sévère que celui de Y098. La sévérité des symptômes s'améliore nettement plus pour Y096 (ECA-r = 16 vs 34), ainsi que les aptitudes acquises (7 vs 3). Quels sont les facteurs qui peuvent expliquer cette différence d'évolution ?

Tableau 12 : Comparaison de Y096 et Y098 au niveau des variations comportementales et d'aptitudes

<b>code</b>	<b>age</b>	<b>IG</b>	<b>Napa</b>	<b>EG00</b>	<b>EG12</b>	<b>Apt00</b>	<b>Apt12</b>	<b>MoyAptAge</b>
<b>Y096</b>	4	3	0	54,3	15,5	0	7	9,1
<b>Y098</b>	4	4	0	44	33,6	1	3	9,1

Des regroupements d'énoncés du CPQ ont été réalisés à partir des facteurs potentiels de changement. Ils correspondent aux dimensions qui participent à l'alliance thérapeutique, et aux actions spécifiques centrées sur l'émotion, le langage, l'interprétation et les comportements. Ces regroupements thématiques font intervenir des actions techniques centrées, mais aussi les attitudes de l'enfant et sa relation avec le thérapeute. Ils concernent également l'implication de l'enfant et du thérapeute, ainsi que son ajustement aux besoins et développement de l'enfant.

Les scores moyens d'implication (EP) et de participation (PP) à la psychothérapie de Y098 sont très faibles comparés à ceux de Y096, de même que son score d'interaction (IT). Les scores d'engagement (ET) et d'ajustement (AT) du thérapeute sont élevés pour les deux enfants.

Les scores moyens des facteurs spécifiques montrent une différence importante entre les thérapies de Y096 et de Y098. Le score "Contenance et Expression affective" (ECA) est plus fort chez Y096, "Communication, Langage et Verbalisation" (CVL) sont presque équivalents, les scores "Interprétation, Signification" (IS) sont très négatifs. Les scores "Conseil et comportement" (CC) sont élevés, l'insight est très négatif. Les scores relatifs à l'approche cognitivo-comportementale (40 et 39) sont équivalents pour les deux enfants. On retrouve un peu d'approche psychodynamique (9) dans la thérapie de Y096. Elle est absente dans la thérapie de Y098 (-3). Nous notons ici que la différence se situe essentiellement dans l'implication de l'enfant dans sa psychothérapie (EP et PP).

Tableau 13 : Comparaison des scores moyens des médiateurs préconstruits de Y096 et Y098<sup>249 250</sup>.

Code	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	varEG	varP
<b>Y096</b>	15,0	6,7	41,7	24,5	47,2	41,7	-9,6	6,9	4,8	-22,5	19,2	38,8	17,0
<b>Y098</b>	-10,0	3,3	31,5	11,8	36,1	28,3	-19,2	1,4	6,0	-28,3	27,5	10,3	4,8

L'évolution longitudinale des scores montre également que les scores d'implication et de participation de Y096 sont en progression, mais qu'il y a une difficulté dans son interaction avec le thérapeute à 12 mois. L'implication et la participation de Y098 sont également en progression (il commence avec des scores très bas) et l'alliance avec son thérapeute est croissante. Les scores d'ajustement émotionnel et de communication, verbalisation, langage de Y096 sont en progrès. Ce

<sup>249</sup> Les scores des indicateurs intra-psychiques et des 2 approches (psychodynamique vs cognitivo-comportementale) ne sont pas visibles dans le tableau.

<sup>250</sup> EP : engagement patient ; PP : participation patient ; TP : transfert patient ; AL : alliance ; ET : engagement thérapeute ; AT : ajustement thérapeute ; IT : interaction ; ECA : expression, contenance des affects ; CVL : communication, verbalisation, langage ; IS : interprétation, signification ; CC : conseils, comportements.

n'est pas le cas pour Y098. Pour l'un et pour l'autre, l'Interprétation Signification et l'Insight sont très bas aux 3 cotations.

Tableau 14 : Comparaison des scores à 2, 6 et 12 mois des médiateurs préconstruits de Y096 et Y098

Code	EP0 2	EP0 6	EP1 2	PP0 2	PP0 6	PP1 2	AL0 2	AL0 6	AL1 2	ET0 2	ET0 6	ET1 2	AT0 2	AT0 6	AT1 2	IT 02	IT 06	IT 12
Y096	5	10	10	-10	5	25	20	25	28	50	54	37	35	40	50	20	16	-1
Y098	-25	-10	-10	-40	35	15	8	3	25	37	4	67	55	-10	40	8	-3	-1

Pouvons-nous décrire ce que recouvre exactement l'ajustement du thérapeute ? L'analyse factorielle des cas de Y096 et Y098 confirme que les principaux items qui caractérisent l'approche cognitivo-comportementale sont présents et recueillent des scores élevés, mais aussi que le thérapeute ajuste son approche aux problèmes particuliers de Y098.

Les problèmes de Y098 incluent le fait qu'il parle de façon confuse, avec de fréquentes digressions, ou est vague (2,48 vs 0,6) [item 54]. Il est davantage désaccordé ou inapproprié que Y096 (2.22 vs. 1.71) [item 26], il ne contrôle pas ses sentiments ou ses impulsions 1.82 vs. 0.8) [item 70] et il est en compétition et rivalité avec son thérapeute (1.55 vs 0.3) [item 39]. Il est vivant, alerte [item 13], mais aussi distant de ses sentiments [item 56], et a des difficultés à comprendre les commentaires du thérapeute (1.04 vs 0.4) [item 05].

Au total, la relation de Y098 avec sa thérapie (implication et participation) et avec son thérapeute (désaccordée, confuse avec digressions) semble initialement de mauvaise qualité alors que les conditions générales de la thérapie sont les mêmes. Mais le contexte de la thérapie est-il le même ? C'est ici que l'examen des modérateurs prend toute son importance. Il apparaît ainsi que Y096, dernier né d'une famille de quatre enfants dont les parents sont séparés, est très entouré par sa mère et ses frères et soeurs. Pour Y098, le contexte familial est source d'insécurité avec des conditions de violence et de séparation. Au delà de ce problème majeur, l'enfant a changé deux fois de thérapeute dans l'année. Le détail du processus de la thérapie de Y098 montre cependant que son implication, sa participation à la thérapie et son alliance avec le thérapeute, établis avec retard, sont néanmoins en progrès (7, 3, 25 ; -40, 35, 15). L'engagement du thérapeute est en forte progression, avec un creux à 6 mois (38, 4, 67) et son ajustement est très élevé, avec le même creux à 6 mois (55, -10, 40). La sécurité interne qui s'établit dans la thérapie [item 44] est peut-être la première

étape d'un vécu absent ailleurs et le facteur qui, en s'établissant, a permis un début de reprise xdu développement chez Y098.

Finalement, existe-il des éléments prédictifs d'une évolution plutôt qu'une autre ? La mise en relation cas-à-cas montre le poids que peut avoir la différence d'une variable et son évolution, alors que les 2 cas sont très similaires du point de vue des critères habituellement réunis pour le dire.

Dans la comparaison précédente, l'élément essentiel semble être l'insécurité de base contextuelle qui bloque ou retarde le processus thérapeutique. Cette observation oriente sur une recherche systématique de ce modérateur lorsqu'un blocage de l'évolution d'un enfant est constaté.

- **Évaluation du processus interne à partir d'une analyse factorielle du CPQ**

*Distinction entre analyse factorielle et régression multiple*

F. des Nétumières (1997) a présenté à partir d'un exemple, celui de la différence des revenus entre hommes et femmes, comment l'analyse factorielle et la régression multiple sont deux techniques d'analyse complémentaires qui permettent de répondre à des questions différentes se rapportant à un même objet.

L'analyse factorielle permet de distinguer des groupes qui partagent des éléments communs. Elle ne traite que des liaisons entre variables prises 2 à 2 et ne peut avoir d'ambition explicative. Elle est particulièrement utile lors de la phase exploratoire et constitue l'outil privilégié de la description.

La régression multiple apparaît comme le moyen privilégié pour mettre en évidence des liaisons déterminantes entre variables, rechercher l'effet propre d'une variable sur une autre. On dit d'ailleurs couramment, à partir des résultats d'un modèle, que telle variable « explique » telle autre et on parle de variables « explicatives » et de variables « expliquées ». La définition des variables à expliquer et des variables explicatives doit respecter certaines conditions pour satisfaire aux critères habituellement avancés en statistique de l'existence d'une relation causale : (1) il existe une liaison statistique entre la variable A et la variable B, (2) A précède B dans l'ordre temporel, (3) la corrélation entre A et B subsiste lorsque l'on contrôle l'effet d'autres variables qui peuvent avoir un lien avec A ou B.

*Présentation de l'analyse factorielle dans l'étude*

Dans la recherche présentée pour cette thèse, l'analyse factorielle est effectuée à partir des répliquions de l'étude du processus de changement sur une période de 1 an de 66 enfants autistes en psychothérapie. Les mesures sont issues de l'accord inter juges réalisé par les 66 groupes de pairs, constitués chacun de 3 cliniciens, après cotation individuelle et discussion jusqu'à consensus, avec retour aux données, des écarts inter-juges constatés.

Un tableau observations / variables a été réalisé à partir des 100 lignes des énoncés du CPQ et des 198 colonnes correspondant aux 3 cotations (2, 6 et 12 mois) réalisées avec les 66 enfants.

Les corrélations étudiées concernent ainsi les cotations des 100 énoncés du CPQ aux 3 évaluations pour les 66 psychothérapies (par exemple, X067\_02 avec X067\_02, X067\_06, X067\_12, X069\_02, X069\_06, X069\_12, ...

Il s'agit donc de corrélations inter processus psychothérapeutiques à 3 temps (T2, T6, T12) impliquant les 3 registres d'observations enfant, thérapeute, interactions.

Chaque facteur représente la communauté des tris fortement corrélés entre eux et faiblement corrélés avec les autres. Nous avons sélectionné 3 facteurs dont la participation à la variance était supérieure ou égale à 3,5 % du pourcentage de variabilité (30,2 ; 6,6 ; 3,6).

Les coordonnées factorielles (*loadings*) définissent le niveau de concordance / participation (?) de chaque variable (issue du classement des items de chacune des 3 évaluations des 66 psychothérapies) avec chacun des facteurs (par exemple, pour X067\_02, (F1 = 0,555, F2 = -0,114 et F3 = -0,001, le degré de concordance du classement des items à T02 avec celui de F1 est de 0,555).

Tableau 15 : Niveau de concordance d'une variable avec les facteurs

	F1	F2	F3
X067_02	0,555	-0,114	-0,001

Les *loadings* s'inscrivent dans les intervalles suivants : pour F1, de 0,022 (Y098\_06) à 0,791 (Y046\_12), pour F2, de -0,624 (Y096\_02) à 0,502 (X069\_06), pour F3, de -0,619 (Y099\_06) à 0,565 (Y083\_02).

Tableau 16 : Intervalles des loadings des facteurs F1, F2 et F3

Variable	Observations	avec données manquantes	sans données manquantes	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
F1	198	0	198	0,022	0,791	0,537	0,148
F2	198	0	198	-0,624	0,502	-0,032	0,257
F3	198	0	198	-0,619	0,565	-0,010	0,200

Les facteurs permettent de distinguer des types de psychothérapies correspondant à des approches différentes. Cela apparaît bien en comparant les facteurs relatifs à 2 psychothérapies typiquement psychodynamiques (X071 et Y067) et ceux de 2 psychothérapies typiquement cognitivo-comportementales (Y096 et Y031) (en relation aux scores prototypiques).

Tableau 17 : comparaison des facteurs correspondant à 2 types de cas.

code	age enf	F1	F2	F3	score_ppd	score_tcc
X071_02	14	<b>0,7</b>	0,1	0,0	60,6	(14,5)
X071_06	14	<b>0,7</b>	0,4	0,0	94,0	(35,8)
X071_12	14	<b>0,7</b>	0,3	0,0	87,1	(7,8)
Y067_02	5	<b>0,6</b>	0,4	(0,1)	70,1	(29,4)
Y067_06	5	<b>0,7</b>	0,3	(0,1)	52,8	(13,7)
Y067_12	5	<b>0,7</b>	0,4	(0,0)	82,6	(24,1)

code	age enf	F1	F2	F3	score_ppd	score_tcc
Y096_02	4	0,2	(0,4)	(0,0)	10,2	28,4
Y096_06	4	0,3	(0,4)	(0,2)	7,7	50,1
Y096_12	4	0,4	(0,2)	(0,5)	9,8	41,1
Y031_02	6	0,2	(0,4)	(0,4)	19,8	52,6
Y031_06	6	0,2	(0,4)	(0,4)	(21,5)	57,6

Y031_12	6	0,3	(0,3)	(0,5)	(9,3)	47,5
---------	---	-----	-------	-------	-------	------

Certaines variables sont corrélées de façon significative avec plusieurs facteurs.

Par exemple, la psychothérapie Y096 est corrélée à T02 de façon assez faible avec F1 et moyenne avec F2 (en négatif). Elle est corrélée à T6 et T12 avec les 3 facteurs. Les scores TCC sont assez forts, les scores PPD beaucoup plus faibles, mais pas négatifs. L'approche est mixte à prédominance TCC.

La psychothérapie X071 est corrélée fortement avec F1 et, de faible à moyen, avec F2. En fait, les items en négatif correspondent à des items inscrits dans le prototype psychodynamique. Les scores de F3 sont nuls. Les scores caractérisant l'approche sont très fortement PPD et négatifs TCC.

Tableau 18 : distinction des facteurs de 2 cas (Y096 et X071)

code	age enf	F1	F2	F3	score_ppd	score_tcc
X071_02	14	<b>0,7</b>	0,1	0,0	60,6	(14,5)
X071_06	14	<b>0,7</b>	0,4	0,0	94,0	(35,8)
X071_12	14	<b>0,7</b>	0,3	0,0	87,1	(7,8)
Y096_02	4	0,2	(0,4)	(0,0)	10,2	28,4
Y096_06	4	0,3	(0,4)	(0,2)	7,7	50,1
Y096_12	4	0,4	(0,2)	(0,5)	9,8	41,1

Les coordonnées de chaque observation (numéro de l'item du CPQ), complétées de l'énoncé correspondant, peuvent ensuite être mises en relation avec chacun des facteurs. La participation importante d'une observation est signalée en gras<sup>251</sup>. Par exemple, pour l'item 26, « *L'enfant est*

<sup>251</sup> Les valeurs en gras correspondent pour chaque observation au facteur pour lequel le cosinus carré est le plus grand

*socialement désaccordé ou décalé* »,  $F1 = 0,068$  ;  $F2 = 2,726$  ;  $F3 = -0,830$ . C'est dans F2 que la participation de cet énoncé est la plus importante.

Si l'on réunit les items affectés d'un score négatif en gras dans F2, on obtient le tableau suivant qui décrit à la fois l'enfant et son état d'une part, le thérapeute et sa technique d'autre part :

Tableau 19 : items avec scores négatifs correspondant au facteur F2

- 26 E est socialement désaccordé ou décalé
- 05 E a des difficultés a comprendre les commentaires de T
- 58 E peu dispose a examiner pensées, réactions ou motivations associées a ses problèmes
- 20 E est provocateur, teste les limites de la relation T
- 07 E est anxieux ou tendu
- 42 E ignore ou rejette les commentaires et observations de T
- 17 T exerce activement un contrôle sur l'interaction
- 66 T est directement rassurant
- 02 T fait des commentaires sur le comportement non verbal de E
- 37 T se comporte de façon didactique
- 99 T offre de l'aide ou des conseils
- 48 T pose des limites

Si l'on réunit les items affectés d'un score positif en gras dans F2, on obtient le tableau suivant qui décrit à la fois l'enfant et son état d'une part, le thérapeute et sa technique d'autre part :

Les situations sont souvent moins tranchées ...

Tableau 20 : items avec scores positifs correspondant au facteur F2

- 29 La qualité de jeu de E est fluide, absorbée (vs fragmentée, sporadique)
- 54 E est clair et organise dans son expression verbale
- 71 E s'engage dans le jeu du faire-croire
- 64 E dessine T dans son jeu (vs ne l'inclut pas ou l'exclut)



- 53 E exprime qu'il est conscient de ses propres difficultés internes
- 32 E réalise une nouvelle compréhension ou prise de conscience
- 70 E lutte pour contrôler ses sentiments ou ses impulsions (vs ne contrôle pas)
- 63 E explore les relations avec les personnes significatives
- 67 T interprète des désirs refoules ou inconscients, des sentiments ou des idées
- 90 Les rêves ou les fantasmes de E sont discutés
- 35 L'image de soi de E est un point central de discussion

Le CPQ décrit ainsi des situations de psychothérapie impliquant à la fois l'enfant, le thérapeute et leur interaction. La relation de chaque variable avec chacun des facteurs traduit le positionnement de la psychothérapie à chaque étape de l'évaluation avec les caractéristiques synthétisées par chaque facteur.

Cette approche permet de situer les similitudes et les distinctions entre les variables de l'action psychothérapique.

Nous complétons ce paragraphe par la présentation des items qui composent F1 et F3.

Dans F1, les 20 formulations les plus caractéristiques concernent l'approche générale du thérapeute, son ajustement au développement de l'enfant et la technique spécifique utilisée pour le langage et les affects. L'enfant se sent confiant, en sécurité et compris par le thérapeute. Le thérapeute et l'enfant font preuve d'un vocabulaire et d'une compréhension partagées.

Tableau 21 : items correspondant au facteur F1

- 44 R E se sent confiant et en sécurité,
- 41 R E se sent compris par le thérapeute,
- 85 L'agressivité de l'E est tournée vers l'extérieur,
- 86 E est confiant et assuré,
- 9 R T est engagé affectivement,
- 06 T est sensible aux sentiments de l'enfant,
- 21 T ne se dévoile pas,

- 28 T perçoit précisément le processus thérapeutique,
- 18 T ne porte ni jugement ni désaccord,
- 77 L'interaction de T avec l'enfant tient compte du niveau de développement de l'E,
- 47 Quand l'interaction avec E est difficile, T s'adapte,
- 88 Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'E,
- 24 Les conflits émotionnels de T n'interviennent pas dans la relation thérapeutique,
- 45 T tolère l'affect ou les pulsions violentes de E,
- 97 T soutient la verbalisation de ses états internes et affects,
- 81 T souligne les sentiments de l'E pour l'aider à les vivre plus profondément,
- 03 Les remarques de T ont pour objectif de faciliter la parole de E,
- 65 T clarifie, redit ou reformule la communication de l'enfant,
- 55 T ne récompense pas directement des comportements souhaitables,
- 38 T et E font preuve d'un vocabulaire et d'une compréhension partagées.

Dans F3 (score positif), l'enfant va beaucoup mieux, ses symptômes et son comportement autistique se sont déjà grandement réduits. Il exprime même un bien être. Sa relation avec le thérapeute est conflictuelle

L'activité thérapeutique est d'orientation cognitivo-comportementale. En score négatif, la psychothérapie est d'orientation psychodynamique et le thérapeute peut pleinement appliquer sa technique.

#### Apport de l'analyse factorielle à la définition des cas présentés

Comment Y078, Y086, Y096 et Y098 dont les psychothérapies ont été présentées plus haut se situent-ils en relation aux facteurs F1, F2 et F3 ?

- Y078 commence avec un score F1 moyen (0,438) (moyenne = 0,528 et médiane = 0,569) et un score F2 de type cognitivo-comportemental (0,362). À T6, le score F1 s'est élevé (0,626), celui de F2 a beaucoup baissé (0,109). À T12, le score F1 reste élevé (0,575), F2 devient un score de type psychodynamique (-0,142), la signification du score F3 reste à préciser.

Tableau 22 : mise en relation des coordonnées factorielles de Y078

	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>
Y078_02	<b>0,4</b>	(0,4)	(0,0)
Y078_06	<b>0,6</b>	(0,1)	0,1
Y078_12	<b>0,6</b>	0,1	(0,2)

Cette évolution est assez représentative de celle que nous avons retrouvée dans plusieurs cas : dans un cadre général globalement psychodynamique, un début avec une part d'approche cognitivo-comportementale qui évolue vers une approche psychodynamique. Notre explication de cette évolution se situe à la fois dans un ajustement qui au début se cherche, puis un accordage constitué qui permet au thérapeute de s'engager dans une approche plus orientée sur la réalité psychique.

- Y086 a des scores de F1, F2 et F3 du même type que ceux de Y078, avec la différence que les scores de F1 (le facteur commun) sont plus élevés.

Tableau 23 : mise en relation des coordonnées factorielles de Y086

	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>
Y086_02	<b>0,7</b>	(0,2)	(0,0)
Y086_06	<b>0,5</b>	(0,4)	(0,2)
Y086_12	<b>0,6</b>	(0,2)	(0,1)

- Y096 a un score F1 faible à T2 et T6 ; il s'élève à T12 mais reste inférieur à la moyenne. En revanche, le score F2, de type cognitivo-comportemental, reste élevé aux 3 temps, avec une réduction à T12 qui correspond à l'élévation de F1. Le score de F3 a une élévation forte à T6 et T12. Elle correspond à une sélection des items définissant l'approche comme inverse par rapport aux critères qui la définiraient comme psychodynamique (« Le thérapeute n'est pas neutre, n'interprète pas la signification du jeu de l'enfant, ne pointe pas qu'il utilise des défenses. Il ne discute pas la relation thérapeutique, des fonctions corporelles, etc. »).

Tableau 24 : mise en relation des coordonnées factorielles de Y096

	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>
Y096_02	0,2	<b>(0,4)</b>	<b>(0,0)</b>
Y096_06	0,3	<b>(0,4)</b>	<b>(0,2)</b>
Y096_12	0,4	<b>(0,2)</b>	<b>(0,5)</b>

Y098 a un score F2 très fort à T2, de type cognitivo-comportemental, qui se réduit tout en restant très significatif à T6 et remonte à T12. Le score de F1, faible à 2 mois, s'effondre à 6 mois et revient plus élevé à T12 qu'à T1. Le score F3, déjà significatif à T2 est en évolution positive à T6 et T12.

Tableau 25 : mise en relation des coordonnées factorielles de Y098

	<b>F1</b>	<b>F2</b>	<b>F3</b>
Y098_02	0,2	<b>(0,6)</b>	<b>(0,1)</b>
Y098_06	0,0	<b>(0,4)</b>	<b>(0,3)</b>
Y098_12	0,4	<b>(0,4)</b>	<b>(0,4)</b>

Y098 n'adhère pas au facteur commun à 2 et 6 mois. Il est donc en dehors de ce qui constitue la démarche générale adoptée pour l'ensemble des cas (on retrouve dans F1 les items les plus caractéristiques issus de la moyenne des cotations de l'ensemble des cas). Ce cas illustre comment une démarche théorique rigoureusement appliquée peut en fait se situer en dehors de ce qui constitue l'efficacité de la démarche parce qu'un élément contextuel ne permet pas à la relation de s'établir.

En résumé, l'analyse factorielle permet de construire rapidement, à partir des 3 facteurs F1, F2 et F3, des éléments de communauté et de distinction entre psychothérapies qui regroupent toutes 3 composantes : l'enfant, l'approche du thérapeute et la relation enfant/thérapeute. Ces facteurs discriminants sont susceptibles d'évoluer d'une évaluation à une autre, ce qui introduit une dimension dynamique de la description de chaque psychothérapie au cours du temps à partir des éléments qui la composent.

Le facteur 1 est un facteur commun. Il réunit, parmi les 100 items qui décrivent chaque psychothérapie, ceux qui caractérisent le mieux une psychothérapie d'enfants présentant des troubles autistiques. Ce facteur, dans sa dimensionnalité, et les autres facteurs définissent des familles de psychothérapies qui décrivent les protagonistes dans une situation donnée.

Par exemple, ce que fait ou peut faire un thérapeute avec son approche et sa technique avec un enfant « compliant » ou au contraire dissocié et opposant avec le cadre de la psychothérapie (facteur 2). Ou encore, comment l'approche du thérapeute se modifie quand les caractéristiques de l'enfant le situent déjà dans la santé mentale (facteur 3). Le poster SPR2015 <sup>252</sup> résume comment l'application de la méthodologie du Q-sort apporte les éléments qui permettent cette distinction pour décrire le processus de la psychothérapie.

Tous ces éléments remettent totalement en question les étiquettes rigides censées définir les psychothérapies en fonction de leurs références théoriques et leur influence sur les pratiques.

Autrement dit, l'analyse factorielle introduit une base de comparaison entre familles de psychothérapies et entre psychothérapies, impliquant non seulement l'approche générale (psychodynamique, cognitivo-comportementale), mais également le fonctionnement de l'enfant en soi et dans la relation. Elle met en scène des configurations de psychothérapie et leur déroulement d'un temps à l'autre.

Le sous-chapitre suivant présente comment la modélisation par équations structurelles peut contribuer à décrire l'évolution dynamique des psychothérapies, les facteurs qui y contribuent et les changements qui caractérisent cette évolution.

---

<sup>252</sup> Thurin, J. M., & Thurin, M. (2015). Psychotherapy of children with autism spectrum disorders: When the approach and specific actions of the experienced therapist depend on the child's clinical condition. [www.techniques-psychotherapiques.org/Recherche/GR1/\\_These\\_Posters/ThurinPosterSPR2015.pdf](http://www.techniques-psychotherapiques.org/Recherche/GR1/_These_Posters/ThurinPosterSPR2015.pdf)

- **Modélisation par équations structurelles du processus de changement**

### **CONSTRUCTION DU MODELE ET PREMIERS RESULTATS**

Une seconde génération de méthodes statistiques s'est développée depuis le début des années 1990, dont celle de la modélisation par équations structurelles. Cette méthode permet d'associer plusieurs analyses de régression linéaire et de concevoir des « chemins » ou « pistes causales ». Il est également possible de considérer des variables latentes appréhendées à partir de mesures de variables qui participent à leur formation ou à leur expression (Falissard 2005<sup>253</sup>, Falissard 2012<sup>254</sup>, Hair et al. 2014<sup>255</sup>).

La possibilité d'appliquer cette méthode aux données réunies dans le réseau a d'abord été testée à partir de cas isolés. Leur analyse, développée avec *R*, a montré la grande diversité des situations individuelles et l'ajustement des thérapeutes aux besoins et possibilités de chaque patient. Cet ajustement concernait à la fois l'attitude générale du thérapeute, relative à la façon d'aborder le patient en relation à sa situation clinique et à sa référence théorique, et les actions spécifiques déployées au cours de l'évolution de chaque patient.

Cette dynamique individualisée et interactive pouvait-elle s'inscrire dans la modélisation du processus de changement avec un groupe ? Il fallait envisager qu'une structure commune puisse se retrouver dans la majorité des cas. Cette structure s'est retrouvée effectivement dans l'attitude générale du thérapeute, telle qu'elle se trouvait définie par les items concernant le thérapeute et à un moindre degré l'enfant. Il faut préciser ici que les cas qui ont été ainsi testés partageaient la même référence théorique (psychanalytique) et qu'ils étaient présentés dans le séminaire consacré aux

---

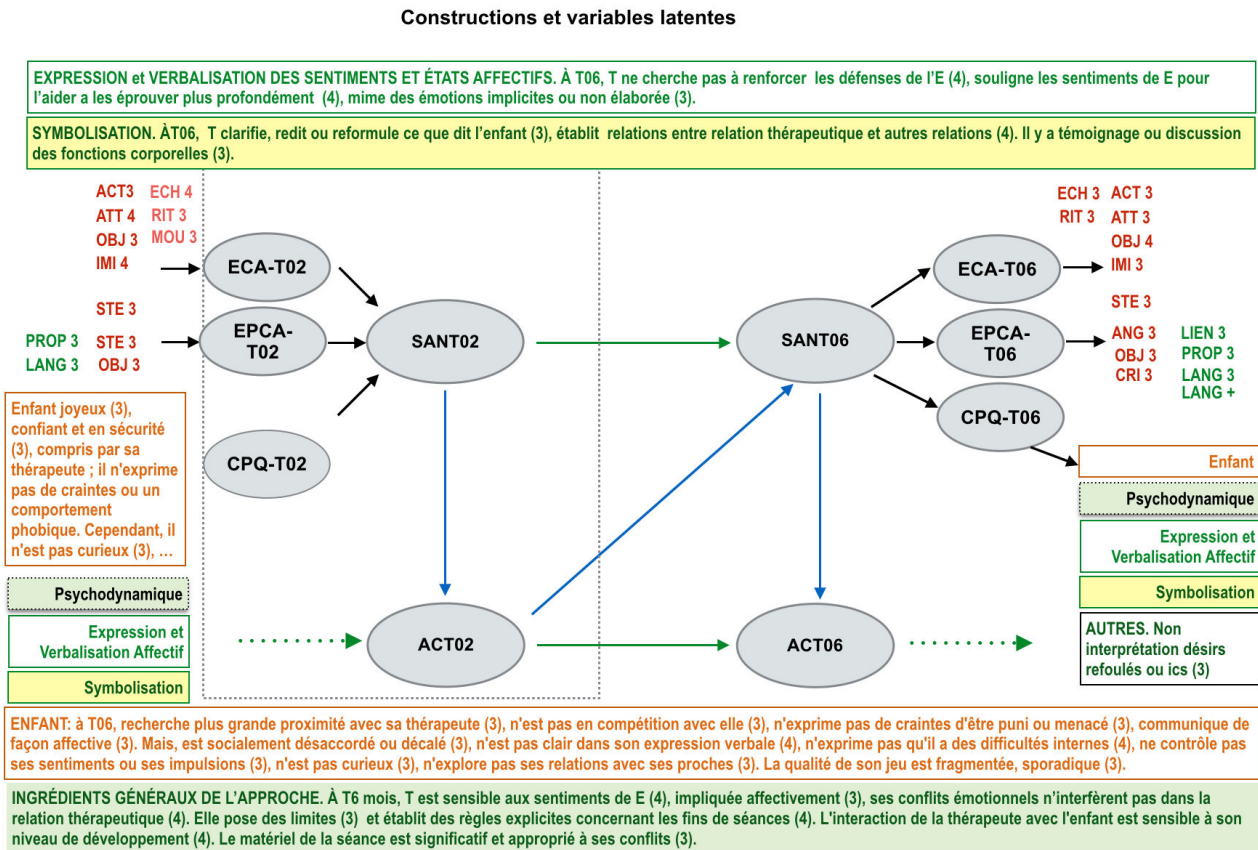
<sup>253</sup> Falissard, B. (2005). Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie (3ème ed.). Paris: Masson, p 203-2015

<sup>254</sup> Falissard, B. (2012). Analysis of Questionnaire Data with R: CRC Press, Taylor & Francis Group, p 205-221

<sup>255</sup> Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2014). A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM): SAGE Publications.

questions relatives à l’articulation de la pratique et de la recherche (mais les données étaient celles qui avaient été envoyées au moment du recueil des données, plusieurs mois ou années auparavant).

Figure 10 : Modélisation du processus psychothérapeutique à partir d’un cas



Graphique de l’évolution d’un cas d’enfant autiste de 2mois à 6 mois

Ce diagramme présente dans sa partie gauche la situation de la psychothérapie à 2 mois d’un des enfants autistes, à partir des indicateurs  $\geq 3$  issus de l’ECA-r (ECA-T02), de l’EPCA (EPCA-T02) et des énoncés les plus caractéristiques du CPQ (CPQ-T02). L’équivalent pour les indicateurs à 6 mois se retrouve dans la partie droite. La partie basse du diagramme présente le fonctionnement de l’enfant dans la psychothérapie et l’approche correspondante du thérapeute à 6 mois tels que décrits par le CPQ. La partie haute du diagramme décrit (en vert) l’action du thérapeute centrée sur l’expression et la verbalisation des sentiments et états affectifs et (en jaune) celle qui concerne la symbolisation.

L'application du même modèle de base aux données d'une série de cas et sa discussion avec les cliniciens a également montré : d'une part, l'intérêt d'une formalisation de la psychothérapie par étapes et par configurations d'ingrédients, à partir des variables composant le processus psychothérapique et les indicateurs de changement ; d'autre part, la relation répétée entre certains éléments psychopathologiques caractérisés de l'enfant et la pratique d'attitudes et de stratégies communes par différents thérapeutes. L'ensemble conduisait de façon cohérente, sur ces bases, à une réduction des éléments pathologiques et à l'émergence de fonctionnements de santé chez l'enfant.

Des premiers tests statistiques ont été réalisés avec l'ensemble des cas. Ils ont montré par exemple que les régressions linéaires pour la Déficience Relationnelle de l'enfant (DR) établissent que le médiateur «enfant dans sa thérapie» (AAR) est très significatif à chacune des cotations. L'attitude du thérapeute est également significative dans une moindre mesure à chacune des cotations. L'action du thérapeute (ACT) n'est que faiblement significative à 6 mois de thérapie et intervient sur DR à 12 mois. L'absence de corrélation avec l'insuffisance de modulation des émotion (IM) peut s'expliquer par le fait que ce déficit ne concerne fortement qu'environ un quart des enfants (17/60).

Tableau 26. Exemple de modélisation par équation structurelle 1.

<pre>Call: lm(formula = cpecar_red[, 15] ~ cpecar_red[, 1] + cpecar_red[,   2] + cpecar_red[, 3], data = cpecar_red)  Residuals:     Min       1Q   Median       3Q      Max -25.927  -9.420   0.650   8.284  39.561  Coefficients:             Estimate Std. Error t value Pr(&gt; t ) (Intercept)  48.53499     6.22740   7.794 1.51e-10 *** cpecar_red[, 1] -0.20078     0.09640  -2.083  0.0418 * cpecar_red[, 2] -0.18970     0.08626  -2.199  0.0319 * cpecar_red[, 3] -0.03809     0.06222  -0.612  0.5428 --- Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1  Residual standard error: 13.86 on 57 degrees of freedom Multiple R-squared:  0.1725,    Adjusted R-squared:  0.1289 F-statistic:  3.96 on 3 and 57 DF,  p-value: 0.01238</pre>	<p>La variable déficience relationnelle de l'enfant à T02 (DR02) est significativement dépendante de la disposition psychologique de l'enfant (AAR02) (0.03) et de l'attitude du thérapeute (ATT02) (0.02) à T02.</p>
--	---



Tableau 27. Exemple de modélisation par équation structurelle 2.

<pre>Call: lm(formula = cpecar_red[, 17] ~ cpecar_red[, 7] * cpecar_red[,   9] + cpecar_red[, 8], data = cpecar_red)  Residuals:     Min       1Q   Median       3Q      Max -28.479  -8.689  -1.132   4.589  35.343  Coefficients:                 Estimate Std. Error t value Pr(&gt; t ) (Intercept)    39.223299   9.924411   3.952 0.000219 *** cpecar_red[, 7] -0.937525   0.320433  -2.926 0.004955 ** cpecar_red[, 9] -0.275620   0.123022  -2.240 0.029050 * cpecar_red[, 8]  0.096129   0.104906   0.916 0.363417 cpecar_red[, 7]:cpecar_red[, 9] 0.009579   0.005644   1.697 0.095202 . --- Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1  Residual standard error: 13.29 on 56 degrees of freedom Multiple R-squared:  0.2817,    Adjusted R-squared:  0.2304 F-statistic: 5.49 on 4 and 56 DF,  p-value: 0.000843</pre>	<p>La variable déficience relationnelle de l'enfant à T12 (DR12) est significativement dépendante de la disposition de l'enfant (0.005) et de l'action du thérapeute (0.03) et de leur interaction (0.09).</p>
---	--

Le poster [These2](#) (annexes) récapitule cette présentation

- **Analyse PLS-SEM de l'interaction dynamique processus-résultats**

PLS-SEM s'inscrit dans les statistiques de seconde génération. Ces méthodes dénommées modélisation par équations structurelles (*Structural Equation Modeling* (SEM)) permettent d'intégrer des variables quantitativement inobservables de façon directe en les mesurant indirectement par des variables indicateurs. L'analyse PLS se centre sur l'explication de la variance dans les variables dépendantes quand on examine le modèle.

L'hypothèse générale testée dans notre recherche est que l'action psychothérapique intervient comme une médiation spécifique qui peut expliquer (pour une part) un processus de changement allant des troubles jusqu'à un fonctionnement se rapprochant de la santé chez les

enfants/adolescents souffrant d'autisme qui en bénéficient. Les troubles sont indiqués par les mesures concernant les comportements autistiques et les déficits développementaux.

Cette médiation fait intervenir plusieurs médiateurs. Notre hypothèse est que les médiateurs sont les intermédiaires entre les manifestations psychopathologiques et différents dysfonctionnements qui les accompagnent ou les produisent. L'action thérapeutique se trouve ainsi à l'intersection entre les hypothèses cliniques issues de l'analyse de la causalité des manifestations pathologiques manifestes (chaîne causale 1) et de la mise en oeuvre pratique d'actions suspensives et réparatrices (chaîne causale 2). La santé s'exprime par l'acquisition de nouvelles aptitudes et par une évolution favorable des fonctionnements psychiques émotionnels et relationnels, ainsi que par une ouverture active au monde s'orientant vers la normale.

Pour situer la méthode, plusieurs définitions peuvent être rappelées ici.

- **Modèle** : une construction qui permet de représenter des faits complexes auxquels nous n'avons pas un accès direct.
- **Variables** : des mesures attachées à des observations liées à des concepts.
- **Variables latentes** : des concepts complexes, non directement mesurables (p.e., la satisfaction, la santé, le bonheur, l'action psychothérapique) et que l'on peut indirectement objectiver à partir de variables plus élémentaires que l'on peut mesurer (p.e. ici, l'approche ajustée du thérapeute aux spécificités des manifestations autistiques, la participation de l'enfant et la qualité de sa relation avec le thérapeute).
- **Relations entre variables** : pour expliciter la finalité et la direction des relations, on distingue les **Variables Explicatives** (VE) (ou *variables indépendantes*) et les **Variables À Expliquer** (VAE) (ou *variables dépendantes*). Les variables explicatives (VE) désignent les facteurs et ingrédients qui expliquent comment un changement se produit au niveau des variables à expliquer (VAE) (changements se produisant au niveau des symptômes, comportements, fonctionnements et du développement). Dans une perspective longitudinale, les VAE peuvent constituer des VE pour les VAE suivantes.

- **Action psychothérapique** : elle résulte des activités relationnelles et spécifiques entre un thérapeute et un patient. Ces activités sont fondées sur des principes psychologiques appliqués dans un cadre *ad hoc* qui permettent à un patient de passer des troubles (*pathologie*) à la *santé mentale* et à des conditions de vie satisfaisantes. Ces activités sont elles-mêmes abordées par des variables qui les représentent dans différents registres.
- **Médiateur** : une variable intermédiaire qui peut expliquer (statistiquement) la relation entre les variables indépendantes et dépendantes. Ce qui médiatise le changement peut ne pas nécessairement expliquer le processus suivant lequel le changement s'est produit. En outre, le médiateur peut être le représentant d'une ou plusieurs autres variables ou être un concept général qui n'est pas nécessairement destiné à expliquer les mécanismes du changement.
- **Quelques propriétés générales de PLS-SEM.**

PLS-SEM fonctionne efficacement avec des échantillons de petite taille et des modèles complexes. L'analyse ne fait pratiquement aucune hypothèse sur les données sous-jacentes. Elle peut éventuellement considérer des modèles avec des construits à un seul item, mais ne peut pas fonctionner avec des modèles structurels contenant des boucles causales ou des relations circulaires entre variables latentes.

La mesure multivariée implique l'utilisation de plusieurs variables pour mesurer indirectement un concept afin d'améliorer la précision des mesures. L'hypothèse et l'objectif qui l'accompagne est que l'utilisation de plusieurs variables, les "indicateurs" (variables manifestes pour mesurer un concept unique), sont susceptibles de représenter tous les aspects différents du concept, et ainsi de donner lieu à une mesure plus pertinente du concept.

La santé et l'action thérapeutique sont des dimensions relativement abstraites et en tout cas complexes au niveau des paramètres qui les composent. Elles sont définies ici comme des *construits* ou *variables latentes*. Nous ne pouvons pas directement calculer les variables « santé » et « action thérapeutique ». En revanche, nous avons accès à des variables qui mesurent leurs manifestations et leurs éléments. Ces indicateurs servent de *proxy variables* (variables par procuration). Chaque indicateur représente un aspect particulier d'un concept plus large qui est la variable abstraite. En

combinant plusieurs indicateurs qui peuvent eux-mêmes constituer une synthèse de plusieurs items observables, nous pouvons finalement aborder quantitativement les concepts de santé/maladie et d'action thérapeutique, en définissant les caractéristiques et les effets de leur relation dans les conditions d'une population particulière étudiée.

Dans le modèle présenté, les variables latentes sélectionnées sont l'état fonctionnel de santé psychique de l'enfant et l'action thérapeutique qui est développée pour l'améliorer. Ces variables sont étudiées à partir des mesures réalisées aux différents temps de l'étude.

La médiation met l'accent non seulement sur le chemin de relation directe entre deux variables latentes, mais aussi sur le chemin indirect qu'un ou plusieurs composants de médiation, théoriquement pertinents, peuvent produire. C'est seulement quand la médiation possible est prise en compte théoriquement et qu'elle est aussi testée empiriquement que la nature de la relation cause-effet peut être pleinement et précisément comprise. C'est alors que ce type d'analyse identifie sa « véritable » conclusion. Mais le point de départ est théorique et le temps d'en concevoir le parcours, qui précède les analyses empiriques, est essentiel (voir chapitre 7 de Hair et al. , p 245, et aussi Kazdin et Kendall 1998).

Cette approche conduit à aborder différentes hypothèses de causalité. Elles conduisent à obtenir un résultat non significatif ou significativement positif pour la relation inférée. Dans notre cas, on peut concevoir d'abord que la cause de la variation des scores de comportement d'une évaluation à une autre est simplement un effet du temps ; une autre hypothèse peut être que le changement est essentiellement associé à l'alliance (meilleure elle sera, meilleur sera le résultat) et à des interventions spécifiques visant des problèmes et/ou des déficits particuliers ; une troisième hypothèse est que les troubles du comportement sont mobilisés par des éléments de contexte, en particulier événementiel et relationnel. Le contexte se retrouve dans la psychothérapie, à la particularité près que le thérapeute sait comment éviter et faire avec les comportements pathologiques. Cette attitude spécifique du thérapeute en relation aux événements de la cure est une hypothèse complémentaire dont un exemple a été présenté avec la psychothérapie de Y078.

Techniquement, une variable fonctionne comme un médiateur quand elle remplit les conditions de Baron et Kenny (1986) : les variations dans les niveaux de la variable indépendante interviennent significativement dans les variations du médiateur présumé ; les variations dans le

médiateur interviennent significativement dans les variations de la variable dépendante ; quand le chemin indirect est contrôlé, une relation antérieurement significative entre les variables indépendante et dépendante change significativement de valeur.

- **Structuration du modèle structurel et de mesure**

Cette méthode permet de mettre en relation les éléments qui participent à l'action de la psychothérapie ("Action Thérapeutique") et les résultats qu'elle produit aux différents temps de l'évaluation.

La première étape de structuration du modèle est de déterminer dans quel ordre interviennent les construits. Déterminer la séquence des construits est rarement une tâche facile car des perspectives théoriques contradictoires peuvent conduire à différentes dispositions chronologiques des variables latentes. Ici, est-ce l'état de l'enfant qui détermine la conduite thérapeutique et la relation thérapeute-patient qui l'accompagne, ou l'inverse ? Différentes études ont abordé cette question de façon générale à propos de l'alliance thérapeutique<sup>256,257</sup>. Leurs résultats sont mitigés et orientent vers une interaction réciproque entre alliance et résultats.

Dans notre modèle, notre hypothèse est que l'action thérapeutique est initiée à partir de l'évaluation clinique, opérée par le thérapeute, de l'état et du fonctionnement de l'enfant, en relation aux informations qui lui sont transmises par l'enfant et ses proches. Sur cette base, le thérapeute développe son action en référence à son approche théorique et à son expertise clinique. Sa technique est ajustée et modulée pour répondre aux besoins et possibilités de l'enfant.

Avec l'approche psychanalytique, qui est largement majoritaire dans les études, l'attention aux besoins et capacités de l'enfant est associée au respect de ses initiatives. L'action thérapeutique implique particulièrement la dyade patient-thérapeute ainsi orientée, incluant la sensibilité tolérante

---

<sup>256</sup> Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 1027-1032.

<sup>257</sup> Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*, 270–277.

du thérapeute et la participation directe de l'enfant. L'objectif général est que ses symptômes autistiques se réduisent lorsque son fonctionnement avec lui-même, les autres et le monde s'améliore. Tester cette approche, c'est examiner si « l'action thérapeutique » ainsi définie réalise un effet de médiation centrée sur les variables d'état fonctionnel de l'enfant et les facteurs qui les mobilisent. La variable de médiation permet alors de clarifier ou d'expliquer la relation entre les construits originaux (ici, le fonctionnement et l'état de l'enfant aux différents temps de l'évaluation). Cela se produit en particulier quand la relation qui réunit chaque séquence de construits varie au cours du temps. Nous avons vu plus haut (Stiles et al. 1998<sup>258</sup>, Kramer & Stiles 2015<sup>259</sup>) que l'ajustement comme modalité de réponse permanente du thérapeute (*responsiveness*) peut contrarier l'analyse statistique.

Dans notre étude, nous sommes également concernés par les effets de modération. L'effet de modération se produit quand le modérateur (une variable indépendante ou un construit) change la force et même la direction d'une relation entre deux construits dans un modèle. Cet aspect sera considéré dans un second temps à partir de la variable âge.

La seconde étape est la définition des indicateurs. Leurs mesures, issues des instruments, apportent des informations sur la constitution des variables latentes et leur caractère opérationnel. Chaque construit est associé à un ou plusieurs indicateurs. Ces indicateurs sont de deux types : formatif ou réflectif suivant la relation de causalité qu'ils entretiennent avec le construit. Lorsque l'indicateur se situe comme la ou une cause du construit (par exemple, "dans cette maladie pulmonaire le bacille de Koch est retrouvé dans les crachats, (donc) cette maladie est une tuberculose") l'indicateur est formatif. En revanche, lorsque les indicateurs sont une conséquence du construit et participent à sa description (p.e., comme le sont les principales manifestations de l'autisme), les indicateurs sont réflectifs. Ces indicateurs peuvent être considérés comme un échantillon représentatif de tous les éléments possibles disponibles dans le domaine conceptuel du

---

<sup>258</sup> Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439–458.

<sup>259</sup> 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.

construit. Il est alors essentiel d'accorder une attention particulière à la validité de contenu des mesures en déterminant la façon dont les indicateurs et les items qui les composent représentent l'ensemble du domaine exploré (ou du moins ses aspects majeurs). En revanche, les indicateurs réfléchitifs similaires sont interchangeable et il n'y a pas de problème de chevauchement.

Deux questions se posent : (1) comment sélectionner ces éléments qui représentent, sinon l'ensemble du domaine, du moins ses aspects majeurs et qui vont aussi constituer les mesures du construit ? et (2) comment établir leur rôle propre dans celui, global, du construit ?

Le choix des indicateurs de l'état de l'enfant et de son évolution a été de considérer les comportements autistiques comme indicateurs initiaux et de leur associer deux paramètres de santé psychique qui sont le fonctionnement général et l'ouverture à soi, au monde et aux autres. L'évolution des comportements autistiques a été centrée à partir de T2 sur deux indicateurs, la déficience relationnelle et la modulation des émotions. Ils se trouvent de facto impliqués avec les indicateurs de santé dans le modèle de chaîne prédictive/causale.

Le choix des indicateurs de l'action psychothérapique s'est fait : 1) à partir des connaissances générales qui attribuent aux composants de l'alliance thérapeutique (Gaston & Marmar 1993)<sup>260</sup> un rôle majeur dans les résultats ; il est important de préciser que cette alliance ne va pas immédiatement de soi pour l'enfant autiste puisque, précisément, il souffre d'un déficit relationnel et de réactions très fortes lorsqu'il est confronté à des situations nouvelles ou frustrantes. L'alliance représente aussi une élaboration ; 2) à partir de l'analyse individuelle des cas et de l'analyse factorielle qui ont révélé une attitude spécifique commune des thérapeutes psychodynamiques avec les enfants autistes ; 3) en impliquant les éléments du prototype psychanalytique (dont l'effet avec les enfants autistes représentait une hypothèse) ; et 4) les aptitudes acquises par l'enfant dans son développement. Les différents indicateurs sont constitués de plusieurs items, voire (comme dans l'alliance ou dans les comportements autistiques), de regroupements d'items. Ces choix sont possibles avec le CPQ, dans lequel l'enfant est représenté par 42 items, le thérapeute par 42 items et

---

<sup>260</sup> Gaston, L. & Marmar, C.R. (1993). Manual of California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS) (Manuscrit). La Calpas, réunit pour le patient les éléments suivants : aide, collaboration, liberté, ajustement, confiance, respect, accord sur objectifs, résultats perçus ...

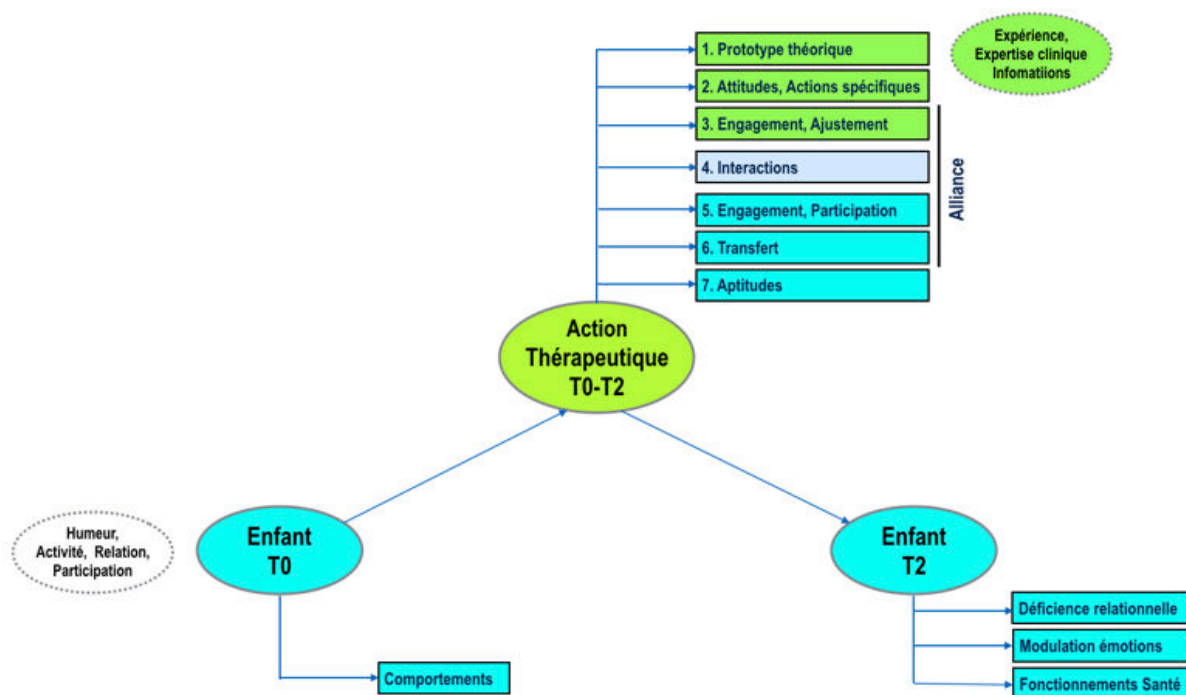
leur interaction directe par 16 items. Avec l'ECA-r, la déficience relationnelle est représentée par 13 items et le déficit de modulation des émotions par 3 items.

Le rôle propre des indicateurs et la façon dont il est établi seront précisés plus loin.

Les données empiriques dont sont issus les indicateurs ont été collectées à l'aide des questionnaires ECA-r, EPCA et CPQ. Il n'y a pas de données manquantes, de profils de réponses suspectes (réponses en doublure ou incohérentes), de valeurs aberrantes et la distribution des données est satisfaisante.

Figure 11 : Indicateurs de l'état de l'enfant et de l'action psychothérapique (AT).

Dans l'AT, les 3 premiers indicateurs concernent le thérapeute. Ils sont suivis par l'interaction, puis par ceux concernant l'enfant. Les indicateurs 3:6 participent à l'alliance thérapeutique.





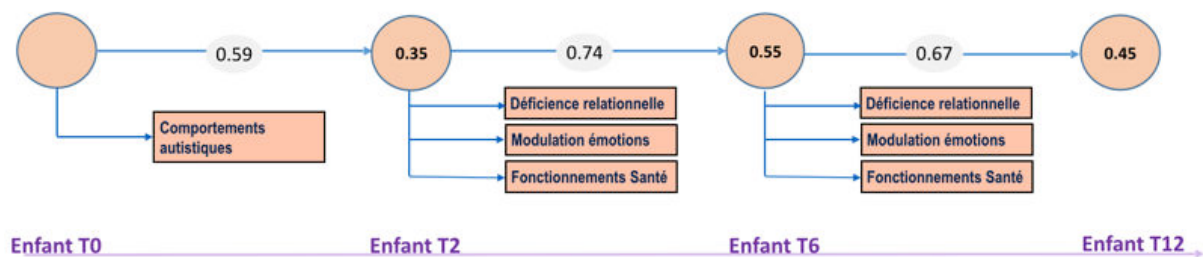
- **Comment démontrer l'effet de l'Action psychothérapique ?**

Pour s'assurer que ces changements existent, nous posons d'abord le chemin entre l'état initial, à 2 mois, à 6 mois et à 12 mois de l'enfant, en situant les comportements, le fonctionnement et l'ouverture de l'enfant comme indicateurs.

Les comportements autistiques sont évalués à partir des mesures des 29 items de l'ECA-r pour l'ensemble de ses 3 dimensions (EG, DR et IM), le fonctionnement (AAR) et l'ouverture (RMA) à partir des mesures de 8 et 12 items du CPQ. Chacune des variables présente bien une évolution propre et associée à celle des autres s'inscrivant dans le processus longitudinal général de changement.

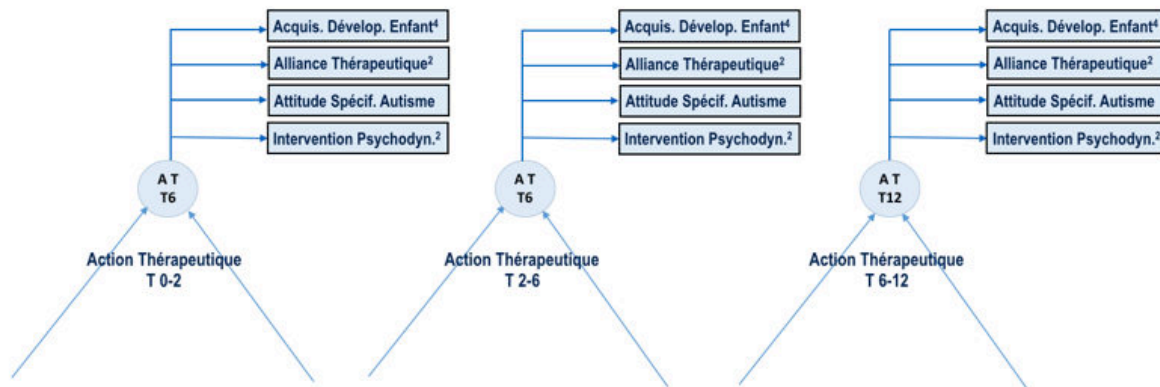
Figure 12. Chemin des changements de la déficience relationnelle et de la modulation émotionnelle T0 à T12.

Le changement concernant les comportements a été focalisé à partir de T2 sur la déficience relationnelle (DR) et la modulation émotionnelle (IM) qui sont des problèmes centraux pour les thérapeutes et pour lesquels ils ont développé des approches spécifiques. Deux autres variables sont prises en compte le fonctionnement et l'ouverture au monde de l'enfant.



L'action thérapeutique a été construite à partir de l'approche générale spécifique à l'autisme du thérapeute (ATT), de l'alliance thérapeutique (ALM), de l'approche psychanalytique (PPD) et cognitivo-comportementale (TCC), de la traduction clinique du développement de l'enfant dans l'acquisition de ses aptitudes (ACQ) et éventuellement d'actions spécifiques centrées sur l'émotion et le langage (ACTE et ACTL). La figure ci-dessous ne présente que ceux qui sont restés significatifs après tests. Ces indicateurs sont constitués à partir de mesures issues du CPQ et de l'EPCA pour les aptitudes.

Figure 13. Variables latentes de l'action psychothérapique et leurs indicateurs réfectifs à 2, 6 et 12 mois.



- **Modèle général et appliqué de la médiation**

La médiation met l'accent sur le chemin de relation directe entre deux variables latentes, ainsi que sur un autre composant théoriquement pertinent qui fournit indirectement une information sur l'effet direct via son effet indirect.

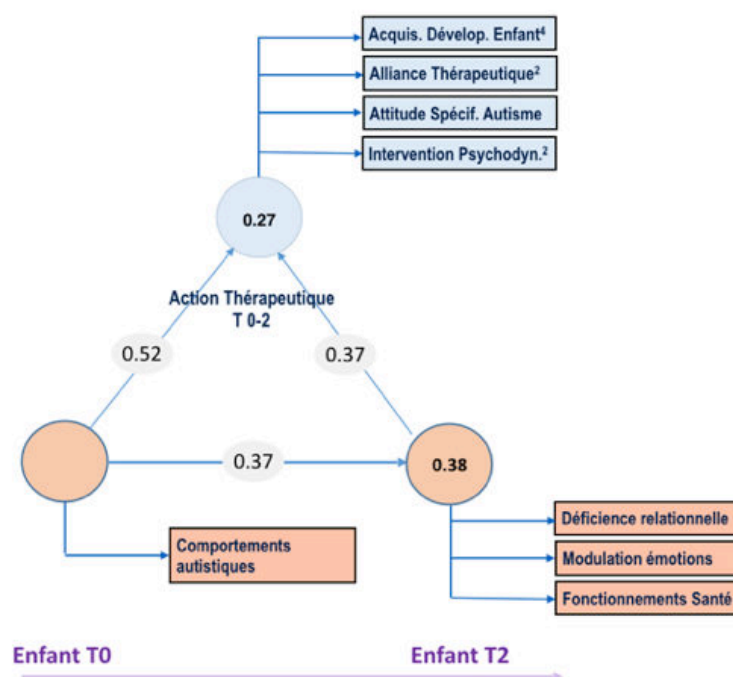
Ainsi, dans le modèle de la médiation, la relation indirecte par le construit "Action Thérapeutique" est théoriquement susceptible d'affecter la relation directe entre "Enfant T0" et "Enfant T2". Le descriptif longitudinal du processus de changement (fig. 12) et celui de la médiation (fig. 14) montrent que la relation directe de "Enfant" entre T0 et T2 est réduite par la médiation "Action Psychothérapique" (elle passe de 0.59 à 0.37).

À T0, l'indicateur du construit "Enfant T0" est relatif aux comportements autistiques mesurés par l'ECA-r. L'indicateur "Comportements Autistiques" étant le seul, il prend la valeur 1. À T2, le construit "Enfant T2" est informé par 4 indicateurs réfectifs : (1) comportements autistiques, en distinguant les dimensions Déficience Relationnelle et Insuffisance de Modulation des émotions (2) Fonctionnements et Santé mentale, distinguant l'état émotionnel et dynamique de l'enfant (AAR : activité, humeur, affect, expression verbale) et son ouverture au monde, aux autres et à soi (RMA :

assurance, confiance, sécurité, attention aux autres). La corrélation entre "Enfant 1" et "Enfant 2" mesure l'effet direct (sans médiation) dont l'origine n'est pas identifiée.

La médiation par l'action thérapeutique inclut 2 corrélations, celle entre "Enfant T0" et "Action Thérapeutique" et celle entre "Action Thérapeutique" et "Enfant T2". L'effet indirect est égal au produit de ces 2 corrélations. Les indicateurs de "Action Thérapeutique" ont été présentés ci-dessus.

Figure 14. Première étape (T0-T2) de la médiation de l'état de santé mentale de l'enfant par les médiateurs potentiels activés à partir des objectifs et de la stratégie issus de la formulation de cas initiale.



- **Médiation par l'action psychothérapeutique du processus de changement**

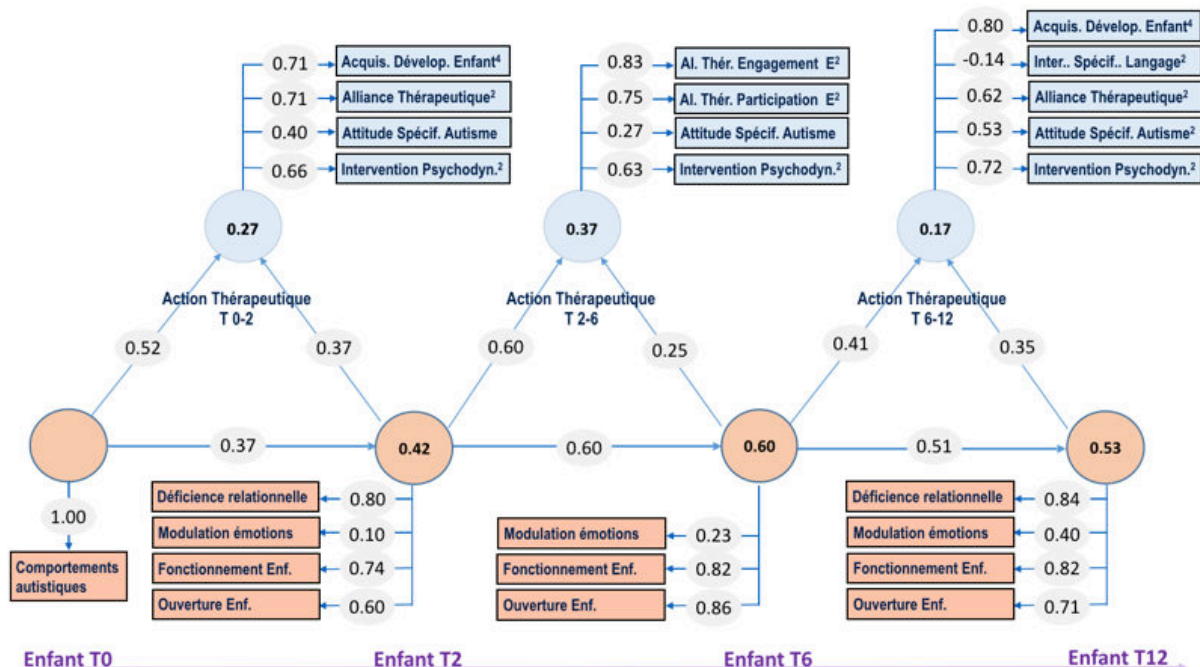
La présentation précédente de la médiation est étendue aux périodes de 2-6 mois et de 6-12 mois et la valeur des indicateurs est précisée (fig. 15).

Les variables latentes de la ligne médiane ("Enfant") sont représentées par les ronds orange. Elles concernent l'état clinique de l'enfant aux quatre temps d'évaluation. Chacune de ces variables

latentes est située comme la variable dépendante de celle qui la précède directement et la corrélation qui les associe se fait sur cette base. [Hair p 77]. Le construit "Enfant" à T2 est à la fois variable dépendante pour "Enfant T0" et indépendante pour "Enfant T3", et ainsi de suite.

Les mesures de ces variables sont associées à des indicateurs réfléchitifs « intitulés » comportements autistiques, fonctionnement, ouverture se rapportant à l'enfant. Le *loading* de chaque indicateur réfléchitif correspond à la corrélation qu'il entretient avec la variable latente dont il est une variable dépendante. Par exemple, à T2, la corrélation de la déficience relationnelle (DR) avec le construit "Enfant" est égale à 0,80, alors qu'elle n'est que de 0,10 avec le déficit de modulation des émotions (IM). En revanche, sa corrélation est proche de celle du fonctionnement général de l'enfant (AAR) qui est 0,74. Plus les coefficients sont proches de 0, plus les relations sont faibles. Les valeurs très basses, proches de 0, ne sont généralement pas significatives. La valeur incluse dans chaque rond orange ( $R^2$  : coefficient de détermination) représente le niveau de variance expliquée dans le construit. Par exemple, 0,42 signifie que 42% de la variance de E2 est expliquée par E T0 et (E T0 -> AT . AT-> T0-2).

Figure15 : Chemins, coefficients de corrélation et charges des indicateurs des construits.



La direction des flèches dans les parties supérieures et inférieures du diagramme traduit la nature *réflective* des indicateurs. L'orientation de la flèche vers l'indicateur signifie qu'il est une conséquence, une expression de la variable latente (dans le cas contraire, l'indicateur en serait la ou l'une des causes). Les flèches entre les variables latentes traduisent l'influence des unes sur les autres. Par exemple, la santé de l'enfant à 2 mois est influencée à la fois par l'état initial de l'enfant et par l'action que le thérapeute a engagée immédiatement.

Les variables latentes représentées par des ronds bleus concernent l'action thérapeutique. Les mesures associées aux indicateurs décrivent la corrélation de la variable latente (construit) « Action thérapeutique » (AT) avec le niveau de développement de l'enfant (à travers ses aptitudes acquises), l'approche spécifique du thérapeute associée aux troubles autistiques, l'alliance thérapeutique, et le prototype psychodynamique. Ces variables sont également des *indicateurs réflectifs* car elles sont des mesures descriptives manifestes (externes) du sujet « Enfant », à partir de ses aptitudes acquises, son engagement, sa participation, sa relation avec le thérapeute dans la thérapie, ainsi que du sujet « Thérapeute » à partir de son expérience, de sa référence théorique et des éléments qu'il a observés et appris à partir des premiers entretiens. Ces connaissances permettent au thérapeute d'intervenir à bon escient en relation avec ce que lui transmet l'enfant, avec l'objectif d'une évolution favorable.

Les mesures sur les flèches entre les variables latentes concernent les coefficients de chemin et correspondent aux relations entre construits dans le modèle structurel.

Les évaluations intermédiaires distinguent plusieurs étapes. Concernant les changements manifestes, nous sommes renseignés par la corrélation entre les construits. Le carré de cette corrélation explique le pourcentage de variation expliquée par les construits avec lesquels il est en relation, et indirectement par les composants de chaque construit à partir de la valeur respective des *loadings* de leurs indicateurs réflectifs. L'action psychothérapique est également renseignée par les indicateurs qui la composent. À l'approche/action du thérapeute, s'est associée celle de l'enfant. Elle apparaît nettement dans sa participation à l'alliance qui s'exprime à T6 par son engagement (EP) et sa participation aux activités de la thérapie (PP).

Ce diagramme permet de rechercher les ingrédients majeurs du changement dans le groupe constitué par l'ensemble des 60 enfants. C'est dans ce cadre que la méthode statistique PLS-SEM est utilisée. Un diagramme similaire peut être utilisé également pour représenter l'analyse fonctionnelle

d'un enfant, mais les valeurs manifestes qui sont incluses ne permettent qu'une appréciation subjective de la variable latente auxquelles elles sont associées (Virués-Ortega & Haynes 2005).

- **Mesures éclairant les pistes causales du processus de changement**

Cette étape est celle de la mise en relation de l'évolution de l'enfant avec les médiations psychothérapeutiques susceptibles de l'expliquer.

La figure 12 établit les corrélations de départ pour les indicateurs de changement, c'est-à-dire sans prise en compte de l'effet des médiateurs qui vont être testés. S'ils sont efficaces, les mesures de cette ligne de base doivent se trouver réduites.

Dans la figure 15, la ligne inférieure (en orange) présente les corrélations directes entre les variables latentes décrivant le fonctionnement de l'enfant et leur carré  $R^2$  (variance moyenne extraite (AVE)). Ces corrélations subissent l'effet des médiations psychothérapeutiques car elles se trouvent réduites par rapport à celles établies sans prise en compte des médiations (0.374 vs 0.592 ; 0.596 vs 0.741 ; 0.509 vs 0.672) (figure12). *L'effet des médiations peut donc être considéré et calculé. À chaque indicateur réflectif est associée sa charge (loading) qui traduit son degré de corrélation avec le construit.*

La ligne supérieure (en bleu) présente les variables latentes décrivant les principales actions thérapeutiques mises en oeuvre. Ces actions sont engagées dès le départ de l'étude à partir de la formulation de cas et sont renouvelées sous une forme ajustée à l'évolution du fonctionnement et des aptitudes de l'enfant. À chaque indicateur réflectif est également associée sa charge (*loading*). Chaque construit est relié à l'état de l'enfant à partir de, et pendant le temps de sa mise en oeuvre. La corrélation de chaque indicateur avec le construit donne une idée de son degré de proximité avec le construit qu'ils contribuent à représenter.

Au niveau des calculs, nous nous sommes d'abord assuré que l'effet direct (sans médiation) était significatif. Il l'est aux 3 temps et dans les 3 dimensions (comportements, fonctionnement, ouverture de l'enfant) dont le processus d'évolution est analysé. Il faut maintenant s'assurer que l'effet indirect (E-AT . AT-E) l'est également. Si l'effet indirect est significatif, le médiateur « absorbe » une partie de l'effet direct. La question est de savoir quelle est la quantité que la variable médiateur absorbe. Le rapport effet indirect / effet total (*Variance accounted for* : VAF)

détermine la taille (de 0 à 1 ou de 0% à 100 %) de l'effet indirect en relation à l'effet total (c-à-d, effet direct + effet indirect). Ainsi par exemple, de T0 à T2, la  $VAF = (E0-AT2 \cdot AT2-E2)/(E0-AT2 \cdot AT2-E2 + E0-E2)$ .

- Dans la première partie du diagramme, l'effet indirect est calculé comme le produit des 2 effets  $0.516 \times 0.366 = 0.189$ . L'effet total est  $0.374 + 0.189 = 0.563$ .  $VAF = 0.189 / 0.563 = 0.336$ .
- Dans la seconde partie du diagramme, qui part des indicateurs de changement à T2, l'effet indirect calculé comme le produit des 2 effets est égal à  $0.604 \times 0.252 = 0.152$ . L'effet total est  $0.596 + 0.152 = 0.748$ .  $VAF = 0.152 / 0.748 = 0.203$ .
- Dans la troisième partie du diagramme, qui part des indicateurs de changement à T6, l'effet indirect calculé comme le produit des 2 effets est égal à  $0.409 \times 0,354 = 0,145$ . L'effet total est  $0.509 + 0.145 = 0.654$ .  $VAF = 0.145 / 0.654 = 0.221$ .

Ainsi, nous pouvons déterminer le niveau auquel la variance de la variable dépendante est directement expliquée par la variable indépendante et quelle part de la variance du construit cible est expliquée par la relation indirecte via la variable médiateur. *Les 3 scores de la VAF sont supérieurs à 0,20. La médiation de l'action thérapeutique telle qu'elle est décrite par ses indicateurs est donc significative (sans pour autant expliquer l'ensemble de la variance).*

- **Évaluation des résultats des modèles de mesure**

Tests de validité avec le groupe de 60 enfants.

Plusieurs tests sont réalisés. La fiabilité composite mesure le degré de fiabilité de la cohérence interne ; elle n'exige pas l'égalité des charges d'indicateurs comme le fait l'alpha de Cronbach. La fiabilité des indicateurs est le carré de la charge externe d'un indicateur normalisé. Elle représente la quantité de variation d'un item qui s'explique par le construit et est appelée variance extraite de l'élément. La validité de contenu est une évaluation subjective mais systématique de la façon dont le contenu du domaine du construit est capturé par ses indicateurs.

- *Fiabilité composite*. Elle est bonne avec des scores  $> 0.67$  (recommandé  $\geq 0.6$ ).
- *Fiabilité des indicateurs*. Une règle établie au pouce près est qu'une variable latente devrait expliquer une partie substantielle de la variance de chaque indicateur, habituellement au

moins 50%. Le principe en est que la variance partagée entre le construit et son indicateur soit plus importante que la mesure de l'erreur de variance.

- Cela veut dire que le loading externe d'un indicateur devrait être plus grand que 0,708 à partir du moment où le carré de ce nombre ( $0.708^2$ ) est égal à 0.50. Dans les faits, la plupart des instances considèrent que 0.70 est suffisamment proche de 0.708 pour être acceptable. Pour répondre aux critères, chaque indicateur devrait donc avoir un loading  $\geq$  à 0.70. Cependant Hair et al précisent que "les chercheurs observent des loadings externes plus faibles dans les études en sciences sociales, notamment quand de nouvelles échelles sont développées (Hulland, 1999). Plutôt que d'éliminer automatiquement les indicateurs quand leur loading externe est inférieur à 0.70, les chercheurs devraient examiner avec soin les effets de leur retrait sur la fiabilité composite, tout autant que sur la validité composite de contenu du construit. De façon générale, les indicateurs avec des loadings externes entre 0.40 et 0.70 ne devraient être considérés devoir être extraits que quand la destruction de l'indicateur conduit à une augmentation de la fiabilité composite (ou de la variance moyenne extraite ; voir section suivante) au dessus de la valeur seuil suggérée. Une autre considération dans la décision de supprimer un indicateur est l'étendue suivant laquelle son retrait affecte la validité de contenu. Les indicateurs avec des loadings externes faibles sont souvent retenus sur la base de leur contribution à la validité de contenu. Les indicateurs avec des loadings externes très faibles (inférieurs à 0.40) doivent cependant être toujours éliminés de l'échelle" (Hair, Ringle, & Sarstedt, 2011). Sauf exceptions maintenues pour suivre l'évolution d'un indicateur, les loadings se situent entre 0.65 et 0.85. *Les principes concernant la fiabilité ont donc été respectés.*
- *Validité de contenu.* Elle représente un compromis entre les éléments que l'on souhaiterait associer dans la définition de la variable latente et les effets sur les résultats d'éléments qui sortent de la communalité.

Dans ces choix, un aspect ne doit pas être perdu de vue : *la relation entre la variable latente et ses indicateurs est une relation de corrélation dont les caractéristiques ne vont pas de soi.* Dans la présente étude, trois ordres de facteurs ont été pris en compte dans le choix des indicateurs à conserver ou à supprimer :



- d'une part, la dimension composite des indicateurs et ses conséquences sur leur corrélation avec la variable latente, alors qu'ils sont « logiquement » très intégrés. Par exemple, dans l'alliance, ce sont les éléments saillants qui entrent dans sa composition (ceux dont les mesures manifestes sont les plus fortes), à savoir l'engagement et l'ajustement du thérapeute, ainsi que le transfert de l'enfant, qui obtiennent paradoxalement les *loadings* les plus faibles lorsque les 6 composants qui participent au score global de l'alliance sont différenciés. C'est en revanche la participation et l'engagement de l'enfant, généralement initialement faibles, qui obtiennent au départ un *loading* fort. Cela semble signifier que le *loading* à 0.70 de l'alliance à T2, considérée dans sa globalité comme un des indicateurs majeurs de l'action thérapeutique (AT), traduit davantage la réalité des mesures concernant la participation des enfants à la psychothérapie, leur niveau d'acquisitions (0,71), que l'attitude spécifique à l'autisme des thérapeutes (0,41) et l'approche psychodynamique (0,66). Cette situation devient plus claire à 6 mois lorsque la participation et l'engagement de l'enfant se trouvent dotés de *loadings* à 0.83 et 0.75, alors que l'approche spécifique des thérapeutes (ATT) a un *loading* de 0.27, ce qui devrait la faire disparaître des indicateurs de l'AT, et l'approche psychodynamique prototypique de 0.63. Ainsi, l'action thérapeutique se trouve initialement plus proche des indicateurs d'engagement et d'acquisitions encore faibles chez l'enfant, que des attitudes thérapeutiques spécifiques dont il bénéficie. Il est à souligner que cette situation va évoluer. Le troisième temps du processus permet en effet d'observer que le *loading* de l'indicateur ATT progresse à 12 mois (0.53 vs 0.40), ainsi que celui de l'approche psychodynamique prototypique (0.72 vs 0,63). Ce résultat confirme que l'effet manifeste de l'approche adaptée du thérapeute reste contingent de la situation de l'enfant qui, elle même évolue dans son contexte .
- d'autre part, l'hétérogénéité des cas tient une place importante : hétérogénéité d'âge, de modalité de prise en charge (générale ou spécifique d'un problème particulier au moment approprié), de nombre antérieur de mois ou d'années de prise en charge, mais aussi hétérogénéité repérable par exemple dans la corrélation de chaque psychothérapie avec le facteur commun qui les réunit (cf. analyse factorielle et moyenne globale des scores classés du CPQ). Le processus commun d'évolution demande également à être précisé à la lumière de ces modérateurs.

- enfin, le suivi de l'évolution des indicateurs, qui est corrélée à celle des variables latentes (= construits) et des cotations standardisées qui leur correspondent est un aspect important et intéressant à suivre. Par exemple, le fonctionnement de l'enfant (0.74 -> 0.82 -> 0.82), la modulation émotionnelle (0.10 -> 0.23 -> 0.40) suivent une évolution favorable régulière, alors que celle de l'attitude adaptée du thérapeute évolue de 0.66 à 0.72, mais avec un creux à 6 mois (0.27). La dimension psychodynamique à partir du prototype reste sensiblement constante à 0.65. Ces mesures seront comparées avec celles distinguant les groupes d'âge.

- **Evaluation des résultats du modèle structurel**

Les critères essentiels pour évaluer le modèle structurel sont la signification des coefficients de chemin et le niveau des valeurs des coefficients de détermination ( $R^2$ )<sup>261</sup>.

Tableau 28. Évaluation des résultats du modèle structurel PLS-SEM (intervalle de confiance)

	Mean, STDEV, T-Values, P-V...	Confidence Intervals	Confidence Intervals Bias C...	Samples	Export to
	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Confidence Interval Low	Confidence Interval Up	
Action Therapeut. 0-2 -> Enfant T2	0,366	0,394	0,109	0,620	
Action Therapeut. 2-6 -> Enfant T6	0,252	0,240	-0,000	0,440	
Action Therapeut. 6-12 -> Enfant T12	0,354	0,362	0,129	0,569	
Enfant T0 -> Action Therapeut. 0-2	0,516	0,534	0,319	0,704	
Enfant T0 -> Enfant T2	0,374	0,354	0,102	0,590	
Enfant T2 -> Action Therapeut. 2-6	0,604	0,621	0,455	0,765	
Enfant T2 -> Enfant T6	0,596	0,604	0,417	0,796	
Enfant T6 -> Action Therapeut. 6-12	0,409	0,445	0,251	0,612	
Enfant T6 -> Enfant T12	0,509	0,507	0,299	0,694	

*Les coefficients de chemin* représentent les hypothèses de relations entre construits. Les coefficients proches de 1 représentent des relations fortes qui sont pratiquement toujours significatives. Inversement, celles qui sont proches de 0 sont pratiquement toujours non significatives. Pour interpréter plus précisément les résultats du modèle de chemin, il est nécessaire de tester la significativité de toutes les relations du modèle structurel. Cela peut se faire par l'examen de la valeur empirique  $t$ , la valeur de  $p$  ou l'intervalle de confiance par bootstrapping. Les tableaux 28 et 29 décrivent les valeurs des intervalles de confiance et de  $p$ .

<sup>261</sup> [voir ultérieurement pour la taille d'effet ( $f^2$ ), l'importance prédictive ( $Q^2$ ) et la taille d'effet  $q^2$ ]

Tableau 29. Évaluation des résultats du modèle structurel PLS-SEM ( $p$ )

Mean, STDEV, T-Values, P-V...	Confidence Intervals	Confidence Intervals Bias C...	Samples	Export to clipt	
	Original Sample (O)	Sample Mean (M)	Standard Error (STERR)	T Statistics ( O/STERR )	P Values
Action Therapeut. 0-2 -> Enfant T2	0,366	0,394	0,133	2,757	0,006
Action Therapeut. 2-6 -> Enfant T6	0,252	0,240	0,111	2,269	0,023
Action Therapeut. 6-12 -> Enfant T12	0,354	0,362	0,114	3,107	0,002
Enfant T0 -> Action Therapeut. 0-2	0,516	0,534	0,100	5,179	0,000
Enfant T0 -> Enfant T2	0,374	0,354	0,128	2,933	0,003
Enfant T2 -> Action Therapeut. 2-6	0,604	0,621	0,079	7,601	0,000
Enfant T2 -> Enfant T6	0,596	0,604	0,096	6,213	0,000
Enfant T6 -> Action Therapeut. 6-12	0,409	0,445	0,104	3,944	0,000
Enfant T6 -> Enfant T12	0,509	0,507	0,101	5,045	0,000

Les valeurs de  $p$  sont toutes égales à 0,00 ou, pour AT 2-6  $\rightarrow$  E T6 inférieure à 0,02.

Les coefficients de chemin sont donc significatifs.

Il est également nécessaire de considérer leurs valeurs qui indiquent le niveau de l'association du construit exogène avec le construit endogène. Dans cette étude, les effets indirects issus des construits "action thérapeutique" interviennent en plus des effets directs. Le calcul général en a été présenté ci-dessus. Il montre qu'aux 3 temps du processus, l'impact de la médiation testée est significatif mais partiel (0.33 % ; 0.20 % ; 0.22 %). Cette première analyse sera complétée avec la prise en compte d'une hétérogénéité accessible, celle liée à l'âge. Structurellement, l'hétérogénéité des cas et de leur profil de développement interviennent, non seulement sur la description de l'enfant, mais également sur les stratégies thérapeutiques mises en place et ajustées individuellement. Par exemple, l'action sera centrée pour les uns sur l'état émotionnel et ses déclencheurs, pour d'autres sur les ruptures de communication et le regard, pour d'autres encore sur le langage, etc.

La particularité du CPQ, de définir pour chacun les éléments les plus caractéristiques aux dépens des valeurs numériques des autres, peut conduire les spécificités à s'annuler mutuellement dans la moyenne.

- *Le niveau des valeurs des coefficients de détermination ( $R^2$ )*. Ce coefficient est une mesure de valeur prédictive du modèle et est calculé comme la corrélation au carré entre les valeurs réelles et prévues d'une construction endogène spécifique. Le coefficient représente les effets combinés des variables latentes exogènes sur la variable latente endogène. Comme le coefficient est la corrélation au carré des valeurs réelles et prévues, il représente également le montant de la variance dans les

constructions endogènes expliquées par l'ensemble des constructions exogènes qui lui sont liées. Il se situe entre 0.17 et 0.60 (moyenne : 0.39).

- **Hétérogénéité et effets généraux des modérateurs sur les résultats**

L'hétérogénéité de la population peut intervenir sur les résultats. Une possibilité pour le tester est de comparer les résultats de sous-groupes classiquement ou potentiellement distinctifs (âge, sévérité initiale du trouble, contexte précoce, contexte actuel de la psychothérapie, ...). Mais l'hétérogénéité peut également ne pas être directement observable.

La comparaison des chemins, indicateurs et coefficients de détermination des enfants de 3-6 ans ("groupe 3-6") et de ceux de 7-15 ans ("groupe 7-15"), avec un nombre équivalent d'enfants participant à chacun des groupes, montre les éléments suivants (figures 16 et 17) :

- Chemins : le coefficient du chemin direct de l'état des enfants entre T0 et T2 dans le groupe 3-6 est très différent de celui du groupe 7-15 (0,181 vs 0,613). Il en est de même de ceux du chemin indirect (0.487 et 0.520 vs 0.602 et 0.189). Entre T2 et T6, ce sont seulement ceux passant par le médiateur qui sont modifiés (0.553 et 0.190 vs 0.729 et 0.381). Cette double différence conduit à un effet de médiation beaucoup plus important de T0 à T2 pour les 3-6 ans et de T2 à T6 pour les 7-15 ans, alors que les chemins directs sont sensiblement équivalents de T2 à T6. Entre T6 et T12, la différence se situe essentiellement au niveau du chemin direct (0.539 vs 0.619) qui réduit la VAF des 7-15 ans par rapport à celle des 3-6 ans. Elle traduit (peut traduire ?) la non prise en compte d'autres facteurs identifiables de médiation.
- Indicateurs : l'attitude spécifique à l'autisme du thérapeute chez les 3-6 ans a une corrélation beaucoup plus forte avec le construit AT (0.863) que celle des 7-15 (-0.045) et de l'ensemble des enfants (0.404). Entre T2 et T6, la différence reste importante (0.549 vs 0.013) et 0.274 pour l'ensemble des enfants. À T6-T12, les différences s'estompent (0.586 vs 0.555) et 0.630 pour l'ensemble des enfants. L'approche psychodynamique prototypique suit un profil similaire (0.745 vs 0.398) et 0.660 pour le groupe complet. Entre T2 et T6, la différence reste importante (0.749 vs 0.552) et 0.631 pour l'ensemble des enfants. Entre T6-T12, les différences restent importantes (0.811 vs 0.591) et 0.721 pour l'ensemble des enfants. La spécificité de l'approche psychothérapique est donc plus importante chez les 3-6 ans.

- Coefficients de détermination de l'AT : ils sont un peu moins élevés chez les 3-6 ans (0.237, 0.306, 0.168) que chez les 7-15 (0.363, 0.532 et 0.206). Ceux des 60 enfants sont proches de ceux des 3-6 (0.267, 0.306 et 0.167). Les coefficients de détermination de l'E montrent une différence semblable (0.395, 0.500 et 0.580) pour les 3-6, (0.552, 0,796 et 0.652) pour les 7-15. Ils sont à 0.415, 0.600 et 0.551 pour les 60 enfants.

Figure 16. Pistes causales du processus de changement dans les psychothérapies des 3-6 ans.

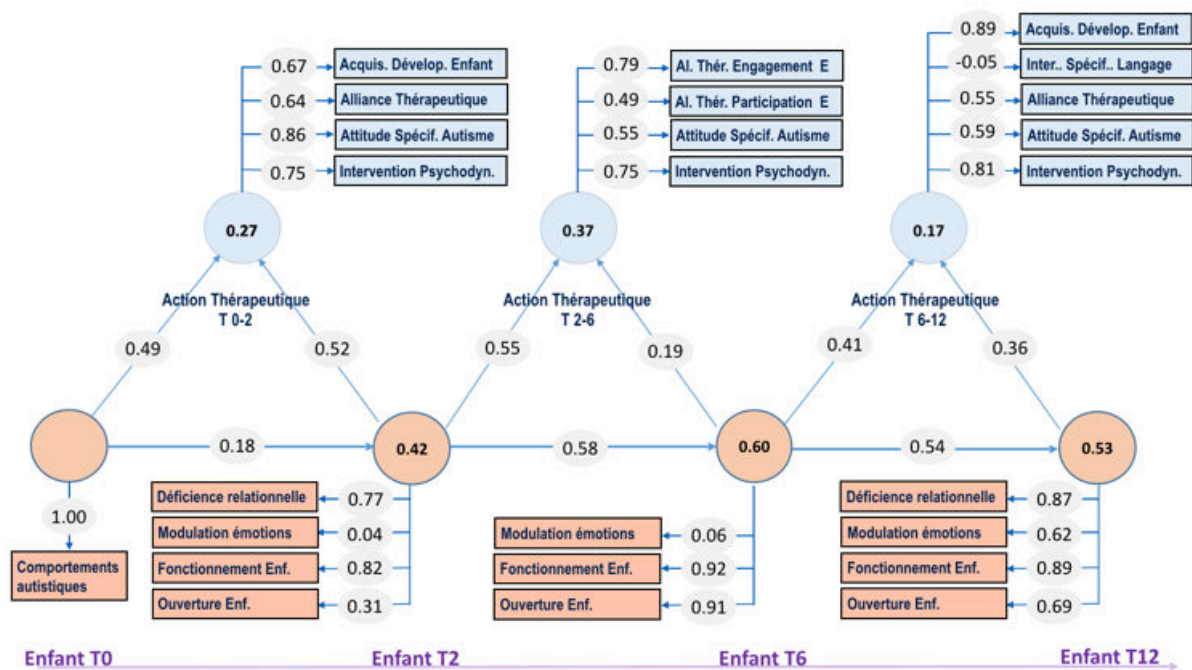
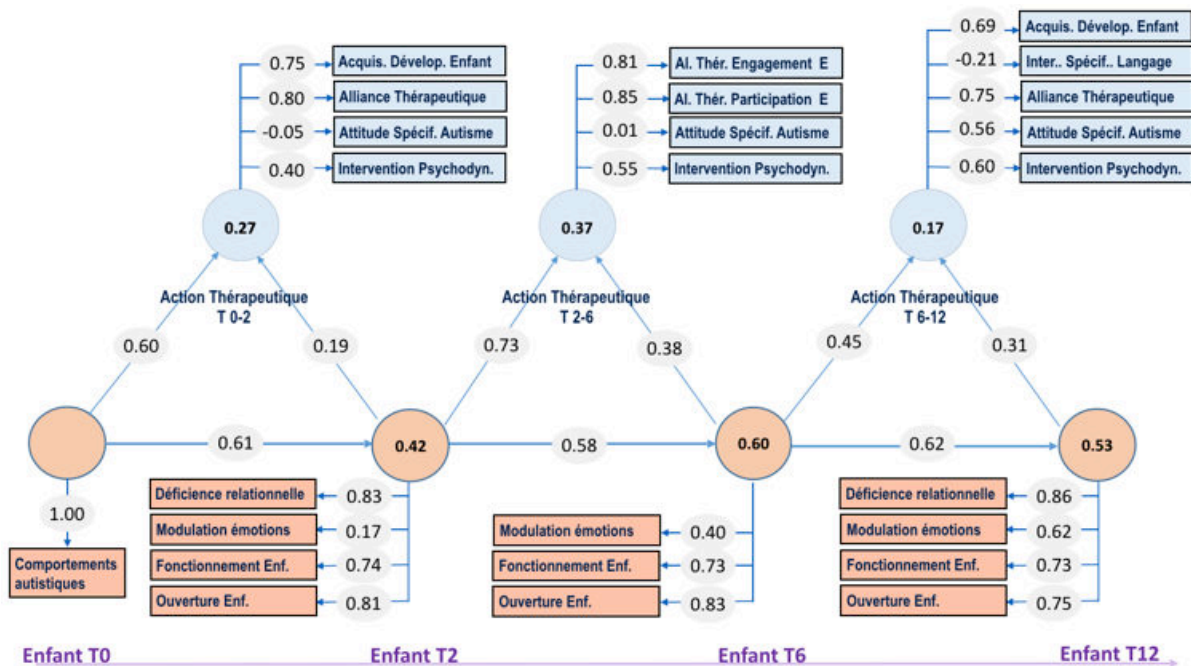


Figure 17. Pistes causales du processus de changement dans les psychothérapies des 7-15 ans



En résumé, la comparaison de ces 2 diagrammes montre que l'impact de l'AT paraît plus important chez les 3-6 ans que chez les 11-15 ans durant les périodes T0 -> T2 et T6 -> T12. C'est l'inverse pour la période T2 -> T6. Les *loadings* des indicateurs « approche spécifique de l'autisme » et « approche psychodynamique » sont plus importants chez les 3-6 ans que chez les 11-15 ans, avec toutefois un rapprochement des *loadings* de l'attitude spécifique à T6 -> T12. La variation des *loadings* d'ouverture de l'enfant est importante chez les 3-6 ans, mais le *loading* correspondant chez les 11-tiq15 ans est déjà élevé et il le reste.

Cette partie de la thèse montre que le PLS-SEM, méthode statistique de dernière génération, permet de considérer comment l'action psychothérapique peut être abordée comme une médiation spécifique. Cette médiation est constituée d'un ensemble de variables décrivant les relations et la communication entre l'enfant et le thérapeute. Elle explique, pour partie mais objectivement, le processus de changement qui s'est réalisé dans une population d'enfants de 3 à 15 ans souffrant d'autisme.

Ce processus de changement ne se limite pas à la réduction des principaux symptômes et comportements pathologiques. Il prend en compte les gains d'aptitudes et de santé psychique qui s'expriment chez l'enfant dans ses rapports à lui-même, au monde et aux autres.

L'action psychothérapique peut être précisée comme l'effet des activités relationnelles entre l'enfant et le thérapeute, en y intégrant un certain nombre de qualités. Elles concernent à la fois l'enfant et ses aptitudes, le thérapeute et son attitude spécifique, ainsi que les éléments particuliers que l'on retrouve dans l'approche psychodynamique.

PLS-SEM a fonctionné avec un échantillon de petite taille (60 psychothérapies). Le modèle a été présenté de façon simplifiée, en adaptant la méthode explicitée en détail dans l'ouvrage de Hair et al. et les chapitres de Falissard. Il peut et sera complexifié au fur et à mesure des recherches complémentaires qui sont et seront réalisées. Il est possible avec le format réflectif des indicateurs de préciser les variables actives.

Il est important à ce sujet de signaler que la mise en relation des modèles individuels avec celui du groupe fait apparaître à la fois les continuités et les différences particulières qui se dessinent à partir des deux approches. Le PLS-SEM fonctionne avec un ensemble de corrélations qui éliminent les particularités. À l'inverse, il fait ressortir des composantes générales que l'on peut avoir tendance à sous-évaluer à partir des cas individuels.

# DISCUSSION

Cette thèse porte sur l'introduction de la recherche processus-résultats en psychothérapie et la possibilité d'en appliquer les principes et les conséquences aux processus de changement d'une population de 66 enfants et d'adolescents souffrant de troubles autistiques. L'application porte sur l'évaluation des changements suivant une méthodologie d'études intensives de cas au cours d'une année de traitement psychothérapique menée en conditions naturelles.

Le premier chapitre présente l'historique du développement de la recherche sur le processus interne de la psychothérapie et de sa mise sa relation avec les études de résultats.

La reconnaissance de la nécessité d'introduire le processus dans les études de résultats (Beutler 1990) est issue d'un constat partagé. Une approche purement descriptive du processus de la psychothérapie n'est pas suffisante ; il est nécessaire, pour qu'elle prenne tout son sens, d'y associer une mesure des effets que cette activité produit. De son côté, la recherche sur les résultats ne peut pas atteindre son objectif d'évaluation de l'effet produit par l'application d'une technique particulière sans une définition précise de ce qui le cause.

Cette relation à double sens a impliqué un rapprochement culturel et la conjonction de deux approches qui avaient fonctionné de façon séparée pendant près de 40 ans. L'une des approches est issue du laboratoire, l'autre de la clinique, deux mondes qui ont pu paraître irréconciliables tant leurs cultures et leurs outils de base semblaient différents. De nombreux articles ont présenté cette situation durable qui a produit, jusque dans les années 2000, une fracture qui semblait infranchissable. C'est finalement la reconnaissance des limites de chacune des deux approches isolées, l'une centrée sur la démonstration de l'efficacité de la psychothérapie sans véritable démonstration de ce qui en est l'origine, l'autre sur le processus interne séparément de l'action qu'il est susceptible de produire, qui a permis qu'un pont soit jeté entre elles.

Concrètement, les questions méthodologiques qui ont été rencontrées dans chacun des deux courants ont rendu nécessaire une meilleure connaissance de la nature et de la complexité du processus thérapeutique qui se produit dans le cadre de la relation entre le patient et le thérapeute.

Cette évolution s'est faite dans un contexte scientifique favorable. Dans le champ de la psychothérapie, les études se sont progressivement complexifiées, de nouveaux instruments se sont constitués, des rencontres se sont établies et structurées. La politique de santé s'est inscrite dans une



perspective où les cliniciens et les chercheurs se sont directement engagés dans l'amélioration de la qualité des pratiques. Il a été démontré que les références théoriques générales ne permettaient pas de comprendre précisément pourquoi, comment et dans quelles conditions une psychothérapie produit des effets. La tentative d'une application de techniques efficaces en laboratoire ne répondait pas aux questions qui se posent au praticien dans sa pratique et aux principes et connaissances qui déterminent son action. Il est apparu nécessaire de distinguer la référence théorique générale et la théorie du changement qui se construit à partir de l'analyse clinique de la situation et des faits qui se produisent dans la pratique.

Les années 2000 ont marqué une nouvelle étape de la recherche, préparée par la réflexion et les études d'un ensemble de chercheurs – cliniciens. Leur travail a donné lieu à une littérature très étendue et sans concession. Cette thèse présente leur apport dans une revue de la littérature qui permet de suivre l'évolution paradigmatique profonde de l'approche scientifique qui s'est produite. La description et l'analyse des processus internes de la psychothérapie impliquent nécessairement la complexité des interactions qui se produisent entre ses deux acteurs principaux, le patient et le thérapeute. Cet état de fait conduit à s'écarter du paradigme médical où le médecin prescrit et le patient applique sa prescription. Le contexte est aussi à prendre en compte. C'est ainsi que le paradigme de référence de la psychothérapie devient nécessairement celui d'un système dynamique ouvert à différents facteurs.

La conceptualisation et la représentation de ce système dynamique complexe sont difficiles à appréhender. L'introduction des concepts de modérateur, médiateur et mécanisme, à partir des définitions de Baron et Kenny (1986) apporte les bases d'une organisation des variables qui y participent. Elle est complétée par une conception du processus de changement comme une succession d'étapes dont la structuration, la finalité et le résultat sont différents.

L'importance des différentes variables qui participent à ce processus est sujette à évolution. Chacun des ingrédients du processus peut avoir une influence dans le changement et le mécanisme qui la sous-tend peut être différent. L'activité des ingrédients est elle-même dépendante de la configuration dans laquelle ils se situent et des autres composants qui y sont potentiellement impliqués à un moment donné. Leur influence est donc relative et évolutive. Cette dimension sera introduite avec les dimensions d'interaction qui caractérisent les relations d'une partie au moins de ces variables.

Cette situation n'est pas propre à la psychothérapie. On la retrouve dans la modélisation des mécanismes d'ajustements biopsychosociaux dans le stress (Thurin 2016, Thurin & Baumann 2003<sup>262</sup>). Cette modélisation implique des travaux de recherche à différents niveaux : biologique, physiologique, psychique (mécanismes de défense) et cognitif (coping) pour comprendre comment une trajectoire d'évolution peut s'établir et se modifier. L'évolution délétère « spontanée » et l'action efficace pour la modifier constituent un modèle conceptuel de référence pour comprendre comment un système dynamique complexe peut évoluer favorablement ou défavorablement. Ce modèle considère notamment l'histoire développementale, avec ses facteurs favorables, dont le principal est peut-être l'attachement et les interactions qui en découlent, et défavorables de toutes sortes. Il considère la charge que peut représenter le contexte externe pour le système biopsychosocial dans sa globalité et ses différentes composantes. Il se retrouve dans les nombreux articles portant sur les mécanismes (Kazdin) et l'ajustement (Lazarus et Folkman, cité par Kazdin 1982 chap. 4), ainsi que dans différents articles centrés sur la distinction entre médiateurs et modérateurs (p.ex, Holmbeck 1997). Une modélisation à un niveau plus fin se rencontre en biologie comme, par exemple, la représentation schématique des interventions des différents systèmes neuroendocriniens dans le fonctionnement de l'axe du stress (Jacque et Thurin 2002)<sup>263</sup>, systèmes neuroendocriniens qui sont hautement sensibles aux contextes externe et interne.

La recherche en psychothérapie demande et permet un abord multifactoriel et multi-niveaux de la complexité. Le modèle des « facteurs de risque » est un apport majeur. Kazdin et Kraemer (1997, 2001-2) l'utilisent sous une forme étendue pour décrire à la fois les facteurs de changement *défavorables* (liés aux événements et facteurs d'environnement, ainsi qu'au handicap), et les facteurs de changement *favorables* (liés notamment à l'action thérapeutique). Suivant ce modèle et les recherches menées en psychothérapie, l'action thérapeutique fait intervenir l'approche et les attitudes du thérapeute. Elles permettent qu'une relation de confiance, de sécurité et de

---

<sup>262</sup> Thurin, J. M., & Baumann, N. (2003). *Stress, pathologies et immunité*: Médecine-Sciences Flammarion.

<sup>263</sup> Jacque C, Thurin, J. M. (2002). Stress, immunité et physiologie du système nerveux. *Médecine/Sciences*, 18 :1160-1166.  
[http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/5083/MS\\_2002\\_11\\_1160.pdf?sequence=3](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/5083/MS_2002_11_1160.pdf?sequence=3)

compréhension réciproque puissent s'établir et que des actions spécifiques puissent être engagées. Cette dimension est particulièrement importante et spécifique avec les enfants autistes. Au facteur relationnel central s'associent des interventions ciblées qui trouvent leur efficacité dans la *zone proximale de développement* décrite par Vygotsky<sup>264</sup>. L'action thérapeutique est donc nécessairement ajustée et ce facteur se retrouve de façon régulière dans les cas dont cette thèse est issue.

Partant d'une situation de handicap important, le suivi du processus de changement conduit à considérer que l'intervention psychothérapique et les interventions qui l'accompagnent contribuent à une chaîne de changements. Ils se situent à différents niveaux : le rapport à l'autre et au monde (qui sont en interaction et permettent une réduction de la peur), l'évolution du sentiment de soi et la construction d'un schéma corporel, des aptitudes développementales (qui ouvrent de nouvelles possibilités cognitives, relationnelles, ... lesquelles interviennent aussi en modifiant la situation et les fonctionnements précédents). Dit autrement, on peut concevoir que l'action de la psychothérapie permet une réduction de la vulnérabilité à certains facteurs qui exposent l'enfant à des relations très difficiles avec le monde et qu'elle facilite la reprise du développement. Celle-ci permet à son tour une réduction progressive des mécanismes d'adaptation inadaptés ou pathologiques qui se sont développés (crises, stéréotypies, retrait et évitement), auxquels se substituent une sécurité de base, une compréhension mutuelle et de nouvelles aptitudes qui rendent possible la relation avec les autres et une activité de pensée qui peut être orientée.

L'évolution est ainsi intra et inter individuelle. C'est un des apports de l'étude de cas individuel que de pouvoir la décrire dans ce double registre (Hilliard 1993).

Du fait de la conception multifactorielle et multiniveaux des processus de changement, les critères sur lesquels on peut parler de preuve se trouvent modifiés. De la perspective catégorielle (oui/non) des essais cliniques centrés sur un médiateur, elle s'oriente vers la convergence des observations et les regroupements logiques qui peuvent s'opérer quand elles sont mises en relations.

Ces questions ne sont pas simplement académiques. Elles interviennent à la fois sur la qualité des soins (en situant la logique qui sous-tend une intervention efficace), et l'élargissement de la base

---

<sup>264</sup> Vygotski, L. (1985). *Pensée et Langage*. Paris: Messidor/Éditions Sociales.

de connaissance des facteurs et des mécanismes qui contribuent à l'efficacité. La réduction d'un dysfonctionnement, dont la cause est cernée, devient l'objectif qui précède la réduction des symptômes. Dans cette investigation, la relation entre cliniciens et chercheurs est centrale.

Le second chapitre aborde plus en détail les principaux aspects de l'évolution de la recherche en psychothérapie. La question centrale est devenue la causalité du changement : Pourquoi, comment et dans quelles conditions une psychothérapie est-elle une action thérapeutique ?

L'abord de cette question se décline en 10 axes qui peuvent être synthétisés.

#### 1. Le changement de paradigme et d'objectifs

- a. Des études de résultats aux études processus-résultats ; l'introduction du processus opère une distinction entre le modèle de l'action psychothérapique et celui du modèle médical classique.
- b. Le but de la recherche est de se terminer par la compréhension de la façon dont la thérapie fonctionne.

#### 2. La conception d'un nouveau rapport à la théorie

- a. La référence nécessaire à une théorie générale est renforcée par le développement de théories du changement ajustées à la diversité des situations et des spécificités du problème principal.

#### 3. La caractérisation du processus de changement

- a. Cette opération est grandement facilitée par le PQS/CPQ, instrument pan théorique issu de la littérature et des pratiques. Il réunit en 100 variables ce qui concerne l'enfant, le thérapeute et leur interaction en psychothérapie, en référence aux principes psychologiques, ingrédients et actions auxquels se réfèrent les différentes approches (psychodynamique, cognitivo-comportementale, interpersonnelle, etc.) ;
- b. Les énoncés de l'instrument apportent à la fois une dimension qualitative et quantitative ;

- c. Le classement des énoncés permet d'appréhender les configurations qui caractérisent à un moment donné la psychothérapie et de suivre leurs évolutions.
- 4. L'introduction des concepts permettant de décrire les éléments structurels intervenant dans la causalité des changements en psychothérapie
  - a. Les concepts de modérateur, médiateur, processus, mécanisme et cause permettent à la fois de préciser leur rôle et les rapports qui s'établissent entre eux.
- 5. La conciliation entre la réalisation d'études naturalistes des processus de changement en psychothérapie et le recueil de données fiables et valides ; l'introduction de méthodes statistiques tenant compte du nombre de variables potentiellement impliquées dans le changement.
  - a. Les études de cas ne doivent pas perturber l'interaction clinique entre le patient et le thérapeute ;
  - b. Les études de cas de seconde génération répondent aux critères de qualité attendus pour réaliser des études à niveau de preuve élevé ;
  - c. La participation des cliniciens et leur collaboration avec les chercheurs sont indispensables ;
  - d. La focalisation des études sur des questions/aspects particuliers de la psychothérapie la segmentation du processus au cours de son analyse sont nécessaires d'un point de vue théorico-pratique et statistique.
- 6. La conception et le test d'une théorie du changement
  - a. Le modèle « facteurs de risque » appliqué à la psychopathologie du développement apparaît comme le plus efficient en terme de construction d'hypothèses et de réalisation d'un premier niveau de tests en conditions naturelles ;
  - b. Ce modèle peut être appliqué dès la formulation de cas et à partir des évaluations du processus de changement psychothérapique qui la suivent ;

- c. D'autres modèles, utilisés à partir d'une collection de cas similaires, sont complémentaires. Parmi eux, on peut citer l'APES de Stiles, les Événements de Elliott, ...
7. Une modélisation du processus de changement intégrant les interactions entre le patient, le thérapeute et le contexte. Principalement, trois méthodes y contribuent :
- a. L'extraction des variables descriptives les plus caractéristiques de la psychothérapie, leur classement par thèmes aux différents temps d'évaluation et l'analyse des variations ; l'élaboration d'hypothèses causales et l'examen de leur cohérence avec la nature des changements et les connaissances déjà établies ;
  - b. L'analyse séquentielle des transactions patient, thérapeute, patient aux différents temps d'évaluation à partir des énoncés du CPQ, ... ; réalisable également par analyse des séries temporelles, mais avec un nombre important d'évaluations successives du processus ;
  - c. Les méthodes statistiques d'analyse factorielle et de modélisation structurelle PLS-SEM
8. L'explication du changement
- a. Examiner les relations entre les médiateurs issus des éléments les plus caractéristiques du processus et l'évolution des indicateurs manifestes ; rechercher les mécanismes explicatifs à partir des changements intermédiaires survenus dans le processus ;
  - b. Proposer les mécanismes explicatifs en établissant une cohérence entre les facteurs déclenchants, les facteurs de vulnérabilité, les attitudes et actions du thérapeute dans les configurations observées, les changements intermédiaires et les résultats ;
9. La recherche des possibilités de généralisation : comment la réaliser ? sur quels principes ?
- a. Une base de données réunissant les cas est indispensable

- b. La répliation directe à partir d'une méthodologie commune, en relation avec les recommandations de l'APA (Hilsenroth) ; la répliation systématique à partir d'une question (Hilliard 1993, Kazdin 1982) ; l'observation d'un processus commun d'évolution à partir de configurations émergentes dans une population de cas soumise à un problème similaire (Stiles 2001 et 2009, Elliott 2010) ;
- c. La collection de cas définis par un format commun respectant un certain nombre de conditions générales (Fishman 2013)

#### 10. Apports et limites des analyses statistiques

- a. Les approches statistiques décrivent des facteurs généraux issus des éléments communs inter-cas du processus ; des pistes causales peuvent ainsi être établies ;
- b. Le caractère individuel des configurations psychothérapeutiques et des stades d'évolution réduit la possibilité de description des facteurs spécifiques. Il est cependant possible de décrire des typologies particulières de psychothérapie et de situer les enfants qui les fréquentent à un moment donné ;
- c. Les variations dans les mesures résultats peuvent avoir des causes très différentes, notamment l'âge ou paradoxalement une évolution plus précoce chez certains enfants dans la même tranche d'âge.

Le troisième chapitre présente la méthodologie et les résultats des études menées dans le cadre du Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques (pôle autisme). Il est centré sur les différentes méthodes qui contribuent à la modélisation des processus de changement.

Un des premiers aspects présentés dans le chapitre sur les résultats est l'hétérogénéité des cas. Elle se situe à plusieurs niveaux : inter-groupes par âge 3-6 ans *versus* 7-15 ans. Mais également entre cas du même âge. Nous posons la question des facteurs explicatifs de cette observation.

Nous avons vu que la présentation des résultats généraux apporte un premier niveau d'information sur l'efficacité de la psychothérapie dans plusieurs registres (comportements, développement, intra psychique). Elle permet aussi que les extrêmes soient repérés. Des

psychothérapies avancent particulièrement bien, d'autres sont dans une évolution moyenne (les plus nombreuses), et d'autres encore avancent peu ou stagnent.

Un grand intérêt pour le futur de ces 3 groupes est l'alerte qu'un blocage peut donner et à la conduite du traitement. Ou encore, aux informations que peut donner une très bonne évolution.

Concernant les modérateurs, ils permettent une analyse à 2 niveaux : d'abord celui d'une étude épidémiologique de 66 enfants autistes suivis en psychothérapie ; ensuite, celui d'indicateurs potentiels participant à expliquer certains résultats dans les cas individuels. Par exemple, un début tardif de prise en charge psychothérapique peut participer à expliquer une différence de résultats qui ne semble pas cohérente avec ceux des enfants du même âge. Un autre exemple est la présence d'une comorbidité psychique telle qu'une dépression ou des maladies somatiques associées.

Concernant les acquisitions d'aptitudes, 2 groupes ont été distingués : celui dont les aptitudes restent compliquées à acquérir (16 enfants), et celui qui, au contraire, a très bien évolué (29 enfants). Ces 2 groupes ont été comparés, notamment à partir des modérateurs. Deux modérateurs sont particulièrement forts dans le groupe d'enfants en difficulté, par rapport à l'autre groupe. Ce sont, d'une part, l'existence de comorbidités somatiques dans l'histoire de l'enfant et, d'autre part, l'existence d'un événement traumatique précoce. Nous remarquons que nous trouvons des enfants de tous les âges dans les 2 groupes.

Ce premier abord des résultats s'appuie sur des moyennes concernant la cohorte des 66 enfants. Rappelons que, dans cet ensemble, la psychothérapie a montré son efficacité. Les symptômes et comportements pathologiques à l'ECA-r ont régressé, des acquisitions ont été faites, le développement s'est poursuivi ou a repris (EPCA).

Pour certains enfants, ces améliorations ont été très importantes, pour d'autres, elles ont été faibles et pour un enfant, pratiquement nulles. Pour cet enfant, il faut souligner que l'examen attentif de l'évolution montre qu'une interprétation uniquement quantitative des résultats peut biaiser leur signification. Par exemple, un comportement d'affirmation dans la relation à l'autre peut se trouver hors contexte réduit à une agressivité alors que le contexte des autres variables donne à l'ensemble une signification différente. Nous avons présenté quelques aspects qui peuvent expliquer, pour une part au moins, les différences d'évolution alors que les éléments de départ apparaissent similaires.



Pour répondre aux questions posées dans cette thèse, l'étude de cas est incontournable. Comme nous l'avons vu dans les deux premiers chapitres, les méthodologies se sont affinées et, surtout, les outils ont répondu aux besoins de l'évaluation. Le CPQ, adapté à la caractérisation du processus interne de changement, a permis d'observer, au cours d'une année, les configurations évolutives (une cartographie dynamique) dont le patient, le thérapeute et leur interaction sont les acteurs. C'est un point essentiel de signaler que l'enfant n'évolue pas seul dans cette dyade. Au cours du processus, le thérapeute se transforme également. Un des facteurs très importants du CPQ est d'ailleurs celui de l'ajustement du thérapeute aux besoins et aux possibilités de l'enfant. Mais aussi à ses manifestations pathologiques, notamment agressives.

Dans notre étude, les 66 enfants ont fait l'objet d'une étude de cas dont l'analyse a été développée avec le logiciel *R* suivant le plan en 5 étapes décrit dans cette thèse. Nous avons présenté ce modèle à partir de plusieurs cas. Mais ce protocole nous a conduit à une question centrale dépassant la description initiale, celle de la causalité.

À partir de notre méthodologie, nous avons la possibilité d'avancer des arguments pour cerner cette question. Nous avons une formulation de cas qui explicite comment le thérapeute aborde son patient et ce qu'il prévoit comme objectif et stratégie de traitement. Nous disposons également d'une évaluation quantitative des comportements et des symptômes (ECA-r), et du développement de l'enfant (EPCA) tout au long du processus (4 temps de l'évaluation). Le CPQ nous permet d'extraire les configurations du processus interne de la psychothérapie (CPQ), telles qu'elles se présentent à chacune des évaluations (2, 6 et 12 mois), avec les actions du thérapeute et son attitude les plus caractéristiques en réponse à la situation et à l'évolution de l'enfant. Ces configurations en permettent à la fois un abord quantitatif et qualitatif. En effet les énoncés descriptifs sont très précis et exprimés en langage clinique universel. Enfin, la formulation de cas finale fait un commentaire sur les objectifs atteints ou non, avec également souvent un aperçu de la perception de l'entourage. C'est ainsi que nous avons étudié de nombreux cas, dont plusieurs ont fait l'objet d'une publication dans *Pour la recherche* ou dans le rapport de 2014.

Les deux cas présentés dans cette thèse partent des mêmes éléments de départ. Un élément important en modifie la portée, l'adjonction d'une analyse fonctionnelle. Elle ouvre la réflexion sur la causalité d'un dysfonctionnement particulier et de sa réparation éventuelle au cours de la

psychothérapie. Pour cette présentation, nous n'avons pas choisi les enfants qui évoluent le mieux. Les deux enfants présentés, Y086 et Y078, se situent parmi les cas difficiles.

Introduire la causalité qui s'exerce au sein d'un trouble comme l'autisme peut apparaître comme un objectif inaccessible. Concrètement, notre démarche a été la suivante. Nous sommes partis d'un symptôme rencontré avec la plupart des enfants autistes, mais qui était ici relevé par leur thérapeute, d'une intolérance à la frustration et/ou au changement.

Pour Y086, nous avons pu faire l'hypothèse que 3 mécanismes au moins, issus du traitement, ont agi sur les variables causales : l'amélioration de la sécurité interne et la construction de la confiance, l'affirmation de l'enfant vis-à-vis de l'autre, et l'expression affective associée à un rapprochement de ses sentiments. Ce cas est exemplaire de la complexité d'une manifestation symptomatique commune à un ensemble de cas et de l'organisation de l'enfant dans son rapport au monde. Le symptôme n'a pas disparu dans sa possible manifestation, mais l'enfant a acquis une sécurité, une assurance et des outils pour se « recentrer » comme par exemple « écouter de la musique ». Bien sûr, nous avons là un travail qui doit être poursuivi, mais il y a quelques clés qui montrent sa pertinence.

Pour Y078, une analyse séquentielle nous a permis d'appréhender l'enfant et le thérapeute dans une dynamique où l'ajustement du thérapeute à l'enfant, au cours du processus, ouvre à chaque fois un nouvel espace d'expression pour lui, qui peut être utilisé par le thérapeute en retour pour introduire de nouvelles interventions, ... La configuration de départ se modifie et s'enrichit au cours de la psychothérapie ; ses ingrédients sont observables.

Ces observations sont essentielles pour saisir à quel point une situation de psychothérapie au cours du temps modifie ses acteurs. Chacun au cours du temps appréhende l'autre avec ce qu'il en a perçu. Du côté de l'enfant, une sécurité se construit le plus souvent et permet l'expression ; du côté du thérapeute, l'évaluation des possibles se réalise à partir de l'observation qu'il réalise de l'évolution de l'enfant.

Prenons un autre exemple, celui de cette petite fille (X007) qui, gardée à la maison jusqu'à ses 3 ans, n'avait eu aucun contact avec ses pairs. La première semaine d'école a déclenché chez elle des crises d'angoisse si intenses qu'il lui était impossible d'être approchée par un autre enfant. Mal supportée dans la classe, elle s'isolait pour jouer et lire. Au cours de sa psychothérapie, qui a débuté

peu après son entrée à l'école, une situation interne à la psychothérapie, différente de celle, très positive (mais finalement fragilisante), qu'elle vivait habituellement avec ses parents, a pu se construire dans la configuration qu'elle a établie avec sa thérapeute. Cette ouverture, qui s'est réalisée peu à peu, a permis que cette enfant entre dans un contexte relationnel plus confiant ; elle a pu amorcer, au bout d'une année de thérapie, une relation d'amitié avec deux enfants de sa classe. Par ailleurs, elle se contentait d'éviter les autres enfants, ceux qu'elle repoussait en bloc au départ.

À ce stade, nous avons donc présenté des résultats généraux concernant les 66 enfants intégrés dans l'étude. Nous avons ensuite proposé un modèle d'analyse qui appréhende le cas individuel avec la présentation de deux cas. Comment aborder l'ensemble pour cerner un peu plus que des résultats généraux et individuels ?

La réplication, telle qu'elle est proposée par le modèle de *réplication systématique* de Hilliard (1993) nous a semblé tout à fait intéressante dans le contexte de notre étude. Ce modèle donne la possibilité de rassembler ensuite des groupes réellement homogènes. Mais cette homogénéité s'avère difficile à s'imposer, comme nous l'avons expérimenté.

Nous avons montré ce que permet le modèle de réplication à partir de la psychothérapie de 2 enfants, Y096 et Y098, qui ont le même âge, le même thérapeute, et ont commencé tous les deux en même temps la psychothérapie. La sévérité des troubles est importante chez les 2 enfants, mais un peu moindre chez l'un d'entre eux. Pourtant, l'un évolue beaucoup plus rapidement que l'autre (à noter que celui qui évolue le plus est celui dont la sévérité de départ était la plus importante). Ce dernier aspect nous invite à être prudent sur les inférences que l'on peut faire à partir d'une sévérité de base. Nous avons repéré, grâce à l'instrument de processus, que l'implication et la participation des enfants à la psychothérapie était très différente, ainsi que le score d'interaction avec le thérapeute. Cependant, les scores d'engagement et d'ajustement du thérapeute sont similaires pour les deux enfants. Les conditions de la thérapie sont donc les mêmes. Mais le contexte est-il le même ? C'est alors notre interrogation. La réponse est non. L'enfant en difficulté accumulait d'autres difficultés en dehors de la thérapie : une violence familiale et un changement par deux fois répété du thérapeute. Nous voyons, avec ces cas, le poids que peut avoir la différence d'une variable et son évolution, et la complication de cerner véritablement les variables actives. Réciproquement, on mesure là l'importance que peut avoir la réintroduction d'une situation de sécurité dans les séances de psychothérapie. L'évolution tardive de Y098, que nous avons constatée par la suite, va

dans ce sens. La notion de phases ou d'étapes que nous avons présentée à partir notamment des travaux de Howard et al. s'applique bien avec ce cas. L'approche ajustée du thérapeute en est la condition et le moteur.

L'analyse factorielle qui a été réalisée à partir du processus interne de la psychothérapie, évalué avec le CPQ aux 3 temps de l'étude, peut être considérée également comme une sorte de réplification de cas. En effet, chaque cas et les 3 cotations des 100 items du CPQ ont été introduits dans un tableau de variables. Trois facteurs principaux ont regroupé des éléments communs partagés entre cas. Ils donnent un profil moyen de l'enfant, du thérapeute et de leur interaction.

Dans le premier facteur (F1), les formulations les plus caractéristiques concernent l'approche générale du thérapeute, son ajustement au développement de l'enfant et la technique spécifique utilisée pour le langage et les affects. L'enfant se sent confiant, en sécurité et compris par le thérapeute. Le thérapeute et l'enfant font preuve d'un vocabulaire et d'une compréhension partagés.

Dans le second facteur (F2), les formulations les plus caractéristiques décrivent 4 paramètres pouvant s'inscrire dans deux configurations enfant - thérapeute: un enfant désaccordé ou décalé, anxieux et non impliqué ; un enfant accordé et participant ; une approche plutôt cognitivo-comportementale ; une approche plutôt psychodynamique

Dans le troisième facteur (F3), l'enfant va beaucoup mieux. Ses symptômes et son comportement autistique se sont déjà grandement réduits et il exprime même un bien être. L'activité thérapeutique est multi-modale et le thérapeute peut pleinement appliquer sa technique.

L'analyse factorielle est intéressante dans notre étude, pour au moins 4 raisons : elle renseigne sur les configurations du processus de la psychothérapie qui évoluent d'un temps à un autre ; elle éloigne la rigidité de points de vue qui comparent les approches en fonction des références théoriques ; elle permet à la fois de réunir des cas autour d'éléments communs, mais également de suivre un cas particulier dans ses évolutions éventuelles à l'intérieur des différents facteurs, comme dans les exemples qui ont été présentés.

La modélisation par équations structurelles du processus de changement, comme l'analyse factorielle, fait appel à des modèles statistiques. Ce modèle a été testé et est présenté dans la thèse. Il ne nous semble pas bien adapté aux questions posées dans ce travail. La raison principale en est

que les variables sont engagées indépendamment pour expliquer un ensemble complexe avec une population hétérogène de petite dimension.

Nous nous sommes alors tourné vers l'analyse PLS-SEM. Contrairement à la modélisation précédente, elle implique plus naturellement des configurations de variables.

Cette technique statistique est intéressante pour notre étude car elle repose sur une construction qui permet de représenter des faits complexes auxquels nous n'avons pas un accès direct et de situer leur évolution dans le temps. Nous l'avons proposée en posant l'hypothèse que l'action psychothérapique intervient comme une médiation qui peut expliquer un processus de changement qui va des troubles à un fonctionnement se rapprochant de la santé. Elle a également l'avantage de fonctionner efficacement avec des échantillons de petite taille. Ses limites, rencontrées dans notre étude, sont que les résultats généraux donnent une tendance qui peut intervenir comme élément complémentaire sans faire force de résultat proprement dit.

Avons-nous validé les hypothèses principales que nous avons posées au début de ce travail ?

Première hypothèse : il est possible de tirer des conclusions de causalité de l'étude de cas individuels.

C'est, il me semble, l'un des éléments les plus remarquables de ce travail que d'avoir utilisé un modèle pour suivre la dynamique d'un dysfonctionnement vers des variables causales qui, d'une part, expliquent ce dysfonctionnement, et qui, d'autre part, permettent de reconstituer le chemin de causalité susceptible de le « réparer ». En mettant en relation le dysfonctionnement et les problèmes collatéraux qui l'accompagnent avec les actions du thérapeute, nous avons pu faire l'hypothèse de plusieurs mécanismes ayant agi sur le dysfonctionnement (et ses problèmes collatéraux) et qui, au bout du compte, ont abouti à une réduction des problèmes et à une amélioration du fonctionnement de l'enfant. Parmi ces mécanismes, on peut proposer la réduction d'une tension par hyper réactivité dans la réponse au stress et la production de mécanismes de défense tels que le retrait, l'évitement et l'attention détournée. Ce modèle nous semble très pertinent à utiliser pour l'étude d'un problème comme l'intolérance à la frustration et au changement, mais aussi d'une configuration de problèmes, impliquant par exemple le *retrait* dans le cas de l'autisme. Les réponses des thérapeutes et l'ordre dans lequel elles interviennent sont intéressantes à souligner. Le thérapeute commence par

supporter les provocations et contient les répercussions émotionnelles des difficultés de l'enfant, tout en les commentant. Dans un deuxième temps, il cherche à aider l'enfant à exprimer ses vécus affectifs et sentiments. Dans les analyses de cas de notre cohorte, le comportement de retrait n'a ni le même sens, ni les mêmes causes pour tous les enfants autistes. Les mécanismes qui peuvent se mettre en place pour remédier au retrait sont, de ce fait, bien différents. Nous pensons que ce modèle est tout à fait approprié pour étudier ces spécificités et stimuler la réflexion étiologique qui donne par extension des outils à la pratique clinique. Avec l'accumulation des cas les hypothèses devraient prendre de plus en plus de consistance ... être éliminées, ou être modifiées (abduction) comme précisé dans le modèle de Stiles (2009) <sup>265</sup> .

2<sup>ème</sup> hypothèse : des approches alternatives aux ECRs existent et elles sont réalisables dans un réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques.

Ces alternatives partent pour l'essentiel d'études de cas de nouvelle génération, définies par un ensemble de critères.

Ces critères se retrouvent dans les articles de Hilsenroth 2010 et de Eells 2011, à partir du texte de l'APA publié en 2006, d'Edwards et al. 2004 ou encore de McLeod 2011, de Laurenceau et al. 2007, et bien sûr de Kazdin dans ses nombreux articles depuis 1981 et chapitres d'ouvrage (1982, 2014) définissant les critères d'études quasi-expérimentales de type 3. Une dimension centrale est la recherche et l'élimination des explications alternatives. La réplication directe ou systématique des études est indispensable.

Chaque étude comprend notamment une formulation de cas permettant de décrire à plusieurs niveaux (actuel, développemental et contextuel) les facteurs potentiellement impliqués dans la situation clinique (facteurs déclenchants et de vulnérabilité, facteurs non dynamiques, psychopathologie) et de définir sur ces bases les objectifs de la psychothérapie et la stratégie de départ pour les atteindre. L'analyse fonctionnelle, réalisée à partir de la formulation de cas, complète et permet une représentation graphique des relations entre les différents facteurs qui

---

<sup>265</sup> Stiles, W. B. (2009). Logical Operations in Theory-Building Case Studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 5(3), 9-22.

caractérisent la situation du patient. La conception des objectifs prend en compte ces différents facteurs. Elle participe à la construction d'une théorie des changements.

L'analyse du processus couplée aux résultats permet d'établir des relations cohérentes entre la situation clinique initiale ; les configurations du processus de la psychothérapie ; l'approche, l'attitude et les interventions spécifiques du thérapeute, et l'évolution de l'enfant dans ses différentes composantes (comportement, développement, relation au monde et aux autres) dans une perspective pathologie → santé exprimée. Cette approche correspond à ce qui a été conceptualisé sous le terme *d'évaluation réaliste* par Pawson & Tilley (1997) <sup>266</sup>.

Parmi les approches qui peuvent être également réalisées avec des études de cas de ce type, par Carey et Stiles (2015) spécifient trois méthodes :

- *La Recherche avec Construction Théorique*. Elle vise à construire une théorie explicative qui synthétise les observations, en expliquant comment les observations sont liées les unes aux autres. La recherche fournit le contrôle de la qualité de la théorie en comparant l'apport théorique avec les observations. La recherche explicative est à un niveau de démonstration plus élevé que la théorie du traitement qui est l'étape intermédiaire d'élaboration et de test pour un sujet ou un groupe de patients partageant une problématique commune ;

- *L'analyse de tâches*. Sa procédure est initiée par la sélection d'un type spécifique de problème thérapeutique, par exemple, une réaction problématique particulière, dans laquelle un patient signale une réaction personnelle inhabituelle ou déroutante *et* l'identification des marqueurs intra-séance de ce problème. Un modèle rationnel d'intervention peut être élaboré à cette étape. Un corpus des occurrences du problème - les événements qui illustrent le problème dans la thérapie - est ensuite collecté à partir d'enregistrements de thérapie. Ceux-ci sont comparés avec le modèle rationnel pour évaluer si le modèle fonctionne dans la pratique et quelles en seraient les précisions ou modifications nécessaires ;

- *L'évaluation par comparaison avec un standard (benchmarking)*. Avec l'analyse comparative des résultats issus d'autres études, les chercheurs peuvent comparer les résultats de

---

<sup>266</sup> Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Los Angeles:Sage.

leur traitement privilégié avec les résultats publiés, obtenus à partir des traitements préférés d'autres chercheurs. Il est évidemment important que les bases des évaluations soient similaires.

Un trait commun réunit les différentes approches. C'est le passage d'une validation empirique sur le principe du oui/non à celui de la convergence des preuves qui peuvent être issues de différentes méthodes et différents niveaux d'investigation.

3<sup>ème</sup> hypothèse : la collaboration entre cliniciens et chercheurs est possible.

Le travail réalisé dans le *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques* en atteste. Les 66 études terminées sur lesquelles portent les analyses associées à cette thèse ont été réalisées grâce aux 66 cliniciens qui se sont inscrits dans la recherche pour évaluer la psychothérapie d'un de leurs patients et les patients de deux collègues (groupe de pairs) en suivant la méthodologie mise en place. Ils ont suivi des formations à cette méthodologie, mais également à chacun des instruments qui étaient nécessaires pour la réaliser. Ils sont pour plusieurs inscrits dans le séminaire d'approfondissement de l'analyse des données, avec une participation très efficace. Ils ont répondu à un questionnaire, en rapport à leur engagement dans la recherche et aux bénéfices qu'ils y trouvaient. Ce questionnaire a donné lieu à publication. Non seulement, la collaboration entre cliniciens et chercheurs est possible, mais elle est fondamentale pour poser et répondre aux questions issues de la clinique à partir de données recueillies dans les conditions naturelles de la pratique.

Nous avons indiqué dans notre revue de littérature plusieurs auteurs qui valident cette hypothèse.

4<sup>ème</sup> hypothèse : les processus de changement peuvent être modélisés.

Nous pensons avoir validé cette hypothèse dans cette étude. Plusieurs modèles ont été présentés concernant les processus de changement. Ces modèles sont des alternatives aux ECRs. La limite majeure des ECRs est l'absence d'une chronologie des changements et des mécanismes qui les sous-tendent. Cette absence ne permet pas de distinguer quel est le médiateur actif au sein de plusieurs éventualités.

Ce point est éclairci par la description précise de la situation de départ, des éléments précipitants et par extension des facteurs de vulnérabilité qui expliquent la sensibilité et la réactivité du sujet à leur survenue, ainsi que par le déroulement de l'évolution. Les symptômes, adaptations et



comportements pathologiques deviennent des indicateurs de dysfonctionnements et de déficits. L'approche symptomatique devient une approche causale des dysfonctionnements, à partir de laquelle est conçue une « théorie du changement ». Elle identifie les processus psychopathologiques clés qui peuvent être modifiés et comment. L'action thérapeutique se réfère aux variables qui sont susceptibles de produire, faciliter, ou médier le changement. Une fois qu'une intervention s'avère efficace, des tests répétés sont essentiels pour s'assurer que nous comprenons pourquoi et comment le traitement fonctionne (Kazdin et Kendall 1998). Ces tests sont d'abord effectués de façon directe, puis de façon élaborée pour éliminer les variables confondantes.

Le modèle théorique de base que nous avons utilisé concernant les processus de changement s'appuie sur 5 axes principaux :

1. Il est orienté par une épistémologie interactionnelle et transactionnelle de l'action thérapeutique ;
2. Il est centré sur l'analyse causale des mécanismes de changement dans chacune des psychothérapies, en relation avec les hypothèses issues de l'expertise clinique et les résultats intermédiaires et installés ;
3. Il décrit précisément le processus interne de la psychothérapie (CPQ) à quatre temps de la thérapie ;
4. Il utilise secondairement une approche statistique innovante à partir de répliques directes d'études de cas. Celles-ci permettent des recherches systématisées sur un problème particulier et une ouverture sur la recherche clinique dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale ;
5. Il s'appuie sur une forte relation clinicien-chercheur.

Nous avons proposé une première modélisation qui concerne une analyse fonctionnelle issue de la formulation de cas de l'enfant Y086 et des instruments qui ont permis de suivre son évolution durant 1 an. Elle représente 5 aspects du cas mis en relation logique : 1) le problème manifeste (repéré dans la formulation de cas) ; 2) la variable causale 1 (établie par le thérapeute dans sa recherche d'explications du problème manifeste) ; 3) l'action thérapeutique réalisée (objectivée par

le CPQ) qui constitue la variable causale 2, susceptible d'agir sur le dysfonctionnement en réponse à la variables causale 1 ; 4) les mécanismes inférés ; et 5) l'effet du traitement (une nouvelle évaluation de l'enfant qui implique les résultats aux différents instruments : ECA-r (symptômes et comportements), EPCA (pathologie et développement), CPQ (état de l'enfant et de son fonctionnement).

Avec Y078, ce modèle est appliqué en distinguant pour la variable 1 les différents facteurs de risque.

Une analyse séquentielle est associée. Elle permet de préciser les modalités relationnelles entre l'enfant et sa thérapeute à chaque évaluation. Leur analyse distingue leur enchainement et les étapes de leur évolution réciproque.

Non seulement les modèles posés valident l'hypothèse, mais la réplication des cas commence à permettre leur regroupement par communautés ouvrant de nouvelles perspectives pour comprendre le fonctionnement des enfants autistes et les actions thérapeutiques qui peuvent intervenir dans le processus de changement.

Les modèles statistiques (analyse factorielle et PLS-SEM) ont montré leurs apports.

Concernant l'analyse factorielle, le changement s'exprime à travers la correspondance de la psychothérapie avec 3 facteurs principaux permettant une vision des communautés inter-cas. Chaque cas est lui-même décrit à chaque temps par son degré de correspondance avec chacun des facteurs. Lesquels sont eux mêmes décrits par les énoncés du CPQ qui les composent.

Le PLS-SEM indique dans le processus, étape par étape, les corrélations significatives entre les variables d'action thérapeutique et les résultats.

En résumé, chaque cas est modélisé par plusieurs approches, avec différents niveaux de définition et des redondances. Il en résulte une possibilité de description et de compréhension solides de ce qui s'est modifié et de ce qui peut en expliquer l'origine. Une analyse statistique amorce une description longitudinale de la relation entre l'action thérapeutique et l'évolution trouble chronique - développement de critères de santé sur une période d'un an.

Cinquième hypothèse : comprendre les facteurs et mécanismes de changement, c'est améliorer la pratique et enrichir la base des connaissances.

Même si cette hypothèse ne peut être validée en l'état, nous avons des arguments qui devraient aller dans ce sens. Les études de cas réalisées dans cette recherche ont été menées par des cliniciens qui se sont exprimés sur l'expérience et les bénéfices qu'ils en ont tirés, notamment pour leur pratique. Cette validation doit être étendue.

#### Les limites :

Les 66 cas représentant la cohorte de cette étude apportent des données conséquentes dont tous les aspects sont loin d'être épuisés. La thèse représente un canevas à partir duquel des études secondaires peuvent être menées.

Chaque cas apporte en lui-même des éléments descriptifs qui à la fois décrivent son hétérogénéité et sa communauté avec d'autres cas. Le nombre conséquent de cas n'offre pas la possibilité de présenter dans le détail ce caractère qui ouvre à des comparaisons cas-à-cas. Réciproquement, le nombre relativement limité de cas ne permet pas réaliser des groupes homogènes qui apporteraient des conclusions plus générales à partir de critères tels que la gravité, le cadre psychothérapique, l'environnement de l'enfant (notamment scolaire).

- Le modèle fonctionnel présenté dans la thèse peut être approfondi pour chaque cas en y introduisant, comme nous avons commencé à le faire dans le Webséminaire, des compléments d'hypothèses issus de l'expérience clinique de praticiens extérieurs à la prise en charge de l'enfant concerné.
- Des résultats statistiques plus significatifs pourraient sans doute être établis avec un nombre de cas plus conséquents et plus variés dans leur recrutement.

Ces aspects soulignent l'importance d'une base de cas à la fois la plus précise et la plus étendue possible, avec des répliques utilisant une méthodologie identique ou structurellement similaire.

# DISCUSSION GÉNÉRALE

## 1. Q1 - EST-CE QUE CES DONNEES APPORTENT VRAIMENT QUELQUE CHOSE ET SI OUI QUOI ? QUELLE VALEUR (EPISTEMOLOGIQUE) ?

L'objectif central de la recherche qui a été menée à partir de 66 études de cas est de comprendre *pourquoi, comment et dans quelles circonstances* les patients changent d'un point A à un point B<sup>267</sup> et d'en réaliser un début de modélisation. La méthodologie a été conçue avec cet objectif, suivant les recommandations décrites dans la littérature internationale. Après un recensement des différents angles d'attaque, méthodes correspondantes, problèmes éventuellement rencontrés, et extensions rendues possibles par l'approche processus-résultats, nous avons testé les principales démarches à partir d'une population de 66 psychothérapies individuelles d'enfants/adolescents de 3 à 15 ans présentant un TED. Ces psychothérapies ont été réalisées dans des conditions naturelles avec, pour cadre méthodologique général, un réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques.

J'espère que cette thèse contribuera à élargir la base des connaissances, à faciliter la réalisation d'études de ce type encore rarement réalisées, et qu'elle encouragera les cliniciens à s'engager pour aller plus loin dans la recherche clinique qui est un formidable soutien dans le champ complexe de l'autisme.

### **DANS CETTE PERSPECTIVE, LES DONNEES REUNIES A PARTIR DE L'ACTIVITE DU RESEAU DE RECHERCHES FONDEES SUR LES PRATIQUES PSYCHOTHERAPIQUES APPORTENT**

- La démonstration de la faisabilité d'une recherche processus / résultats menée en conditions naturelles et soutenue par une alliance de travail cliniciens-chercheurs dans le

---

<sup>267</sup> Dans cette perspective, Kazdin et Nock (2003) et Laurenceau et al. (2007) recommandent 2 améliorations à apporter aux ECRs qui ne permettent d'appréhender qu'une efficacité globale, sans accès aux mécanismes qui la sous-tendent : 1) plusieurs évaluations et médiateurs ou co variables potentiels de changement au cours et dans le suivi du traitement et (2) la prise en considération de la chronologie des changements.

cadre d'un réseau de recherches fondées sur les pratiques. Ce cadre a permis un accord sur la méthodologie, le travail de recherche en groupes de pairs et des réunions régulières cliniciens-chercheurs qui ont été très appréciées.

- une ouverture méthodologique sur l'appréciation des résultats manifestes, la description analytique du processus, la construction et le test d'hypothèses sur les causes et les mécanismes de changement dans le cadre même de la clinique quotidienne.
  - o Appréciation des résultats manifestes. Comme Kazdin et Kendall (1998) le soulignent, "beaucoup de questions essentielles au sujet de la thérapie ont été ignorées par les méthodologies centrées sur la réduction des symptômes. Par exemple, une partie d'entre eux est la conséquence du handicap et de la façon dont il est vécu par l'enfant et son entourage. Élargir la portée des batteries d'évaluation est le message primaire pour améliorer la recherche sur les résultats. Une portée plus large, et notamment quand les mesures rencontrent différents systèmes théoriques, permet des analyses de ce qui a changé et de ce qui a fonctionné comme médiateur du changement, à la fois dans et en dehors de l'orientation théorique qui guide le traitement. Plutôt que d'évaluer les changements sur une seule mesure, l'attention à un profil de fonctionnement serait une ligne importante à poursuivre".

C'est ce qui a été réalisé en associant trois instruments complémentaires : (1) l'ECA-r centré sur les comportements autistiques, (2) l'EPCA centré sur la réduction de la pathologie et le développement de nouvelles aptitudes et fonctionnements, incluant les crises temporaires qu'il peut occasionner, et (3) le CPQ pour les évolutions internes en termes de compréhension, de gestion émotionnelle et de relation à soi, au monde et aux autres. Par ailleurs, la remarque de Kazdin sur les conséquences du handicap et la façon dont il est vécu par l'enfant et son entourage nous paraît particulièrement applicable à une partie non négligeable des troubles autistiques.

- o Description du processus. Elle a été rendue possible par : le passage du paradigme médical au paradigme interactionnel / transactionnel propre à la psychothérapie ; l'instrument de description du processus, le CPQ, adapté à la dynamique complexe des configurations au cours du travail psychothérapique ; le développement des études de cas de nouvelle génération ; la définition et l'organisation des variables permettant

l'étude des troubles complexes (Kraemer et al. 2001 et 2002)<sup>268</sup> ; la référence première au fonctionnement et aux mécanismes de changement (Kazdin 2001, 2003, 2006)<sup>269</sup>, plutôt qu'aux symptômes ; la réintroduction de la causalité dans l'explication des résultats.

- Causes et mécanismes de changement. La distinction et l'articulation entre variables de risque et variables d'action thérapeutique, la situation distincte des variables de modération et de médiation contribuent à la compréhension de la cause et de l'évolution des dysfonctionnements à partir d'hypothèses fondées. En particulier celles de la synergie ou au contraire des difficultés introduites par le contexte extérieur dans le cadre d'un trouble primaire majeur.

Un corpus très étendu de publications a décrit depuis les années 85 les limites majeures des essais cliniques comparatifs de groupes et a recherché les alternatives méthodologiques qui pouvaient s'inscrire dans la perspective d'un véritable recherche clinique. Elles sont réunies dans la revue de littérature de la thèse. Parmi celles qui me semblent incontournables pour l'analyse des données et leur modélisation, je citerai celles du numéro spécial du *Journal of Abnormal Child Psychology* (1998) introduit par Hibbs (p.e. Eddy et al., Eyberg et al., Brent et Kolko), ainsi que celles qui appréhendent sous tous les angles les recherches qui peuvent être menées à partir des processus de changement en psychothérapie (Greenberg, Hill, Jones et al. ; Stiles, Hilliard, Elliott, Hayes, Haynes, Edwards, Laurenceau, Carey, Marmar, Shoham-Salomon...). Dans le domaine particulier de l'autisme, celles de Mesibov et Shea (2011) et de Lerner, White et McPartland (2012) se situent dans la même orientation.

Ces trois axes et une littérature étendue permettent ainsi d'appréhender suivant différents angles l'objet dynamique complexe que constitue le processus de la psychothérapie ; les approches ne sont pas exclusives, elles fonctionnent en complémentarité et permettent à des convergences de

---

<sup>268</sup> L'extension du concept de facteur de risque à celui de facteur de changement et l'application aux questions qui leur sont relatives (distinctions entre corrélat, proxy, médiateur, modérateur, chronologie des changements, ...)

<sup>269</sup> Trois étapes au moins sont nécessaires : *spécifier une vision conceptuelle des processus ou des facteurs responsables du changement, développer des mesures de ces processus, et montrer que ces processus changent au cours du traitement et avant le changement thérapeutique.*

se dégager. La compréhension et la preuve se trouvent ainsi articulées à partir des analyses de l'ensemble de données probantes qui peuvent être réunies à propos d'une question définie.

#### **PLUS PRECISEMENT, LES DONNEES APPORTENT**

- Un grain fin, issu d'études réalisées suivant une méthodologie générale identique (réplication), permettant des analyses à plusieurs niveaux ;
- Une description observationnelle applicable en particulier aux enfants qui n'ont pas encore développé les capacités du langage ;
- Des mesures multiples pour permettre l'évaluation de l'impact des interventions à travers un éventail de domaines et de méthodes spécifiques d'évaluation (APA 2006) ;
- Plusieurs évaluations dans le temps, permettant d'établir une chronologie des changements et de tester différents mécanismes susceptibles de les expliquer ;
- Une différenciation des attitudes et des actions qui se rapportent aux différentes approches thérapeutiques et théories qui les sous-tendent ;
- Une complémentarité étroite entre quantitatif et qualitatif, avec un retour possible des mesures synthétiques jusqu'aux données issues directement des entretiens initiaux, voire des séances, ou des énoncés très détaillés des instruments ;
- Un rapport étendu (sous format Word ou .html) pour chacune des 66 psychothérapies conduites dans l'étude ;
- Une observation sur le processus de changement dans différentes dimensions et comparativement à d'autres cas.

#### **L'INSTRUMENT DE PROCESSUS PERMET DE**

- Suivre l'attitude de l'enfant en séance, son interaction avec le thérapeute, ses gains fonctionnels et de santé mentale ;

- Préciser les composants de la thérapie de façon fine et sans recours à un manuel ;
- Tester les modèles théoriques
  - Au niveau du cas isolé : à partir de la formulation de cas et de l'analyse du processus de changement. Cette approche permet de développer des hypothèses sur les variables impliquées et leur évolution en relation avec les résultats observés. Certains revers apparents sont éclairés par l'analyse du processus (p.e., sortie du thérapeute de la zone proximale de développement de l'enfant ou sa non prise en compte) (Stiles, Hill, Elliott, 2015, p 285-87)<sup>270</sup> ;
  - Cependant, lorsque les cas sont réunis, les variables de changement peuvent n'être qu'en partie les mêmes pour les différents patients. Les enfants n'évoluant pas nécessairement suivant le même rythme, au même moment, par les mêmes voies, les corrélations ne peuvent concerner que des éléments participant à une forte communauté. Néanmoins la relation entre un dysfonctionnement spécifique et une attitude spécifique du thérapeute peut être testée dans le sous-groupe concerné<sup>271</sup>.

#### **APPORTS POUR LA PRATIQUE.**

- Les cliniciens ont, à de multiples reprises et dans plusieurs articles, exprimé l'apport de cette recherche pour leur pratique ;

- L'information issue de la formulation de cas initiale permet de définir les modérateurs potentiels et les objectifs prioritaires du traitement. Relayée par les évaluations intermédiaires et l'évaluation finale, elle est employée pour soutenir les décisions cliniques<sup>272</sup>. Elle participe au

---

<sup>270</sup> Stiles, Hill, Elliott, 2015

<sup>271</sup> Voir dans Hayes, Castonguay et Goldfried 1996 les exemples qu'ils donnent où les corrélations ont donné une information tangible.

<sup>272</sup> Thurin M. 2016, Lutz 2002



*développement d'une véritable pratique appuyée sur des données explicites.* Plusieurs cliniciens ont engagé le suivi d'un second cas. L'introduction d'une analyse fonctionnelle associée à la FC ouvre la construction d'un ensemble d'hypothèses concernant les facteurs de risque associés à la psychopathologie. Le suivi du processus interne renseigne sur la façon dont ces facteurs peuvent être réduits, puis remplacés par des actions modifiant les paramètres du handicap, jusqu'à permette une reprise personnalisée du développement associant les dimensions intra et inter individuelles.

#### **APPORTS POUR LA RECHERCHE**

La recherche clinique conduit à distinguer quatre étapes principales. La première établit un inventaire des causes qui peuvent expliquer les manifestations pathologiques. La seconde considère les configurations de variables qui caractérisent la psychothérapie à chaque évaluation et leurs relations avec les causes inférées. La troisième propose les hypothèses explicatives des résultats observés. La quatrième réalise différents tests les concernant. La dynamique de recherche engagée à partir d'un fait clinique « résistant » est exposée par Kazdin et al. dans les articles de 1997 et 1998. On la retrouve dans l'analyse de tâche (Pascual-Leone, Greenberg, Pascual-Leone 2009)<sup>273</sup>. Les cas sont décrits de façon suffisamment précise pour qu'ils puissent être rapprochés d'autres cas étudiés à des niveaux différents (imagerie, physiologie), notamment par exemple au niveau de la composante émotionnelle et de ses conséquences plus générales dans l'autisme.

#### **QUELLE VALEUR EPISTEMOLOGIQUE ?**

À l'inverse du modèle clinique médical classique, la question centrale que pose la psychothérapie est celle de l'influence favorable et des ressorts de l'interaction et des transactions entre le thérapeute et le patient (et réciproquement). Cette dimension s'exprime de façon intense dans les troubles autistiques dont les dimensions comportementales majeures sont la déficience relationnelle et la vulnérabilité / réactivité émotionnelle. L'une et l'autre s'expriment dans des comportements qui se renforcent mutuellement. La psychothérapie parvient à interrompre ce cycle négatif et à l'inverser. Les données en apportent un modèle explicatif en situant précisément les

---

<sup>273</sup> Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (2009). Developments in task analysis: new methods to study change. *Psychother Res*, 19(4-5), 527-542.

éléments et les ressorts de la réponse du thérapeute à l'expression des manifestations comportementales de l'enfant dans la cure. Le processus interactif qui s'instaure conduit, dans la plupart des cas, à une réduction des comportements autistiques accompagnée d'une reprise du développement.

## **2. Q2 - EST-CE QUE DES ANALYSES PUREMENT QUALITATIVES N'AURAIENT PAS ETE PLUS INFORMATIVES ? SINON POURQUOI ?**

L'apaisement des conflits entre partisans de l'analyse qualitative et partisans de l'analyse quantitative (restons optimistes) a permis au monde de la recherche de s'ouvrir de plus en plus aux méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives). Tillman et al. (2011)<sup>274</sup>, préconisent les méthodes mixtes parce qu'elles combinent les deux stratégies d'analyse et représentent un décalage de paradigme qui n'est ni du positivisme pur ni du constructivisme pur, mais une approche pragmatique de recherche. Ce décalage dépasse les dichotomies disparates et parfois antagonistes pour devenir une position complémentaire.

Nous pensons avoir démontré dans notre thèse, qu'en effet, les méthodes mixtes que nous avons adoptées, sont indispensables à notre modèle fonctionnel de base.

Les deux termes qui répondent le mieux à ce choix sont complexité et hétérogénéité. Complexité d'abord, parce que la psychothérapie peut se concevoir comme un système dynamique dans lequel de nombreux paramètres sont impliqués et en interaction. Ces paramètres ne sont pas tous du même niveau. D'abord, il y a les situations : les environnements de l'enfant, familial, scolaire, amical ; la dyade psychothérapique avec l'enfant, le thérapeute et leur interaction. Ces paramètres sont potentiellement différents d'un enfant à l'autre, d'un thérapeute à l'autre, d'une dyade à l'autre. L'ensemble suggère une importante hétérogénéité.

L'abord quantitatif structure le tableau des résultats. La gravité des symptômes, le niveau de développement de l'enfant, l'évaluation de ses fonctionnements sont, par exemple, des éléments hautement significatifs pour évaluer les changements en psychothérapie. Leur mesure apporte un repérage normé par rapport au récit.

---

<sup>274</sup> Tillman J. et al. (2011). Mixed Methods Research design for pragmatic psychoanalytic studies. JAPA, 59(5):1023-40.

Dans l'étude sur laquelle nous nous appuyons, les données concernant l'analyse quantitative sont recueillies à travers les instruments validés qui ont été sélectionnés pour l'étude. D'une part, l'ECA-r qui évalue les symptômes et les comportements de l'enfant autiste à travers 29 items, cotés de 0 à 4. Ces données numériques évaluent la gravité et l'évolution de l'enfant dans trois dimensions, à 4 temps de la psychothérapie (début, 2, 6 et 12 mois). D'autre part, l'EPCA qui évalue la pathologie et le développement de l'enfant à travers 147 items, cotés de 0 à 3. Ces données numériques évaluent l'état pathologique et la situation développementale de l'enfant autiste dans huit dimensions, à 4 temps de l'année de psychothérapie. Un complément précise en annexe les résultats à ce niveau.

Enfin, le CPQ évalue le processus interne de la psychothérapie à partir de 100 items organisés en différents médiateurs et indicateurs de changement dans la psychothérapie. Comme nous l'avons indiqué, la somme des cotations de chacun des 100 items est égale à zéro. Ce sont les scores obtenus à partir des regroupements d'items qui constituent les médiateurs potentiels qui caractérisent la psychothérapie au cours du processus sur une année.

Nous partons donc de données numériques qui établissent un score permettant de mettre en lumière la situation de l'enfant et son évolution. Les outils d'analyse utilisés à ce niveau sont des méthodes d'abord mathématiques puis statistiques.

Aussi avancées qu'elles le soient, les techniques statistiques seules ne peuvent décrire pleinement la situation personnelle et le retentissement qu'elle peut avoir sur le processus de changement pour les patients. Par ailleurs, la confusion des mesures d'un « sujet moyen » réduit les dimensions individuelles dont certaines, nous l'avons vu, sont explicatives de son fonctionnement et pour partie de ses troubles.

L'analyse qualitative apporte des éléments essentiels, notamment pour ajuster les stratégies de prise en charge, à partir de la description langagière des spécificités individuelles, fonctionnelles et contextuelles de chaque enfant. La partie qualitative des études est concernée par les données directement issues d'entretiens ou de séances qui ont permis au thérapeute d'établir une formulation de cas. Cet élément est très important dans les études. Elle utilise l'expertise clinique du psychothérapeute qui va proposer un plan de traitement explicite. Mais nous avons vu qu'elle n'est

pas suffisante pour prendre en compte la complexité du cas pour construire les chaînes causales des dysfonctionnements puis de leur évolution.

Mais ce n'est pas tout. Les scores numériques issus de chaque instrument ont permis de créer des configurations ouvrant à une compréhension de l'enfant dans ses différentes dimensions. Les scores des différents items de l'ECA-r ont permis de suivre l'évolution de l'enfant au niveau de la gravité de ses comportements et de ses symptômes autistiques. La connaissance de leur nature précise et la mise en relation des principaux composants actifs permet de comprendre certains dysfonctionnements sous-jacents. Dans ce dernier cas, l'outil est utilisé pour une analyse qualitative. Par exemple, une forte intolérance à la frustration peut côtoyer une forte auto ou hétéro agressivité, ou les deux. On a pu s'apercevoir que l'intolérance à la frustration pouvait rester cotée forte et que l'agressivité avait disparu. Dire que le score global s'est réduit, ou même que l'enfant est intolérant à la frustration et agressif, puis intolérant à la frustration, mais n'est plus agressif est insuffisant. Qu'est-ce qui a pu agir sur son agressivité pour qu'elle s'apaise et comment comprendre cette intolérance aux changements qui ne se réduit pas ? La démarche est qualitative car inscrite dans le modèle fonctionnel, elle peut participer à trouver la chaîne causale.

Cette démonstration est similaire pour l'EPCA. Par exemple, l'item de l'acquisition du langage mis en relation dans le modèle avec les autres ingrédients prend un tout autre sens que de dire « cet item est coté 0, donc l'enfant n'a pas acquis le langage ». Cette non acquisition peut, par exemple, entrer dans les problèmes de l'enfant comme un handicap à l'expression de ses sentiments ou, comme nous l'avons vu avec un des enfants, le pousser à l'écart des autres enfants à l'école.

Pour le CPQ, hormis le fait que les items sont des énoncés descriptifs d'un état, d'une situation, etc., un travail qualitatif a été réalisé pour réunir plusieurs énoncés en différents médiateurs, par exemple ceux qui concernaient, l'engagement du patient dans sa thérapie, l'ajustement du thérapeute, les actions du thérapeute dans plusieurs dimensions (langage et émotion)... mais aussi les approches théoriques.

Nous voyons bien que le qualitatif est très présent dans cette thèse, mais que le quantitatif est tout à fait aussi important.

### **3. Q3 - LE QUANTI, POUR ETRE FIABLE, DOIT-IL INCLURE 1000 A 2000 SUJETS ?**

Cette question rejoint une perspective qui a été envisagée sous le terme de "Matrix Paradigm" et partiellement mise en oeuvre durant 20 ans, en relation avec le paradoxe de l'équivalence<sup>275</sup>, à savoir augmenter le nombre de variables pour avoir plus de sensibilité dans les résultats. Elle s'est révélée très coûteuse à une petite échelle (l'étude du NIMH sur la dépression), voire irréalisable du fait du nombre de cas nécessaires et pour lesquels le grain de définition des observations recueillies est affiné. Par exemple, un traitement avec un modérateur et un médiateur requerrait au moins 30 sujets et, si les interactions sont incluses comme prédicteurs, au moins 60.

Cependant, déjà en 1986, les auteurs insistent sur le fait que la faisabilité du paradigme matriciel pourrait être grandement facilitée par des théories pour guider le choix des cellules à investiguer. Leur conclusion est que "les résultats décevants et les difficultés stratégiques n'invalident pas la logique de l'appel ; elles exposent seulement le faux espoir d'un progrès facile de précision des traitements pour les patients ; la matrice nous aide à organiser notre connaissance des circonstances suivant lesquelles quels traitements peuvent être efficaces de façon différentielle, et elle encourage les investigateurs à spécifier les dimensions potentiellement pertinentes relatives aux patients, aux thérapeutes, à la technique et au dispositif".

Un point reste à souligner : le nombre de cas n'améliore pas la qualité du grain et la finesse du grain dépend de la proximité du recueil des données avec le champ clinique.

Dans ce cadre, les données recueillies dans notre recherche permettent d'examiner l'impact de certaines caractéristiques et, à partir d'une première analyse de leur mise en relation avec les résultats, d'examiner la tendance générale. Sur cette base, il est possible de rechercher à partir des cas individuels dont les différences d'évolution sont saillantes par rapport à celles du groupe, les facteurs qui peuvent expliquer les différences constatées (par exemple, un contexte extérieur très insécurisant ou à l'inverse un soutien solide de l'enfant par ses proches, ou encore un événement familial). Cette approche a un effet aussi sur les pratiques en "rassurant" le thérapeute sur la dimension prédictive potentiellement négative d'un comportement (par exemple, l'absence de participation de l'enfant aux activités de la thérapie qui, finalement, n'est pas un élément déterminant) ou en "l'alertant" de l'absence d'évolution d'un enfant par rapport à un groupe du même âge (par exemple, au niveau de l'acquisition de nouvelles aptitudes). Cette possibilité d'une

---

<sup>275</sup> Stiles, Shapiro et Elliott 1986 p 168

attention au processus de changement et, si nécessaire, d'une recherche d'information complémentaire « explicative » est un aspect qui reste facilement réalisable à l'échelon individuel, sans qu'il soit besoin d'immenses bases de données y accéder. La psychothérapie est de nature très complexe, mais sa complexité nous semble se situer à dimension humaine.

## Pour conclure

Partant de données observationnelles issues de la clinique, il est aujourd'hui possible d'obtenir des réponses aux questions « *Pourquoi, Comment et dans quelles conditions une psychothérapie est-elle efficace ?* ». L'analyse du processus interne de la psychothérapie est intégrée à celle du processus des changements manifestes. Le paradigme du changement en psychothérapie est transformé de façon majeure par rapport au paradigme médical classique. Il est cohérent avec la structure interactionnelle et transactionnelle des rapports entre le patient et le thérapeute. La méthodologie générale s'est modifiée parallèlement à cette évolution en introduisant et opérationnalisant les concepts de *complexité*, de *multifactorialité* et de *chaînes causales*. Les études de cas réactualisées pour répondre aux critères études quasi-expérimentales de type 3 (Kazdin 1981 ... 2014) y tiennent une place centrale. Cette évolution permet à la clinique et à la recherche en psychothérapie de devenir des domaines conjoints où les avancées de chacune des approches peuvent bénéficier à l'autre.

La question centrale de la recherche en psychothérapie se situe aujourd'hui autour de la possibilité d'application et de développement des possibilités offertes par cette évolution. Cette thèse l'aborde à partir des 66 études de cas actuellement finalisées dans le cadre du pôle autisme du *Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques*. Elles ont été engagées parallèlement à celles pôle borderline avec une méthodologie générale identique.

Le cadre *organisationnel* de ces études peut être résumé en quatre mots-clés : collaboration cliniciens-chercheurs, réseau de recherche, groupes de pairs, base de données.

Le cadre *méthodologique* général implique le processus de changement dans son expression manifeste et interne (« l'action thérapeutique »), sa chronologie et les facteurs qui peuvent l'expliquer. L'explicitation des mécanismes qui accompagnent ce processus est issue aujourd'hui

pour l'essentiel de la construction d'un faisceau d'hypothèses. Elles conduisent à l'élaboration d'une théorie du changement et à la réalisation de tests qui leurs sont relatifs. Ces hypothèses peuvent être des points de jonction entre disciplines contribuant, à différents niveaux, à développer une science du vivant.

Plus précisément et concrètement, la *formulation de cas* est le point de départ incontournable de chaque étude. Elle réunit et organise les informations cliniques issues des premiers entretiens auprès de l'enfant et de sa famille et initie un diagnostic psychopathologique accompagné d'objectifs et de la stratégie initiale pour les atteindre.

Cette première étape est approfondie, dans des troubles complexes tels que l'autisme et la personnalité borderline, par une approche « *facteurs de risque* ». Celle-ci est initiée par la recherche des variables qui interviennent sur la psychopathologie développementale dans un contexte de vulnérabilité et de réactivité renforcés par le stress et le handicap.

Dans une seconde étape, l'identification de ces variables de risque contribue à la conception de l'approche, des attitudes et des interventions ajustées qui constituent « *l'action thérapeutique* ».

La mise en œuvre de cette action peut être suivie et caractérisée à partir de l'instrument de processus (dans notre application, le CPQ). Elle s'inscrit comme une série de configurations qui s'établissent dans le temps à partir des interactions entre le patient et le thérapeute. Ces configurations peuvent être décrites à partir des énoncés les plus représentatifs de la psychothérapie à chaque évaluation et par une analyse factorielle en composantes principales. C'est la troisième étape.

La cohérence qui peut être établie (ou non) entre le risque identifié, l'action thérapeutique caractérisée mise en pratique, et le résultat décrit par la formulation de cas finale et les instruments de mesure des indicateurs manifestes constitue la quatrième étape.

L'approche « *facteurs de risque* » étendue à l'action thérapeutique qui en est la réponse permet le passage du simple déterminé à la définition et construction du complexe.

« Dans les modèles causaux simples et déterministes, l'échec d'un résultat entraîne des problèmes conceptuels en partie à cause de l'hypothèse qu'un petit nombre de conditions nécessaires et suffisantes peuvent être identifiées. À un autre extrême, dans le travail clinique par exemple, des modèles causaux simples sont rejetés. Souvent chaque individu est considéré comme unique et donc un peu au delà du domaine de la prédiction scientifique. La recherche sur les facteurs de risque fournit une approche qui comble ces deux extrêmes et reconnaît les influences

multiples, les rôles multiples, que ces influences peuvent jouer et la variation des chemins et des résultats » (Kazdin et al. 1997).

Sur ces bases, chaque cas apporte des informations que l'on peut ranger dans un facteur commun ainsi que des données individuelles qui permettent (le plus souvent) d'expliquer les variations inter-cas. La recherche issue de chaque cas participe ici concrètement à l'élaboration théorique du changement et de ce qui le cause (Kazdin, Stiles).

Cette présentation est évidemment extrêmement simplifiée. Elle me semble néanmoins utile pour que le passage des méthodologies centrées sur les résultats à celles qui considèrent la complexité de l'action thérapeutique en psychothérapie devienne une entreprise partageable par les cliniciens et les chercheurs, ouverte aux questions qui se posent en pratique et en théorie. J'espère que cette thèse contribuera à favoriser et à simplifier une dynamique de développement d'études intégrant l'analyse des processus de changement et de leurs mécanismes à celle des résultats.



# Chapitre 4 : Revue de la littérature

## Résumés, extraits et commentaires d'articles classés par dates de publication

### 1. ROSENZWEIG (1936)

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.

### 2. ROGERS, C. R. (1942)

Rogers, C. R. (1942). The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. *American Journal of Orthopsychiatry*, 12, 429-434.

### 3. SIFNEOS, P. E. (1972)

Sifneos, P. E. (1972). Short-term psychotherapy and emotional crisis. Cambridge, MA: Harvard University Press.

### 4. KERNBERG, O. F. (1973)

Kernberg O. F. (1973). Summary and conclusions of "Psychotherapy and Psychoanalysis, final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project". *Int J Psychiatry*, 11 : 62-77.

### 5. VON BERTALANFFY (1973)

Von Bertalanffy, L. (1973) ». *Théorie générale des systèmes*. Paris Dunod, Bordas.

### 4. LUBORSKY, SINGER, LUBORSKY (1975)

Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.

### 5. SMITH & GLASS (1977)

Smith, M. L., Glass, G. V. (1977). Meta-Analysis of psychotherapy outcome studies/ *Am Psychol*, 32 : 752-760.

### 6. GOTTMAN, J. & MARKMAN, H. J. (1978)

Gottman, J. & Markman H.J. Experimental designs in psychotherapy research. In *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Garfield & Bergin eds, John Wiley & Sons 1978, p 26.

## 7. GOMES-SCHWARTZ (1978)

Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective Ingredients in Psychotherapy: Prediction of Outcome From Process Variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(5), 1023-1035.

**Résumé.** Cette étude a été conçue pour examiner l'impact de (a) l'exploration des racines psychodynamiques des conflits des patients, (b) la chaleur et la convivialité de la relation offerte par le thérapeute, et (c) la positivité des attitudes des patients à l'égard de travail en thérapie sur la résultat de thérapie brève avec 35 sujets en université présentant des symptômes de dépression, d'anxiété et d'introversion sociale. Les analyses des évaluations de processus à partir de segments enregistrés de quatre séances au cours de la thérapie ont révélé que les activités des thérapeutes de différentes orientations théoriques et professionnelles pouvaient être distinguées de celles de thérapeutes non formés, "intrinsèquement aidants". Bien que les attitudes des patients envers le thérapeute et la participation des patients dans le processus de traitement ne diffèrent pas en fonction du type de thérapeute, la dimension du processus qui prédisait le plus systématiquement les résultats de la thérapie a été la participation des patients. Les processus exploratoires et la relation offerte par le thérapeute avaient une moindre influence sur les résultats.

## 8. HILL, C . E. (1978)

Hill, C. E. (1978). Development of a counselor verbal response category system. *Journal of Counseling Psychology*, 25(461-468).

**Résumé.** Un système de catégorie de réponse pour mesurer le comportement verbal d'un conseiller a été développé en incorporant les composants de 11 systèmes existants, en affinant les catégories après utilisation, et en ayant des experts reliant des exemples aux définitions. Le système résultant avait 17 catégories mutuellement exclusives, qui avaient au moins un minimum de validité apparente et de contenu. En notant 3 866 unités de réponses de conseiller à partir de 12 séances de séances initiales personnelle / affective, le système de catégorie a donné lieu à des niveaux d'accord élevés entre trois juges. Une analyse des niveaux d'accord pour les catégories individuelles a conduit à un système révisé de 14 catégories.

## 9. STRUPP (1980) 1,2,3,4

Strupp, H. H. (1980). Success and failure in time-limited psychotherapy. A systematic comparison of two cases: comparison 1. *Archives General Psychiatry*, 37(5), 595-603. [comparison 2 : 37(7):831-41 ; comparison 3 : 37(8):947-54. ; comparison 4 : 37(8):947-54].

**Résumé 1.** Pourquoi certains patients réussissent-ils en psychothérapie alors que d'autres échouent ? De plus, qu'est-ce qui peut être appris à partir d'une comparaison de deux patients comparables traités par le même thérapeute dans des conditions très similaires ? Deux cas tirés du Projet Vanderbilt en Psychothérapie, une étude contrôlée des processus et des résultats, ont été étudiés en vue d'un approfondissement scientifique et d'une compréhension clinique de la psychothérapie psychanalytique en

temps limité. Les analyses de ce genre sont également importantes parce que l'étude de résultats de la psychothérapie typique ignore en grande partie les cas individuels entrant dans les données de «l'amélioration moyenne." Sur la base de résultats systématiques et de mesures de processus, combinés à une étude détaillée des enregistrements complets du traitement, les histoires de cas présentées ici sont celles de deux jeunes hommes souffrant d'anxiété, de dépression et de retrait social qui ont été traités par le même psychothérapeute. Les résultats de cette analyse, la première d'une série, donnent à penser que les résultats thérapeutiques sont surtout déterminés par la capacité du patient à tirer avantage de la relation particulière que le thérapeute a à offrir; à l'inverse, le traitement échoue s'il y a une mauvaise rencontre sur ces dimensions. Les variables pertinentes sont précisées.

**Résumé 2.** C'est le deuxième article d'une série comparant deux patients traités dans une psychothérapie individuelle en temps limité par un thérapeute professionnel dans le Projet Vanderbilt de Psychothérapie. Les patients étaient deux jeunes hommes souffrant d'anxiété, de dépression et de retrait social. Un des patients a été un cas de réussite, l'autre un échec thérapeutique. En plus d'une variété de mesures de changement, toutes les séances de thérapie enregistrées sur bande ont été soumises à une étude intensive. Les résultats ont montré que le résultat de la psychothérapie dépend fortement de la capacité du patient à former une relation de travail productive avec le thérapeute au début de la thérapie. A l'inverse, de profonds problèmes caractériels, qui se manifestent notamment dans le négativisme, l'hostilité, et d'autres résistances, peuvent donner lieu à des obstacles insurmontables qui conduisent à des résultats thérapeutiques négatifs. Les attitudes du thérapeute envers le patient et ses compétences techniques jouent évidemment un rôle, mais ils semblent être éclipsés par les variables du patient qui précèdent.

**Résumé 3 :** Cet article, basé sur les données du Projet de Recherche Vanderbilt en Psychothérapie, est une comparaison détaillée des deux patients (des étudiants de sexe masculin avec anxiété, dépression et retrait social) traités par un conseiller en psychothérapie limitée dans le temps. Un des patients a connu des gains thérapeutiques notables; le second a été un échec thérapeutique. Les différences dans les processus et les résultats sont présentés comme étant dûs à la qualité de l'interaction thérapeutique. Celle-ci, à son tour, est surtout déterminée par la structure des caractères des patients et de la manière dont elle permet au patient de discuter avec le thérapeute. Des différences fondamentales existent entre l'approche d'un thérapeute formé et sans formation à la psychothérapie. Dans ces histoires de cas, le conseiller a connu des difficultés avec les patients pour faire face efficacement aux problèmes de transfert.

**Résumé 4 :** C'est le quatrième article d'une série de comparaisons portant sur des patients traités en psychothérapie limitée dans le temps. Les deux patients étaient des jeunes gens souffrant d'anxiété, de dépression et de retrait social. Tous les deux ont été traités par un psychothérapeute très expérimenté. Un des patients a atteint des résultats thérapeutiques durables à partir des séances ; l'autre a été un échec thérapeutique. Les comparaisons sont basées sur un ensemble de mesures objectives, ainsi que sur l'étude clinique intensive de toutes les séances de thérapie enregistrées sur bande. Les résultats ont montré que le

résultat thérapeutique est une fonction de la capacité du patient à devenir impliqué dans une relation thérapeutique et de travailler de manière productive dans le cadre offert par le thérapeute. Tout aussi importantes ont été les réactions de contre transfert qui ont gravement interféré avec un confrontation réussie et à la résolution du transfert négatif du patient.

#### **10. KAZDIN (1981)**

Kazdin, A. E. (1981). Drawing Valid Inferences From Case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 183-192.

**Résumé :** Bien que l'on accorde généralement à l'étude de cas un rôle heuristique important, ses limitations comme base pour tirer des conclusions valables sur l'efficacité du traitement sont largement reconnues. Le problème majeur avec une étude de cas est l'ambiguïté liée aux influences précises qui sont responsables du changement. Les menaces à la validité interne, normalement exclues dans l'expérimentation, rendent la base du changement thérapeutique ambiguë. Cependant, les études de cas peuvent varier selon plusieurs dimensions qui dictent le niveau suivant lequel les menaces spécifiques à la validité interne sont abordées. Le présent article traite de la possibilité de conceptualiser et de conduire les cas, de manière à maximiser la probabilité que des conclusions internes valides puissent être tirées. Bien que les études de cas ne puissent jamais remplacer l'expérimentation, le rendement scientifique des rapports de cas pourrait être amélioré dans la pratique clinique lorsque des alternatives méthodologiques ne sont pas disponibles.

#### **11. KAZDIN, A. E. (1982)**

Kazdin, A. E. (1982). *Single-Case Research Designs. Methods for Clinical ad Applied Settings*: Oxford University Press.

#### **12. PATTERSON, G. R. (1982)**

Patterson GR. 1982. *Coercive Family Process*. Eugene, OR: Castalia.

#### **13. RUTTER ET GILLER (1983)**

Rutter, M., & Giller, H. (1983). *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. New York: Penguin Books.

#### **14. BARLOW, D. H. ET HERSEN, M. (1984)**

Barlow, D. H. & Hersen, M. (1984). *Single Case Experimental Designs (2nd ed.)*: Pergamon Press.

#### **15. KAZDIN, A. E. (1984)**

Kazdin, A. E. (1984). Statistical Analyses for Single-Case Experimental Designs. In D. H. Barlow & M. Hersen (Eds.), *Single-Case Experimental Designs* (pp. 285-324): Pergamon Press.

## **Les analyses statistiques dans les protocoles Cas-Isolé**

Cet article concernant l'utilisation des statistiques avec le cas individuel reste largement cité. Elles fournissent un outil d'évaluation dans les cas où l'évaluation visuelle peut être difficile à invoquer.

Inspection visuelle. Elle est plutôt appliquée quand la variabilité du cas [pour des causes extérieures non prises en compte] est faible. Une variabilité accrue des performances réduit la potentialité d'évaluer les effets de l'intervention. L'analyse statistique peut objectiver des effets non visibles à l'inspection visuelle.

Test. Il est approprié si l'auto corrélation est mesurée et considérée comme non significative.

Analyse de séries temporelles. Elle compare les données au cours du temps pour des phases séparées pour un sujet ou un groupe de sujets. L'analyse peut être utilisée dans des protocoles d'études de cas isolés avec des phases alternées (baseline intervention). Deux aspects importants : 1) l'analyse fournit un t test approprié quand il y a une dépendance en série dans les données ; 2) l'analyse fournit une information importante à propos des différentes caractéristiques de changement comportemental au cours des phases. *Changement de niveau, changement de pente*, l'absence de changement de niveau signifie que l'évolution ne s'est pas faite de façon abrupte au moment de l'intervention. Le changement de moyenne complète l'analyse. L'analyse consiste en plusieurs étapes, incluant l'adoption d'un modèle qui rend le mieux compte des données, l'estimation des paramètres pour les statistiques et la génération de t pour les changements de niveau et de pente. Parmi les différentes analyses statistiques, l'analyse en séries temporelles est recommandée pour la manière dont la dépendance en série est appréhendée. Elle s'ajuste aux dépendances spécifiques à différents temps et fournit des analyses séparées pour les changements de niveaux et de pentes à la lumière des caractéristiques spéciales des données. Elle peut être utilisée même quand il a une pente au départ]. Le nombre de points doit être relativement important pour identifier le modèle qui décrit le mieux les données. Au départ, on considérait que la tendance pour une dépendance en série était généralement forte, puis ce jugement s'est inversé et il faudrait voir au cas par cas.

Tests de randomisation. Cherche à comparer l'effet d'une intervention sur un cas par rapport à un autre cas qui ne la reçoit pas (tester l'hypothèse nulle). S'il n'y a aucune différence, d'autres raisons du changement doivent être recherchées. [Avec le cas isolé, on fait alterner les 2 conditions, ce qui fait que la dépendance sérielle n'est pas à prendre en compte. Pour que ce protocole fonctionne, il faut des réponses rapides et pas durables. Ou bien, il faut prendre des durées plus longues.

Test de rangs. Le test requiert que les données soient recueillies dans différentes conditions (individus, comportements ou situations). Il faut au moins 4 sujets pour tester l'effet avec un  $p < 0.05$ . [La question posée est : est-ce que l'intervention a un effet et est-ce que cet effet est similaire à celui produit par cette intervention chez les autres patients qui l'ont reçue à un autre moment ? S'il n'y a aucun effet, sur ce qui équivaut à une randomisation de l'ordre d'intervention on est dans l'hypothèse nulle. On classe les enfants par effet et on fait la somme des effets. Le traitement testé peut durer plusieurs jours, mais il faut que cette durée soit fixée et qu'elle soit identique pour les différents sujets. Par ailleurs, les sujets peuvent ne pas avoir le même niveau de performance au début de l'intervention. On fait alors le calcul nécessaire 1 - moyenne de changement / moyenne de changement. On peut faire un calcul par % de changement.

Split-Middle technique. La technique split-middle a d'abord été utilisée pour décrire le processus de changement dans et à travers les phases plutôt que comme une technique statistique inférentielle. À partir des données dans une phase donnée, une tendance, une ligne de célération, est construite pour caractériser le taux de performance dans le temps (le terme de célération est utilisé pour traduire la possibilité d'une accélération ou décélération). Une ligne réunit les points médians dans chaque phase [droite de régression linéaire]. La

pente de chaque ligne est exprimée numériquement. Le changement entre phases est calculé en mesurant les pentes et les niveaux. Les changements des pentes et des niveaux résument les changements inter phases. La signification statistique peut être évaluée une fois que les courbes de célération ont été calculées. La prédiction tient au nombre de cotations, mais aussi à la durée de l'intervention. La nature descriptive ou inférentielle de la méthode reste en discussion.

**Conclusion.** Les analyses statistiques fournissent un outil d'évaluation dans les cas où l'évaluation visuelle peut être difficile à invoquer. Les analyses de cas sont plus appropriées dans leur utilisation que les études de groupes, car leur protocole peut facilement s'adapter au cas particulier. Leur utilisation devrait s'accroître du fait des discussions qui peuvent concerner l'inspection visuelle et de la dissémination de programmes informatiques pour leur exécution. Les analyses statistiques peuvent être utiles pour l'évaluation des données lorsque ce qui est requis pour l'inspection visuelle n'est pas facilement obtenu. Ce chapitre présente plusieurs options pour les analyses statistiques et les problèmes qui peuvent être associés à leur usage.

#### **16. ELKIN, PARLOFF, HADLEY & AUTRY (1985)**

Elkin I., Parloff M. B., Hadley S. W. , Autry J.H. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and research plan. *Arch Gen Psychiatry*, 42(3):305-16.

**Résumé :** Le Programme de recherche collaborative de traitement de dépression de l'Institut national de la santé mentale (NIMH) est la première étude coordonnée multisite initiée par le NIMH dans le domaine de la recherche en psychothérapie. Trois sites de recherche, utilisant un protocole de recherche identique, étudient l'efficacité de deux formes de psychothérapie brève (thérapie comportementale cognitive et psychothérapie interpersonnelle) dans le traitement de la dépression ambulatoire. Trois centres de formation ont formé des thérapeutes expérimentés de façon standardisée pour chacune des psychothérapies et les conditions de la pharmacothérapie de comparaison. Ce rapport présente le contexte du TDCRP, la justification du choix de la population de patients et des conditions de traitement, ainsi que le plan de recherche à la fois pour la phase de formation / pilote et pour l'étude de résultats actuellement en cours, et discute les contributions potentielles du programme pour le champ de la recherche en psychothérapie.

#### **17. KIESLER, D. J. (1985)**

Kiesler, D. J. (1985). The missing link in psychotherapy research [Review of Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process]. *Contemporary Psychology*, 30, 527-529.

#### **18. BARON & KENNY (1986)**

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

**Résumé.** Dans cet article, les auteurs essaient de faire la distinction entre les propriétés des variables modératrices et médiatrices à un certain nombre de niveaux. Tout d'abord, ils cherchent à rendre les théoriciens et chercheurs conscients de l'importance de ne pas utiliser les termes modérateur et médiateur

de façon interchangeable en élaborant attentivement les nombreuses façons, à la fois conceptuelles et stratégiques, dont les modérateurs et médiateurs diffèrent. Ils passent ensuite au-delà de cette fonction essentiellement pédagogique et délimitent les implications conceptuelles et stratégiques de l'usage de ces distinctions en ce qui concerne un large éventail de phénomènes, incluant le contrôle et le stress, les attitudes et les traits de personnalité. Ils fournissent également un recueil spécifique de procédures analytiques appropriées pour la fabrication de l'utilisation plus efficace du modérateur et du médiateur, leur distinction, à la fois séparément et en fonction d'un système de causalité plus large qui comprend à la fois les modérateurs et les médiateurs.

#### **19. GREENBERG, L. S. (1986)**

Greenberg, L. S. (1986). Change Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9.

**Résumé.** La recherche sur les processus de changement est nécessaire pour aider à expliquer comment la psychothérapie produit le changement. Pour expliquer les processus de changement, il sera important de mesurer trois types de résultats - immédiats, intermédiaires et finaux - et trois niveaux de processus - acte de parole, épisode, et relation. L'accent devra être mis sur la spécification des différents types d'épisodes en cours de session changement et les résultats intermédiaires qu'ils produisent. L'hypothèse que tous les processus ont la même signification (indépendamment du contexte) doit être abandonnée, et un processus de recherche sensible au contexte doit être développée. Les actes de discours doivent être considérés dans le contexte des types d'épisodes dans lesquels ils se produisent, et les épisodes ont besoin d'être considérés dans le cadre du type de relation dans lequel ils se produisent. Cette approche se traduirait par l'utilisation d'une batterie d'instruments de processus pour mesurer les configurations de processus dans le contexte et de les relier aux résultats.

#### **20. GREENBERG & PINSOF (1986)**

Greenberg, L., & Pinosof, W. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.

#### **21. KAZDIN, A. E (1986A)**

Kazdin, A. E. (1986a). Introduction de l'Éditeur au numéro spécial sur la recherche en psychothérapie. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 3.

#### **22. KAZDIN, A. E. (1986B)**

Kazdin, A. E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 95-105.

**Résumé.** Les comparaisons des techniques alternatives de psychothérapie reçoivent souvent une attention particulière dans la littérature sur les résultats des traitements parce qu'elles tentent de fournir des

tests cruciaux de traitements opposés. Les études comparatives individuelles de résultats et les évaluations de la littérature ont abouti à des conclusions ambiguës et ont continué à alimenter la controverse sur l'efficacité relative de techniques alternatives pour des problèmes cliniques spécifiques. Bien que la façon dont la question sous-jacente à de nombreuses études comparatives est formulée ("Quel est le meilleur?") puisse contribuer à leur faible rendement, l'omission de la prise en compte d'exigences méthodologiques et de conceptions spéciales peut en être tout autant partiellement responsable. Le présent article aborde plusieurs problèmes de conception et de stratégies soulevés par les études comparatives de résultats, y compris la conceptualisation, la mise en œuvre et l'évaluation des traitements alternatifs; l'évaluation du processus et des résultats spécifiques au traitement; et l'évaluation des résultats. Aborder concrètement ces questions et d'autres peut augmenter le rendement des études comparatives sur les résultats et peut atténuer les controverses quant à l'adéquation des démonstrations.

### **23. ORLINSKY ET HOWARD (1986)**

**Résumé :** Dans leur revue générale des études processus-résultats, Orlinsky et Howard ont examiné un grand nombre d'études réunissant les exigences de base de la recherche clinique pertinente, à savoir des études portant sur des patient réels, traités dans des dispositifs cliniques par des thérapeutes professionnels ou des thérapeutes en formation. De plus, ces études de processus ont associé le processus aux résultats. Dans leur revue, les auteurs proposent un modèle générique de processus constitué de cinq éléments conceptuels : a) le contrat thérapeutique ; b) les interventions thérapeutiques ; c) le lien thérapeutique qui se développe entre le patient et le thérapeute ; d) la capacité du patient d'absorber l'impact des interventions thérapeutiques et du lien thérapeutique ; et e) les réalisations thérapeutiques, les événements tels que l'insight, la catharsis, l'apprentissage discriminant, qui sont supposés produire le changement thérapeutique.

### **24. SAFRAN ET AL (1986)**

Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of Core Cognitive Processes in Cognitive Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10(5), 509-526.

**Résumé.** Dans la pratique de la thérapie cognitive, les thérapeutes sont souvent confrontés à la tâche de choisir une cible cognitive spécifique d'intervention. Le présent article décrit une justification théorique qui facilitera la sélection des cibles les plus susceptibles de conduire à un changement clinique significatif. Des lignes directrices techniques spécifiques, destinées à faciliter les efforts du thérapeute pour identifier ces cibles, sont proposées. Ces lignes directrices découlent de la proposition d'un modèle hiérarchique de la structure cognitive, qui stipule que les processus cognitifs varient suivant la situation, centrale et périphérique, où ils se situent par rapport à l'organisation cognitive globale.



## **25. SILBERSCHATZ & CURTIS (1986)**

Silberschatz, G., Fretter, P. B., & Curtis, J. T. (1986). How Do Interpretations Influence the Process of Psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 646-652.

**Résumé.** En raison de l'imprécision des méthodes d'évaluation des comportements du thérapeute, peu de progrès ont été accomplis dans la démonstration de la façon dont le thérapeute contribue au succès de la psychothérapie. Plus important encore, la pertinence du comportement du thérapeute relativement aux besoins particuliers d'un patient donné n'a pas été correctement évaluée. Dans cet article, les auteurs décrivent une nouvelle approche pour l'évaluation de la pertinence des interventions du thérapeute. Ils supposent que la pertinence des interprétations serait plus prédictive de l'évolution du patient que la catégorie de l'interprétation : de transfert par rapport au non transfert. Les transcriptions de trois psychothérapies brèves psychodynamiques ont été étudiées. Les interprétations dans les trois traitements ont été identifiées et classées comme de transfert ou de non transfert et ont été ensuite évaluées pour leur convenance. La productivité des patients a été évaluée à l'aide d'une échelle d'expérience. Comme prévu, dans chaque cas, la pertinence des interprétations a été corrélée significativement et positivement avec la productivité du patient, alors que le type d'interprétation n'a pas été corrélé avec les progrès du patient.

## **26. STILES, SHAPIRO ET ELLIOTT (1986)**

Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are All Psychotherapies Equivalent ? *American Psychologist*, 41(2), 165-180.

**Résumé :** Malgré des démonstrations claires, par des chercheurs de processus, de différences systématiques dans les techniques des thérapeutes, la plupart des revues de recherche sur les résultats en psychothérapie montrent peu ou pas de différence d'efficacité des différentes psychothérapies. Cette contradiction pose un dilemme pour les chercheurs et les praticiens. De nombreuses solutions ont été proposées. Certaines d'entre elles contestent l'équivalence apparente des résultats, en faisant valoir que les résultats différentiels pourraient être révélés par des procédures d'examen plus sensibles ou par des mesures de résultats plus différenciées. D'autres remettent en question les différences apparentes entre les traitements, en faisant valoir que, en dépit de la diversité technique superficielle toutes ou la plupart des thérapies partagent un tronc commun de processus thérapeutique. D'autres encore suggèrent que l'on ne peut pas répondre à la question de l'équivalence telle qu'elle est généralement posée, mais que l'efficacité différentielle des techniques spécifiques pourrait être trouvée au niveau d'événements brefs dans des séances de thérapie. En dépit de leur diversité, la plupart des solutions proposées convergent pour appeler à une plus grande précision et spécificité de la théorie et de la méthode dans la recherche en psychothérapie.

## **27. STRUPP (1986)**

Strupp, H. H. (1986). Psychotherapy : Research, Practice, and Public Policy' (How to Avoid Dead Ends). *American Psychologist*, 41(2), 120-130.

**Résumé** : Cet article explore quelques malentendus potentiels impliquant la recherche, la pratique professionnelle, la formation, et la politique publique en psychothérapie. Parce que la psychothérapie n'est pas une forme physique ou chimique de traitement « médical », les méthodes de recherche couramment utilisés pour établir la « sécurité » et « l'efficacité » des médicaments sont considérés comme largement inadaptées. Au lieu de cela, il est proposé que la psychothérapie soit considérée comme une relation humaine spécialisée qu'un thérapeute compétent développe, maintient et gère avec une intention thérapeutique. L'objectif est la promotion de l'apprentissage dans un contexte interpersonnel. Certaines implications de cette position sont discutées.

## **28. VANDENBOS, G. R. (1986)**

VandenBos, G. R. (1986). Psychotherapy Research: A Special Issue. *American Psychologist*, 41(2), 111-112.

**Résumé** : Dans un éditorial, l'auteur présente un historique de l'évolution de la recherche depuis Eysenck et explique que la recherche fondée uniquement sur le « résultat » (ou l'efficacité) devrait être « une chose du passé », être au minimum une recherche de résultat « comparative » et qu'elle devrait inclure une certaine exploration des variables de processus. Il précise que le champ est prêt à se centrer sur une recherche plus pertinente théoriquement et cliniquement utile, en traitant directement le processus de changement au cours de la psychothérapie (Kiesler, 1985)<sup>276</sup>. Il précise plus loin que le financement de la recherche en psychothérapie a changé. La perspective plutôt « science fondamentale » du soutien du *NIMH* 35 ans plus tôt, se trouve désormais remplacée par un objectif « appliqué » dépendant de financements multiples allant du ministère de la défense, à la sécurité sociale, aux assurances et corporations de soin privées, etc. Le numéro de l'AP est centré sur le statut et l'utilisation de la recherche en psychothérapie.

## **29. WALLERSTEIN, R. S. (1986)**

Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-two lives in treatment*. New York: Guilford Press.

## **30. LOVAAS, O. I. (1987)**

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 3-9.

---

<sup>276</sup> Kiesler, D. J. (1985). The missing link in psychotherapy research [Review of Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process]. *Contemporary Psychology*, 30, 527-529.

**Résumé.** L'autisme est un trouble psychologique grave dont l'apparition se situe dans la petite enfance. Les enfants autistes montrent un attachement émotionnel minime, une parole absente ou anormale, un QI retardé, des comportements ritualisés, de l'agressivité et de l'automutilation. Le pronostic est très médiocre, et les thérapies médicales ne se sont pas avérées efficaces. Cet article rapporte les résultats du traitement par modification du comportement de deux groupes de même constitution d'enfants autistes. Les données de suivi d'un groupe de traitement expérimental intensif et à long terme (n = 19) ont révélé que 47% ont atteint un fonctionnement intellectuel et éducatif normal, avec des scores de QI normaux et une performance réussie de la première année dans les écoles publiques. Un autre groupe de 40% était formé d'enfants légèrement retardés et assignés à des classes spéciales pour retard du langage, et seulement 10% des enfants, profondément retardés, ont été assignés à des classes pour les autistes / retardés. En revanche, seulement 2% des enfants du groupe témoin (n = 40) ont atteint un fonctionnement intellectuel et intellectuel normal; 45% étaient légèrement retardés et placés dans des classes de langage retardé, et 53% étaient sévèrement retardés et ont été placés dans les classes pour enfants autistes / retardés.

### **31. PERRY ET AL. (1987)**

Perry, S., Cooper, A. M., & Michels, R. (1987). The Psychodynamic Formulation: Its Purpose, Structure, and Clinical Application. *American Journal of Psychiatry*, 144, 543-550.

**Résumé :** Les auteurs présentent une brève formulation psychodynamique écrite qui se concentre sur les conflits centraux, prévoit des transferts et des résistances, et aide à guider tous les traitements psychiatriques. Après avoir placé le problème de présentation dans le contexte de la vie du patient et l'identification des déterminants non dynamiques de la psychopathologie, la formulation explique le développement des conflits centraux et leur effet sur le comportement répétitif du patient. Il conclut en décrivant comment ces conflits se manifesteront dans le traitement. Trois formulations d'échantillons et leur application sont présentés pour illustrer la valeur de cet outil clinique.

**Commentaire :** cet article présente précocement la formulation de cas (FC) et propose une structure d'organisation pour la réaliser. Il va être suivi d'autres modèles de formulations se référant à différentes approches théoriques (p. e., comportementale (Persons), psychosomatosaire (Winters). La présentation de l'ensemble des FC est réalisée dans l'ouvrage de Eells 2007).

### **32. JONES, CUMMING, HOROWITZ (1988)**

Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another Look at the Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 48-55.

**Résumé :** Cette étude a examiné les effets des facteurs spécifiques, c'est-à-dire des actions et des techniques bien définies du thérapeute et des comportements et attitudes des patients, sur les résultats de la psychothérapie. Quarante patients diagnostiqués comme souffrant de syndromes de réponse au stress à la

suite d'un événement traumatique ou d'un deuil ont été traités par une psychothérapie psychodynamique brève de 12 séances. Les transcriptions des séances de thérapie ont été classées à partir du Questionnaire de Processus de la Psychothérapie classé (Psychotherapy Process Q sort), conçu pour fournir un langage standard pour la description et la classification du processus thérapeutique. Les résultats ont démontré que des facteurs spécifiques étaient en fait prédictifs des résultats du traitement, bien que généralement en interaction avec le niveau de trouble du patient au prétraitement. Les caractéristiques du processus qui prédisaient un résultat positif chez des patients moins ou plus perturbés étaient parallèles à la distinction longtemps reconnue entre les approches « expressives » et « de soutien ». Les données suggèrent que le changement du patient est beaucoup plus complexe que ne l'implique l'hypothèse non spécifique de l'efficacité thérapeutique. On considère que le fait de ne pas identifier de corrélations cohérentes entre des aspects spécifiques du processus et du traitement est le résultat de la tentative de trouver des associations simples et directes, et de la négligence de conceptions du processus plus complexes qui reflètent adéquatement l'interaction de multiples influences dans les traitements cliniques.

### **33. STILES (1988)**

Stiles, W. B. (1988). Psychotherapy Process-outcome correlations may be misleading. *Psychotherapy (Chic)*, 25(1), 27-35.

**Résumé :** Un critère standard pour juger la valeur d'un composant de processus de psychothérapie (par exemple, la pensée liée à l'affect) est le degré suivant lequel il est en corrélation avec les mesures de résultat. Ce modèle ne tient pas compte de la grande variabilité des besoins des patients en ce qui concerne les composants de processus particuliers et la réactivité des thérapeutes à ces exigences. Une telle réactivité tend à atténuer (et peut même inverser) la corrélation processus-résultats. Dans des conditions optimales, les composants du processus covarient en fonction des besoins du patient, mais pas des résultats. Les écarts par rapport à l'optimum n'amélioreraient pas les résultats. Ainsi, pour une thérapie experte, la corrélation attendue des composants du processus avec les résultats approche zéro, même pour les composants qui aident à provoquer ces résultats.

### **34. ELKIN, SHEA, WATKINS ETAL. (1989)**

Elkin, I., Shea, T., Watkins, J., Imber, S., Sotsky, S., Collins, J., & al., e. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.

**Résumé :** Nous avons étudié l'efficacité de deux psychothérapies brèves, la psychothérapie interpersonnelle et la thérapie comportementale cognitive, pour le traitement des patients externes avec trouble dépressif majeur diagnostiqué par les Critères diagnostiques de la recherche. Deux cent cinquante patients ont été assignés au hasard à l'une des quatre conditions de traitement de 16 semaines: psychothérapie interpersonnelle, thérapie cognitivo-comportementale, chlorhydrate d'imipramine plus gestion

clinique (comme traitement de référence standard) et placebo plus gestion clinique. Les patients de tous les traitements ont montré une réduction significative des symptômes dépressifs et une amélioration du fonctionnement au cours du traitement. Il y avait un ordonnancement consistant des traitements à la fin, avec l'imipramine plus la gestion clinique faisant le mieux, le placebo plus la gestion clinique pire, et les deux psychothérapies entre les deux, mais généralement plus proche de l'imipramine plus la gestion clinique. Dans les analyses effectuées sur les échantillons totaux sans tenir compte de la gravité initiale de la maladie (les analyses primaires), il n'y avait aucune preuve d'une plus grande efficacité d'une des psychothérapies par rapport à l'autre et aucune preuve que l'une ou l'autre des psychothérapies était significativement moins efficace que le traitement de référence standard, l'imipramine plus la gestion clinique.

**Complément :** En comparant chacune des psychothérapies avec le placebo plus l'état de gestion clinique, il y avait des preuves limitées de l'efficacité spécifique de la psychothérapie interpersonnelle et aucune pour la thérapie comportementale cognitive. Des taux de récupération supérieurs ont été observés pour la psychothérapie interpersonnelle et l'imipramine plus la prise en charge clinique, comparativement au placebo et à la prise en charge clinique. Sur les scores moyens, cependant, il y avait peu de différences significatives dans l'efficacité parmi les quatre traitements dans les analyses primaires. Les analyses secondaires, dans lesquelles les patients ont été dichotomisés suivant le niveau initial de la sévérité des symptômes dépressifs et de l'affaiblissement du fonctionnement, ont permis d'expliquer l'absence relative de résultats significatifs dans les analyses primaires. Des différences significatives entre les traitements n'étaient présentes que pour le sous-groupe des patients qui étaient les plus gravement déprimés et souffraient d'une déficience fonctionnelle; Ici, il y avait une certaine preuve de l'efficacité de la psychothérapie interpersonnelle avec ces patients et des preuves solides de l'efficacité de l'imipramine plus la gestion clinique. En revanche, il n'y avait pas de différences significatives entre les traitements, y compris le placebo plus la gestion clinique, pour les moins gravement déprimés et fonctionnellement atteints des patients.

### **35. MARMAR, WEISS ET GASTON (1989)**

Marmar C., Weiss D.S., Gaston L. (1989): Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System Psychological Assessment *A. J. Consult. Clin. Psychol.*, 1: 46-52.

### **36. PINSOFF, W. (1989)**

Pinsoff, W (1989). A conceptual framework and methodological criteria for family therapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 53-59.

### **37. SILBERSCHATZ, CURTIS ET NATHANS (1989)**

Silberschatz, G., Curtis, J. T., & Nathans, S. (1989). Using the patient's plan to assess progress in psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 26(1), 40-46.

### **38. STILES, W. B., & SHAPIRO, D. A. (1989)**

Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1989). Abuse of the drug metaphor: Psychotherapy process-outcome correlations. *Clin Psychol Rev*, 9(4), 521-543.

**Résumé** : Les progrès lents dans la recherche processus-résultats en psychothérapie peuvent être attribuables à la fixation implicite des chercheurs à la métaphore médicamenteuse, qui suggère que la psychothérapie consiste en des ingrédients actifs fournis par le thérapeute. Si un composant du processus est un ingrédient actif, alors un niveau élevé de celui-ci est supposé produire un résultat positif, et le défaut de le faire implique que le composant est inerte. Dans cet article, les auteurs critiquent certaines hypothèses implicites de la métaphore médicamenteuse - que le processus et le résultat sont des phénomènes distincts ; que les noms des composants signifient des ingrédients purs ; que nous mesurons les ingrédients actifs ; que les ingrédients actifs sont contenus dans le comportement du thérapeute ; que la courbe dose-réponse est ascendante et linéaire ; que la meilleure façon de démontrer l'efficacité d'une procédure psychothérapeutique est l'essai clinique contrôlé ; et que l'efficacité d'un composant du processus est démontrée par sa corrélation avec le résultat.

### **39. BEUTLER (1990)**

Beutler, L. E. (1990). Introduction to the Special Series on Advances in Psychotherapy Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 263-264.

En 1990, une revue de la littérature au cours des 15 années précédentes montre un clivage quasi total entre les recherches centrées sur les résultats et les recherches centrées sur le processus. Ce sont deux camps, deux mondes, deux épistémologies qui coexistent. Un schisme qui retentit sur les pratiques. La question du degré de pertinence des théories, l'absence de méthodes empiriques et les ravages de biais extrêmes maintiennent une rupture dans la recherche entre tenants du processus et tenants des résultats. Les cliniciens se basaient sur leur connaissance clinique, leur impression, et leurs hypothèses théoriques pour évaluer leurs pratiques, ce qui était à l'opposé des idéaux académiques.

La dimension empirique de la recherche sur le processus est devenue notable avec le développement d'instruments de mesure des construits patient-thérapeute et de l'expérience psychothérapique qui l'accompagne. Les premiers instruments sont issus dans les années 60 des thérapies de Rogers en se centrant sur les "conditions nécessaires et suffisantes" de la psychothérapie. Les psychothérapies expérientielles ont été un autre pôle d'élaboration. Au cours des années 80, les courants interpersonnel et systémique ont suivi ce mouvement, et ont été rejoints par le courant psychanalytique. Des chercheurs se sont trouvés individuellement engagés dans les deux approches et ont constitué un pont qui a réduit les allégeances de départ. Il est alors devenu difficile de maintenir la distinction entre activités de recherche sur le processus et sur les résultats.

La distinction initiale entre les chercheurs défendant des observations objectives et ceux qui défendent des sources guidées par la théorie, entre comportementalistes et psychanalystes, entre chercheurs centrés sur les résultats ou centrés sur le processus subsiste encore. Ce numéro spécial ne résoudra pas, ni ne consolidera ces opinions diverses. Cependant, il peut apporter une certaine perspective aux arguments et introduire quelques points de vue nouveaux dans l'espace où le champ pourrait se tourner avec succès.

Ces aspects sont traités par deux auteurs qui les abordent de façon générale (Marmar pour la perspective théorique et pratique, et Garfield traditionnellement critique vis à vis des analyses de processus) et deux articles plus spécifiques à partir des méthodes utilisées dans les deux approches (Luborsky et al. et Hill). Un cinquième article (Shoham Salomon) recherche la synthèse.

#### **40. GARFIELD, S. L. (1990)**

Garfield, S. L. (1990). Issues and Methods in Psychotherapy Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(3), 273-280.

**Résumé :** Certains des problèmes et des questions qui ont caractérisé la recherche de processus en psychothérapie sont discutés, de même que la complexité de la recherche qui tente de combiner adéquatement les processus et les résultats. La diversité des sujets étudiés, la variété des échelles utilisées, les constructions théoriques individuelles étudiées, l'étude des variables de processus uniques et le manque relatif de réplication ont rendu difficile l'intégration des résultats. Il est suggéré d'étudier plus d'une orientation thérapeutique dans un projet spécifique afin d'inclure un certain type de contrôle. Bien que des corrélations statistiquement significatives entre les variables de processus sélectionnées et les mesures du résultat aient été obtenues, la preuve de la causalité reste à démontrer.

#### **41. GOLDFRIED, GREENBERG ET MARMAR 1990**

Goldfried, M. R., Greenberg, L. S., & Marmar, C. (1990). Individual Psychotherapy: Process and Outcome. *Annual Review Psychol.*, 41, 659-688.

**Introduction de l'article.** Les jours ont disparu depuis longtemps quand il était possible d'examiner les progrès de la psychothérapie dans un seul chapitre comme Snyder (1950) l'a fait dans le premier chapitre de la Revue Annuelle de Psychologie (ARP) sur le sujet écrit il y a quelque 40 ans. Même l'efficacité de la psychothérapie est une question trop globale, alors que les interventions psychosociales ont opéré à partir de différentes conceptualisations théoriques, ont été appliquées à divers troubles, et ont pris différentes modalités de forme. Dans une tentative pour faire face à cette diversité, et dans l'esprit de la tendance à l'intégration des psychothérapies, ce chapitre a été écrit par trois chercheurs et cliniciens pratiquant la thérapie, familiers avec différents problèmes cliniques et identifiant dans le champ trois orientations conceptuelles primaires, comportementale, expérientielle et psychodynamique. Même ainsi, la revue a été une entreprise majeure, ce qui reflète les signes évidents de progrès, si ce n'est de maturité croissant rapidement, dans le domaine.

Dans leur chapitre de l'ARP, Parloff et al. (1986) ont examiné les méta-analyses concernées par l'efficacité de la psychothérapie. Conformément à la tendance à l'évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales pour des troubles particuliers, l'importance de ces méta-analyses générales a récemment décliné. En plus de se déplacer vers la question de l'efficacité thérapeutique pour les troubles spécifiques, il y a aussi une tendance croissante à se confronter à la question de la façon dont se déroule le changement thérapeutique, quand il a lieu. Cette préoccupation pour l'étude du processus de changement, que nous croyons être cruciale dans l'amélioration de l'efficacité de nos procédures, est un thème dominant de la présente revue.

Une grande partie de ce qui se passe dans le domaine de la psychothérapie est traité dans des volumes tels que la troisième édition du Garfield & Bergin Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (1986) et le Progress in Psychotherapy Research de Huber (1987). Un ajout notable au manuel le plus récent est un chapitre par Klerman (1986) sur les médicaments et la psychothérapie, ce qui reflète le mouvement de ces dernières années vers l'utilisation de la pharmacothérapie avec - ou au lieu de - des interventions psychosociales dans le traitement de divers troubles.

Depuis la dernière revue de l'ARP, l'Institut National de Santé Mentale (NIMH) a subi une réorganisation. Les programmes sont maintenant regroupés en fonction des catégories de diagnostic. La Direction de la Branche Recherche sur le Traitement psychosocial a été éliminée, et les applications impliquant des interventions psychosociales sont incluses dans les programmes traitant des troubles spécifiques. Bien qu'il y ait beaucoup à dire pour la mise au point sur l'efficacité du traitement pour des problèmes cliniques spécifiques, regroupés en fonction des catégories du Manuel diagnostique et statistique (DSM III-R), le changement pose la question de savoir si le soutien peut être disponible pour des problèmes cliniquement pertinents qui n'ont pas nécessairement une étiquette DSM-III (Deffenbacher et al 1987). Dans une tentative de reprendre le fil d'interventions psychosociales qui traversent les différents programmes NIMH, un consortium Psychothérapie s'est développé au sein de NIMH qui va tenter d'identifier les lacunes existantes dans la recherche en psychothérapie.

#### **42. HILL (1990)**

Hill, C. E. (1990). Exploratory In-Session Process Research in Individual Psychotherapy: A Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 288-294.

**Résumé :** L'objectif de la recherche exploratoire sur le processus est de décrire ce qui se produit dans les séances de psychothérapie, et ce qui conduit éventuellement au développement de théories fondées sur l'accumulation de résultats répliqués. Plusieurs domaines dans lesquels les méthodes exploratoires sont couramment utilisées sont décrits : techniques du thérapeute, comportement du patient, processus non manifestes ("couverts"), modèles de processus, interactions entre les thérapeutes et les patients, et événements de la thérapie. De façon additionnelle, plusieurs domaines dans lesquels les méthodes exploratoires seraient utiles pour la recherche future sont décrites : les liens entre les caractéristiques de la personnalité du patient, le processus psychothérapique et les résultats ; le temps et la qualité des interventions ; et l'aptitude du patient, le fait qu'il soit prêt pour les interventions du thérapeute.

#### **43. JONES ET WINDHOLZ (1990)**

Jones, E. E., & Windholz, M. (1990). The Psychoanalytic Case Study: Toward a Method for Systematic Inquiry. *J Am Psychoanal Assoc*, 38, 985-1015.

**Résumé.** Cette étude représente une contribution à la recherche systématique et empirique des traitements psychanalytiques. La méthode utilisée, la Q-technique, permet la transformation des données cliniques en une forme prête à l'analyse quantitative, fournissant ainsi un moyen empirique pour tester les compréhensions théorique et clinique dérivées du processus psychanalytique. Les séances d'une analyse de six ans de traitement ont été audio-enregistrées et transcrites, et des blocs de dix séances ont été



sélectionnés à intervalles réguliers tout au long de l'analyse. Les transcriptions de ces séances ont ensuite été évaluées de façon aléatoire par des juges cliniques avec un Q-set conçu pour fournir un langage standard pour la description et la classification du processus analytique. Ces descriptions de séances d'analyse, telles que structurées par le Q-set, se sont avérées très fiables, ce qui démontre la promesse de la méthode pour aborder le problème de longue date de la réalisation de jugements cliniques fiables. Les résultats suggèrent que la soumission de l'étude de cas psychanalytique traditionnelle à une investigation systématique peut contribuer à établir une base scientifique empirique pour certaines propositions psychanalytiques.

#### **44. LUBORSKY, L. ETAL. (1990)**

Luborsky, L., Barber, J. P., & Crits-Christoph, P. (1990). Theory-Based Research for Understanding the Process of Dynamic Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 281-287.

**Résumé** : La recherche est revue à partir de 6 propositions théoriques centrales à la psychothérapie psychodynamique: (1) L'établissement d'une alliance est important pour le succès; (2) le patient présente un thème central de relation (transfert); (3) les interprétations de transfert sont utiles; (4) le thérapeute cherche à interpréter correctement le transfert; (5) le patient acquiert la compréhension de soi et du modèle de relation; Et (6) l'amélioration du patient se reflète dans les changements dans le style de la relation. Nous suggérons des concepts qui ont besoin de développement de la recherche: l'internalisation, la résistance, l'élaboration, l'auto-compréhension et l'insight, et l'adhésion du thérapeute à la technique recommandée.

#### **45. MARMAR (1990)**

Marmar, C. (1990). Psychotherapy Process Research: Progress, Dilemmas, and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 265-272.

**Résumé** : Les premières décades de la recherche sur le processus psychothérapique ont produit des avancées dans le développement des mesures et des résultats substantifs dans les relations entre processus et résultats. Un nouveau paradigme a évolué vers des configurations séquentielles, avec une description des épisodes significatifs, soulignant la segmentation du processus en configurations significatives là où elles se produisent. Les dilemmes théoriques et analytiques sont examinés. Ils incluent une plus grande attention à la validité de construction des mesures, à la relation du processus à des phases spécifiques des résultats et au développement continu d'analyses multivariées des données qui prennent en compte les interactions du traitement du patient, ainsi que la dépendance séquentielle des données de processus. Le développement d'une base des événements significatifs de changement, la segmentation, la validation de construction des mesures, l'intégration d'approches qualitatives et quantitatives, et le développement d'un langage théorique transversal sont recommandés. L'étude empirique du processus psychothérapique est une jeune discipline.

#### **46. SHOHAM-SALOMON, V. (1990)**

Shoham-Salomon, V. (1990). Interrelating research processes of process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 295-303.

**Résumé** : Étant données les limitations contextuelles des variables de processus, 3 hypothèses implicites dans la recherche actuelle sur le processus sont questionnées : les variables de processus (a) ont des significations fixes, (b) contribuent de façon discrète aux résultats, et (c) ont une valeur nette décontextualisée, évaluée par leurs corrélations avec les résultats. Dans une perspective systémique, un cadre conceptuel est proposé. Il intègre à la fois des stratégies théoriques et des stratégies axées sur la découverte dans un modèle cyclique et écologique. L'expérimentation, les observations d'événements de changement, ainsi que les descriptions détaillées participent à ce modèle cyclique, s'informant et s'enrichissant réciproquement. Le noyau de cette intégration est une conception transactionnelle qui considère les processus de changement comme se définissant mutuellement plutôt qu'interagissant les uns avec les autres. Cela conduit ainsi à des examens holistiques des changements de configuration, en plus des configurations de changement. Le noyau transactionnel sert de point de départ et de base, à la fois pour les stratégies de recherche axées sur la théorie et celle orientées sur la découverte.

#### **47. GREENBERG, L. S. (1991)**

Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1(1), 3-16.

**Résumé**. Cet article explore quelques-uns des principes impliqués dans la transition vers l'étude des événements de changement dans la psychothérapie. Une approche d'analyse du processus de changement est suggérée, qui vise au développement d'une micro-théorie pour expliquer les processus de changement qui se produisent dans des contextes spécifiques en thérapie. Il est suggéré que les designs qui rapportent ces processus de changement complexe aux résultats aideront à déterminer quels sont les facteurs qui, dans un modèle de traitement, expliquent les résultats obtenus.

#### **48. PERSONS, CURTIS, SILBERSCHATZ (1991)**

Persons, J. B., Curtis, J. T., & Silberschatz, G. (1991). Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Formulations of Single Case. *Psychotherapy (Chic)*, 28(4).

**Résumé** : Un cas isolé a été formulé en utilisant l'approche psychodynamique développée par Weiss et Sampson et l'approche cognitivo-comportementale développée par Turkat et Persons. Cet article souligne les similitudes et les différences entre les deux formulations. Nous décrivons les avantages d'une approche de recherche au cas par cas pour comparer les théories de la psychothérapie, étudier l'efficacité de la psychothérapie, et l'enseignement à la fois des mécanismes généraux et spécifiques de la psychothérapie.

#### **49. GERIN, P. ET DAZORD, A. (1992)**

Gerin, P., & Dazord, A. (1992). *Recherches cliniques "Planifiées" sur les psychothérapies. Méthodologie*: Inserm, La documentation Française.

#### **50. JONES, PARKE & PULOS (1992)**

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.

**Résumé.** Trente patients représentant une gamme de troubles névrotiques ont été traités dans une psychothérapie psychodynamique brève, de 16-séances dans un dispositif de pratique privée. Les transcriptions in extenso des séances de thérapie ont été cotées par des juges avec le Psychotherapy Processus Q-set, conçu pour fournir un langage standard pour la description et la classification du processus de traitement. L'échantillon a démontré un changement statistiquement significatif pré / post-traitement, et une majorité des patients a présenté au moins un critère de changement cliniquement significatif. Une vue longitudinale du processus suggère que ces traitements ont été caractérisés par ce qui pourrait être décrit comme le passage progressif d'une construction externe de la réalité, orientée vers des difficultés personnelles, à un accent placé sur une expérience interne de la réalité orientée sur la relation avec le thérapeute. Les résultats sont encadrés par une conceptualisation du processus comme des actions qui définissent et donnent un sens à l'autre et leur contexte. On fait valoir qu'une telle conceptualisation capture de façon plus adéquate les réalités cliniques et est un modèle d'investigation plus fructueux que celui de la vision classique des processus comme un ensemble d'éléments isolés, fixés qui contribuent de façon distincte au résultat.

#### **51. ORLINSKY, D. E. (1992)**

Orlinsky, D. E. (1992). Apport de la recherche à la connaissance des psychothérapies. Introduction. In P Gerin et A.Dazord, *Recherches cliniques « planifiées » sur les psychothérapies, Méthodologie*. Paris, Inserm, pp 7-33.

#### **52. PATTERSON, G. R. ET AL. (1992)**

Patterson GR, Reid JB, Dishion TJ. 1992. *Antisocial Boys*. Eugene, OR: Castalia.

#### **53. GASTON & MARMAR (1993)**

Gaston, L., Marmar, C. R. Manual of California Psychotherapy Alliance Scales. Manuscript Version 11.08.93. <http://www.traumatys.com/Documents%20professionnels/CALPAS-Manual.pdf>

#### **54. HILLIARD, R. B. (1993)**

Hilliard, R. B. (1993). Single-Case Methodology in Psychotherapy Process and Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 373-380.

**Résumé.** L'objectif principal de cet article est la délimitation et l'explication des caractéristiques essentielles de la méthodologie de recherche de cas unique appliquée dans le domaine de la recherche en psychothérapie. La recherche Cas-isolé est présentée comme une sous-classe de la recherche intrasujet dans laquelle l'agrégation des sujets est évitée et la généralité des conclusions du cas-isolé est abordée à travers la réplication sur une base de cas par cas. Les modalités de base suivant lesquelles les protocoles cas unique varient sont également discutées, et 3 types de base de recherche cas-isolé sont différenciés : (a) les études expérimentales de cas unique, (b) les analyses quantitatives de cas unique, et (c) les études de cas. En outre, certaines des principales faiblesses de la recherche actuelle cas unique en psychothérapie sont identifiées.

#### **55. HOROWITZ, ROSENBERG ET BARTHOLOMEW (1993)**

Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal Problems, Attachment Styles, and Outcome in Brief Dynamic Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 549-560.

**Résumé :** L'inventaire des problèmes interpersonnels (IIP) a été utilisé pour identifier les modèles dysfonctionnels dans les interactions interpersonnelles. Les problèmes interpersonnels peuvent être organisés en deux dimensions, et l'espace bidimensionnel peut être divisé en huit secteurs égaux (octants). Les sous-échelles de l'IIP décrivent chacun de ces octants. L'instrument a été utilisé pour identifier (a) les problèmes interpersonnels qui sont discutés le plus souvent dans une psychothérapie dynamique brève et (b) les problèmes traités le plus facilement. Les résultats montrent que les problèmes de l'octant «exploitable» s'améliorent le plus souvent, alors que les problèmes dans les octants «dominants», «vindicatifs» et «froids» ne s'améliorent pas aussi facilement. Les styles d'attachement à l'âge adulte ont été examinés (selon un modèle proposé par Bowlby), et différents styles d'attachement correspondaient à différents types de problèmes interpersonnels. Enfin, ces variables étaient liées à la capacité de décrire clairement d'autres personnes. L'article traite également des implications pour une psychothérapie dynamique brève.

#### **56. JONES, E.E. (1993)**

Jones, E. E. (1993). Introduction to Special Section: Single-Case Research in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 371-372.

**Résumé :** En tant que méthode d'investigation, la recherche à partir du cas individuel a été classiquement reléguée au rôle de découverte ou de génération d'hypothèse. Les nouveaux développements de la méthodologie des conceptions intensives de cas individuel ont étendu son applicabilité au test des constructions théoriques cliniques et même à l'identification des relations causales. Une série d'articles illustre de nouveaux développements dans la recherche à partir du cas individuel et son utilisation pour répondre à un large éventail de questions cliniques et de recherche. On a souvent noté que la

recherche en psychothérapie a eu peu d'influence sur la pratique clinique. Les protocoles cas individuel sont plus étroitement liés aux méthodes traditionnelles d'investigation clinique, d'enseignement et d'apprentissage que les études à grands échantillons, et elles sont susceptibles d'avoir une pertinence plus immédiate pour la façon dont l'intervention est menée. Jones et Pulos (1993)

#### **57. JONES, E. E., PULOS, S. M. (1993)**

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.

Résumé : Des rapports d'archives ont été utilisés pour comparer le processus thérapeutique dans 30 thérapies psychodynamiques brèves et 32 thérapies cognitivo-comportementales. Les transcriptions verbales des 186 séances de traitement ont été évaluées avec le Q-set du processus de psychothérapie, conçu pour fournir un langage standard pour la description du processus. Les résultats ont démontré que bien que certaines caractéristiques aient été communes aux deux traitements, il y avait des différences importantes. La thérapie cognitivo-comportementale a favorisé le contrôle des affects négatifs par l'utilisation de l'intellect et de la rationalité, combinée avec un encouragement vigoureux, le soutien et la réassurance des thérapeutes. Dans les psychothérapies psychodynamiques, on a mis l'accent sur l'évocation de l'affect, sur la sensibilisation aux sensations gênantes et sur l'intégration des difficultés actuelles avec l'expérience de vie antérieure, en utilisant la relation thérapeute-patient comme agent de changement. Les préceptes théoriques cliniques sous-jacents aux traitements psychodynamiques ont reçu un soutien considérable. Dans les thérapies cognitivo-comportementales, il y avait des données probantes pour l'importance de stratégies d'intervention développementale, par opposition à des stratégies rationalistes, pour les résultats du traitement.

#### **58. JONES EE, GHANNAM J, NIGG JT ET DYER JFP. (1993)**

Jones, E. E., Ghannam, J., Nigg, J. T., & Dyer, F. P. (1993). A paradigm for single-case research: the time series study of a long-term psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 381-394.

**Résumé.** Cette étude exemplifie clairement un paradigme de la recherche sur cas clinique isolé dans le champ des psychothérapies. Un patient pour lequel le diagnostic de trouble dépressif majeur avait été porté a été reçu pendant deux ans et demi dans le cadre d'une psychothérapie psychodynamique intensive avec séances bihebdomadaires. On enregistre au magnétoscope chaque séance, et on procédait à intervalles réguliers à l'évaluation des changements observés chez le patient. On a utilisé une analyse de séries temporelles pour modéliser les fluctuations du processus psychothérapeutique, afin de prendre en compte le temps et les effets des événements antérieurs et des changements ultérieurs, ce qui permettait ainsi de préserver la signification liée au contexte pour les actions du thérapeute et du patient. Une analyse bidimensionnelle des effets de causalité montre que les processus traduisant une influence thérapeute-

patient sont mutuels et réciproques, et elle suggère le fait que l'impact du patient sur le thérapeute et sur le processus n'a pas été suffisamment explicité dans des modèles antérieurs de processus et de changement. On démontre la capacité des structures intensives de recherche sur le cas clinique de découvrir des effets de causalité dans les psychothérapies.

#### **59. KAZDIN, A. E. (1993)**

Kazdin, A. E. (1993). Evaluation in Clinical Practice: Clinically Sensitive and Systematic Methods of Treatment Delivery. *Behav Ther*, 24, 11-45.

**Résumé.** Le présent article prend le cas individuel pour l'appréciation systématique et l'évaluation dans la pratique clinique. Le but de l'évaluation systématique est d'améliorer les soins aux patients et d'améliorer la base permettant de tirer des conclusions sur le traitement et le changement thérapeutique. Il est souligné que les exigences d'une méthodologie pour la pratique clinique commencent par la priorité donnée aux soins cliniques et à l'amélioration du patient. Le protocole de l'évaluation, et les stratégies d'évaluation des données ainsi que les processus qu'ils reflètent dans le contexte du travail clinique sont décrites. L'évaluation continue des progrès des patients au cours du traitement est soulignée comme l'élément central de l'évaluation systématique. Les implications de l'évaluation pour fixer des objectifs, spécifier les moyens, et prendre des décisions pour augmenter les soins du patient sont également présentés et illustrés. Un travail ultérieur est nécessaire pour élaborer une méthodologie de la pratique clinique. Les objections communes à une évaluation systématique dans le travail clinique et les questions professionnelles qui affectent l'adoption d'une évaluation systématique sont également présentées.

#### **60. MORAS, TELFER ET BARLOW (1993)**

Moras, K., Telfer, L. A., & Barlow, D. H. (1993). Efficacy and specific effects data on new treatments: A case study strategy with mixed anxiety-depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 412-420.

#### **61. SILBERSCHATZ ET CURTIS (1993)**

Silberschatz, G., & Curtis, J. T. (1993). Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic progress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 403-411.

**Résumé :** Cet article décrit les méthodes et les concepts développés par le Mount Zion Psychotherapy Research Group pour évaluer empiriquement la pertinence ou l'adéquation des interventions d'un thérapeute (comportements) aux problèmes, aux besoins et aux objectifs de traitement d'un patient. Les études intensives de 2 cas de psychothérapie sont présentées. Dans ces études, les incidents critiques (tests) initiés par le patient ont été identifiés, la précision spécifique au cas des réponses du thérapeute à ces incidents a été évaluée et l'impact de ces interventions sur le comportement ultérieur du patient a été mesuré. Les résultats indiquent que ces patients ont tendance à montrer une amélioration du processus thérapeutique lorsque les interventions du thérapeute sont en accord avec leurs problèmes particuliers et

leurs objectifs de traitement. L'application de cette méthode aux études cliniquement pertinentes de la psychothérapie est discutée.

#### **62. SPENCE, DAHL ET JONES (1993)**

Spence, D. P., Dahl, H., & Jones, E. E. (1993). Impact of interpretation on associative freedom. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 395-402.

**Résumé :** Soixante-dix séances à partir du cas psychanalytique de Mme C, couvrant tout le traitement, ont été évaluées pour la liberté associative, le nombre d'interventions et divers phénomènes cliniques tels que des éclaircissements, des interprétations, différentes formes de résistance, des manifestations de transfert et équivalentes. La liberté associative a considérablement augmenté au cours du traitement et a été significativement liée au nombre d'interventions de l'analyste par séance. La relation était particulièrement forte dans les dernières étapes du traitement. Trois types spécifiques d'interventions ont permis d'accroître la liberté associative dans les derniers stades de traitement. L'effet de chaque type a influé à la fois sur la séance contenant l'interprétation et sur les 3 séances suivantes. Cet effet de report a été spécifique aux dernières étapes de l'analyse.

#### **63. STILES, W. B., & SHAPIRO, D. A. (1994)**

Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 942-948.

**Résumé.** La métaphore des médicaments suggère que si un composant de processus (par exemple, l'interprétation) est un ingrédient actif d'une psychothérapie réussie, alors son administration à un niveau relativement élevé devrait donner un résultat relativement positif, et que les niveaux de la composante de processus et de résultat doivent être corrélés à travers les patients. Les mesures de cinq composants verbaux théoriquement pertinents du processus, mesurés de manière fiable, ont été comparés avec le taux de changement de trois mesures d'intensité de symptômes classiques à travers les traitements brefs de 39 patients en psychothérapie (principalement déprimés). Les corrélations significatives processus-résultats attendues sont introuvables. Ces résultats sont discutés sur la façon dont ils éclairent certaines hypothèses trompeuses qui sous-tendent de nombreuses études conventionnelles de processus de psychothérapie et de résultats.

#### **64. PIERRREHUMBERT ET AL. 1995**

Pierrehumbert, B., Sieye, A., Zaltzman, V., & Halfon, O. (1995). Entre salon et laboratoire : l'utilisation du « Q-Sort » de Waters et Deane pour décrire la qualité de la relation d'attachement parent-enfant. *Enfance*, 48(3), 277-291.

**Résumé.** Ce texte décrit une adaptation francophone du Q-Sort d'attachement de Waters et Deane. L'ambition de cet instrument est de permettre d'évaluer la qualité de la relation d'attachement du jeune

enfant à ses parents ; il s'agit donc d'une méthode qui se veut une alternative à la fameuse Situation étrange (Strange situation<sup>277</sup>). Un Q-Sort est un type particulier de questionnaire dont les items sont proposés sur des cartes, qu'il s'agit de sérier selon leur degré de pertinence. Cet instrument est destiné à être rempli soit par l'un des parents, soit par toute autre personne proche de l'enfant, ou encore par un observateur extérieur.

#### **65. PIERREHUMBERT ET AL. 1995B**

Pierrehumbert, B., Mühlemann, I., Antonietti, J.-P., Sieye, A., & Halfon, O. (1995). Etude de validation d'une version francophone du « Q-Sort » d'attachement de Waters et Deane. *Enfance*, 48(3), 293-315.

**Résumé.** Ce texte relate l'étude de validation d'une adaptation francophone du Q-Sort d'attachement de Waters et Deane (cette adaptation est présentée dans ce même numéro). Le Q-Sort rempli par les parents ne paraît pas tenir ses promesses de méthode alternative à la *Situation étrange* pour évaluer la qualité de la relation d'attachement. Cependant, lorsqu'il est rempli par un observateur extérieur, il semble mieux refléter la catégorisation des comportements dans la Situation étrange. Au travers du Q-Sort, les parents semblent décrire davantage le tempérament de l'enfant que la qualité de la relation d'attachement.

#### **66. CASTONGUAY, L. G., GOLDFRIED, M. R., WISER, S., RAUE, P. J., & HAYES, A. M. (1996)**

Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wisner, 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.

**Résumé.** La capacité de plusieurs variables de processus de prédire les résultats du traitement a été testée avec 30 patients déprimés qui ont reçu une thérapie cognitive avec ou sans médicament. Deux types de variables de processus ont été étudiées : une variable qui est spécifique à la thérapie cognitive et deux variables que cette approche est supposée partager avec d'autres formes de traitement. Il a été trouvé que l'amélioration des patients était prédite par les 2 facteurs communs mesurés: l'alliance thérapeutique et l'implication émotionnelle du patient (l'expérience). Les résultats ont également indiqué, cependant, qu'un aspect spécifique de la thérapie cognitive (à savoir, l'accent thérapeute sur l'impact des cognitions déformées sur les symptômes dépressifs) était négativement corrélé avec le résultat à la fin du traitement. Les analyses descriptives qui ont été menées pour comprendre cette corrélation négative suggèrent que les thérapeutes ont parfois augmenté leur adhérence à des justifications et des techniques cognitives pour corriger les problèmes dans l'alliance thérapeutique. Cette attention accrue, cependant, semble avoir un effet néfaste sur l'alliance, interférant ainsi avec le changement thérapeutique.

---

<sup>277</sup> Présentation sur YouTube :



#### **67. ELKIN, I., GIBBONS, R. D., SHEA, M. T., & SHAW, B. F. (1996)**

Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., & Shaw, B. F. (1996). Science Is Not a Trial (But It Can Sometimes Be a Tribulation). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 92-103.

**Résumé.** Cet article aborde quelques-unes des questions les plus importantes soulevées par N. S. Jacobson et S. D. Hollon et par D. F. Klein sur les conclusions du programme de recherche concertée sur la Dépression de l'Institut National de Traitement en Santé Mentale (TDCRP). Les questions abordées sont les suivantes: (a) Quelle a été l'efficacité relative des traitements dans le TDCRP pour les patients souffrant d'une symptomatologie dépressive sévère ? (b) Y avait-il des interactions traitement x site de recherche dans les sous-échantillons les plus sévèrement déprimés ? (c) Y avait-il une mise en œuvre adéquate de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et des autres conditions de traitement dans le TDCRP? et (d) Comment les taux de rechute dans la TDCRP se situent-ils par rapport à ceux d'autres études ? Les conclusions actuelles concernant toutes ces questions sont présentées. Pour l'avenir, il est recommandé que, plutôt que de revenir à nouveau sur ces questions, les chercheurs appliquent leurs énergies à la recherche de nouvelles questions à l'aide de la base de données TDCRP disponible.

#### **68. HAYES, CASTONGUAY, GOLDFRIED 1996**

Hayes, A., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1996). The Study of Change in Psychotherapy: A Reexamination of the Process-Outcome Correlation Paradigm. Comment on Stiles and Shapiro (1994). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 909-914.

**Résumé.** W. B. Stiles et D. A. Shapiro (1994) présentent un argument provocateur que le rendement de la recherche de processus a été minime en raison de la dépendance excessive des chercheurs envers la métaphore du médicament et son corollaire, la technique corrélationnelle. Bien que Stiles et Shapiro soulèvent d'excellents points concernant les mauvaises interprétations possibles de la recherche corrélationnelle, leur conclusion selon laquelle le paradigme de la corrélation processus-résultat est biaisé et a survécu, son utilité est questionnée. La thèse de base est que Stiles et Shapiro n'ont pas fourni un test juste du paradigme de corrélation. Les variables de processus utilisées pour tester le paradigme ne possèdent pas la forte base théorique et empirique nécessaire pour soutenir l'hypothèse selon laquelle ils devraient être liés aux résultats. Dans cet article, des exemples sont décrits, de la recherche programmatique de processus qui a utilisé le paradigme de corrélation, ainsi que d'autres méthodes d'enquête, pour faire avancer la compréhension de la façon dont le changement se produit et améliorer l'efficacité du traitement. Il est avancé que la méthode corrélationnelle est un outil utile de découverte et qu'elle a contribué de manière significative à l'avancement du champ lorsque les variables de processus étudiées reposent sur une théorie solide de la recherche.

#### **69. HOWARD, K. I. ETAL (1996)**

Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovitch, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of Psychotherapy: Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress. *American Psychologist*, 15(10), 1059-1064.

**Résumé :** La recherche axée sur le traitement porte sur l'établissement de l'efficacité comparative et de l'efficacité réelle des interventions cliniques, agrégées sur des groupes de patients. Les auteurs présentent et illustrent un nouveau paradigme - la recherche axée sur le patient - qui concerne la surveillance du progrès d'une personne au cours du traitement et la rétroaction de ces informations au praticien, au superviseur ou au gestionnaire de cas.

#### **70. DES NETUMIERES, F. (1997)**

des Nétumières, F. (1997). Méthodes de régression et analyse factorielle. *Histoire & Mesure*, 12(3), 271-297.

**Résumé :** Dans le concert des travaux menés en sociologie, il en est un certain nombre qui s'interrogent sur les méthodologies employées par les chercheurs en sciences sociales. Le présent article a précisément pour dessein d'analyser deux techniques utilisées dans les approches quantitatives en sociologie, à savoir l'analyse factorielle et la régression multiple. Partant du constat qu'il est bien rare que ces deux méthodes soient utilisées conjointement, il cherche à rompre avec le débat qui oppose les tenants de l'une et de l'autre. Après un exposé des principes généraux qui sous-tendent les deux outils, il tente d'en souligner les différences en montrant qu'ils ont pour vocation de répondre à des questions différentes, elles aussi. L'ensemble de l'argumentation est enfin illustré par un exemple, où les mêmes données sont traitées successivement à l'aide de l'une puis de l'autre de ces techniques.

#### **71. KAZDIN, A. E. ETAL (1997)**

Kazdin, A. E., Kraemer, H. C., Kessler, R. C., Kupfer, D., & Offord, D. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clin Psychol Rev*, 17(4), 375-406.

**Résumé.** la recherche facteurs de risque se réfère à l'étude des conditions antérieures et des résultats ultérieurs et à la façon dont ceux-ci sont liés entre eux. La recherche englobe un large éventail de questions et de stratégies de recherche. L'article examine les caractéristiques et les contributions de la recherche facteurs de risque dans le contexte de la psychopathologie développementale. La façon dont les chemins de causalité sont conceptualisés, la capacité d'intégrer de multiples influences, et les applications qui peuvent être tirées des résultats sont discutés. La progression de la recherche est illustrée par rapport aux concepts clés (corrélation, facteurs de risque, marqueur, facteur de risque causal) qui reflètent différents niveaux de compréhension des relations antécédents - résultats. L'identification des relations de cause à effet, les progressions et les chemins au cours du développement et l'interaction de la théorie, de la recherche, et de l'application sont illustrés et discutés.

## **72. HOLMBECK (1997)**

Holmbeck, G. N. (1997). Toward Terminological, Conceptual, and Statistical Clarity in the Study of Mediators and Moderators: Examples From the Child-Clinical and Pediatric Psychology Literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 599-610.

**Résumé.** De nombreuses tentatives récentes pour identifier les effets médiés et modérés dans la recherche clinique de l'enfant et en pédiatrie sur l'adaptation de l'enfant ont été caractérisées par des incohérences terminologiques, conceptuelles et statistiques. Afin de promouvoir une plus grande clarté, les termes de médiation et de modération sont définis et différenciés. Les stratégies statistiques recommandées qui peuvent être utilisées pour tester ces effets sont examinées (à savoir, les techniques de régression multiple et de modélisation par équations structurelles). La distinction entre les effets médiés et indirects est également discutée. Des exemples d'utilisations inadéquates et appropriées de ces termes dans la littérature de la clinique de l'enfant et de la psychologie pédiatrique sont présentés.

## **73. ABLON & JONES (1998)**

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

**Résumé** Cette étude présente une méthodologie innovante pour identifier les ingrédients actifs du processus psychothérapique. Sur la base du Psychotherapy Process Q-set, des comités d'experts ont développé des prototypes de thérapies psychodynamiques et cognitivo-comportementales. Les prototypes ont servi à l'évaluation du degré de congruence entre 3 échantillons de traitements archivés et les prototypes. Le degré d'adhésion des traitements aux prototypes a été mesuré quantitativement et corrélé avec les résultats des traitements. Le prototype psychodynamique établi par les experts s'est avéré corrélé de manière significative avec une issue positive dans les deux types de traitement, aussi bien psychodynamique que cognitivo-comportemental, le prototype cognitivo-comportemental dans aucun des deux types de thérapie.

## **74. BORKOVEC & CASTONGUAY (1998)**

Borkovec, T. D., & Castonguay, L. G. (1998). What Is the Scientific Meaning of Empirically Supported Therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 136-142.

**Résumé :** Il est important de définir précisément ce qu'est et ce que ne signifie pas « traitements soutenus empiriquement », rigoureusement que la base de ce qui est réellement connu à propos de la nature de la recherche thérapeutique expérimentale. Les critères des traitements soutenus empiriquement ne permettent que de conclure que les traitements entraînent une modification au-delà de l'effet causal de facteurs tels que le placebo ou le passage du temps. Les implications appliquées sont limitées, en raison de la validité externe et du fait que les décisions appliquées sont influencées par des analyses coûts-bénéfices. La création de thérapies de plus en plus efficaces grâce à des comparaisons entre groupes est le mieux fait

par des essais contrôlés visant spécifiquement à des questions de base sur la nature des problèmes psychologiques et la nature des mécanismes de changement thérapeutique. La recherche naturaliste est importante pour la validité externe, mais elle est précieuse seulement si elle utilise des méthodes scientifiquement valides pour aborder les questions fondamentales de la connaissance.

#### **75. BRENT ET KOLKO (1998)**

Brent, D. A., & Kolko, D. J. (1998). Psychotherapy : Definitions, Mechanisms of Action, and Relationship to Etiological Models. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 17-25.

**Résumé.** Dans cet article, les auteurs définissent la psychothérapie comme une modalité de traitement dans lequel le thérapeute et le(s) patient(s) travaillent ensemble pour améliorer les conditions psychopathologiques et la déficience fonctionnelle en mettant l'accent sur la relation thérapeutique ; les attitudes, les pensées, l'affect, et le comportement du patient ; ainsi que le contexte et le développement social. Les mécanismes d'action possibles et les ingrédients actifs de la psychothérapie chez les enfants et les adolescents sont discutés, en mettant l'accent sur les domaines mentionnés ci-dessus. La littérature de la psychothérapie adulte soutient fortement le rôle central de la relation thérapeutique et de l'empathie thérapeutique ; cela a été beaucoup moins intensivement exploré dans la littérature portant sur la psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent. De même, il y a eu peu d'études sur la médiation des effets du traitement par impact sur des domaines spécifiques. Idéalement, les études de traitement devraient recueillir des données qui peuvent être informatives sur l'impact de la médiation potentielle et de la modération des variables psychosociales et biologiques sur le cours et les résultats de la psychothérapie. Les résultats de ces études peuvent aider à réaliser d'autres améliorations dans, à la fois les théories de l'étiologie et l'amélioration des traitements pour les enfants et les adolescents. [Cet article est accompagné de 2 figures]

#### **76. CHAMBLESS, D. L., & HOLLON, S. D. (1998)**

Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.

**Résumé :** Un schéma est proposé pour déterminer quand un traitement psychologique pour un problème ou un trouble spécifique peut être considéré comme établi en efficacité ou comme étant éventuellement efficace. L'importance de la réplication indépendante avant qu'un traitement soit établi en efficacité est soulignée, et un certain nombre de facteurs sont élaborés qui doivent être évalués en évaluant si les études soutenant l'efficacité d'un traitement sont saines. Il est suggéré que, lors de l'évaluation des avantages d'un traitement donné, le plus grand poids devrait être accordé aux essais d'efficacité, mais que ces essais devraient être suivis par des recherches sur l'efficacité dans des milieux cliniques, avec différentes populations et par des recherches coût-efficacité.

### **77. EDDY, DISHION, STOOLMILLER (1998)**

Eddy, J. M., Dishion, T. J., & Stoolmiller, M. (1998). Analysis of Intervention Change in Children and Families: Methodological and Conceptual Issues Embedded in Intervention Studies. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 53-69.

**Résumé :** Cet article donne un aperçu des questions méthodologiques et conceptuelles sous-jacentes à l'évaluation du changement pendant la psychothérapie avec les enfants et les familles. Trois considérations centrales sont discutées: (1) Quels changements mesure-t-on? (2) Quand mesurons-nous le changement? (3) Comment mesurons-nous le changement? Les difficultés liées aux méthodes traditionnelles d'évaluation du changement sont mises en évidence et des suggestions pour un nouveau paradigme qui appelle à l'expansion du réseau nomologique pertinent à l'analyse du changement ainsi que l'inclusion de plus de temps d'évaluation et des mesures plus fiables et valables du processus de changement. Des exemples de points clés sont fournis par le Programme de transition des adolescents, un programme d'intervention théorique ciblant les jeunes à haut risque.

### **78. EYBERG, SCHUHMAN, REY (1998)**

Eyberg, S. M., Schuhmann, E. M., & Rey, J. (1998). Child and Adolescent Psychotherapy Research: Developmental Issues. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 71-82.

**Résumé:** Cet article décrit les problèmes de développement qui posent des défis actuels au design d'investigation sur les résultats du traitement avec les enfants et les adolescents. Le développement de l'enfance normale et le développement de troubles de l'enfance sont discutés en utilisant le modèle transactionnel du développement. Les défis dans la prise de décision de diagnostic, le choix du régime de traitement le plus approprié, et les méthodes de mesure, sont mises au premier plan. La reconnaissance de la nécessité d'étudier les traitements des enfants par des périodes de suivi à long terme souligne la nécessité de résolution de ces problèmes de développement.

### **79. HIBBS, E. (1998)**

Hibbs, E. (1998). Improving Methodologies for the Treatment of Child and Adolescent Disorders: Introduction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 1-6.

**Résumé :** Ce numéro spécial est issu d'un atelier parrainé par l'Institut national de la santé mentale, la Fondation MacArthur et le Consortium d'intervention psychosociale de l'enfant et de l'adolescent. Les buts de l'atelier sont décrits. Le contenu du numéro spécial est ensuite décrit: les définitions de la psychothérapie et ses mécanismes d'action, les questions liées au développement dans la recherche en psychothérapie, les méthodologies pour le traitement des jeunes anxieux, la mesure du changement dans les interventions, la prédiction des résultats du traitement et l'avancement de l'efficacité potentielle et de l'efficacité réelle des traitements psychosociaux. Enfin, certains domaines sont discutés qui devront être abordés à l'avenir,

comme la recherche sur le processus, les effets de la comorbidité sur les résultats, l'intensité et la durée et la transférabilité des traitements.

**Commentaire :** Éditorial très complet, avec présentation des articles composant le numéro spécial.

#### **80. KAZDIN & KENDALL (1998)**

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.

**Résumé :** Après examen des conclusions et des implications des articles de ce numéro spécial. Les traitements peuvent être différenciés sur leur base empirique et, pour les problèmes examinés, on peut identifier les traitements de choix. Afin de tirer parti des avancées documentées, les auteurs fournissent un plan directeur pour le progrès de la recherche thérapeutique. Le plan directeur met l'accent sur une série d'étapes qui impliquent la conceptualisation de la dysfonction clinique et le traitement, une recherche soutenant sur ces vues conceptuelles, la spécification minutieuse du traitement, l'évaluation des résultats du traitement, et des tests des médiateurs et des modérateurs de traitement. Pour améliorer la recherche, les auteurs recommandent d'étendre l'évaluation; d'aborder un large éventail de questions sur le traitement; la présence de mesures de signification clinique, la réplication des principaux résultats et le caractère transposable des résultats à des situations cliniques axées sur les services.

#### **81. KENDALL & FLANNERY-SCHROEDER (1998)**

Kendall, P. C., & Flannery-Schroeder, E. C. (1998). Methodological Issues In Treatment Research for Anxiety Disorders in Youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 26(1), 27-38.

**Résumé :** Cet article identifie et aborde trois domaines méthodologiques pertinents pour le traitement des troubles anxieux chez les jeunes : (a) les questions de procédure, (b) l'évaluation de la détresse anxieuse, (c) l'analyse des changements produits par le traitement. Les sujets de procédure comprennent la nécessité de réaliser un manuel du traitement, qu'il y ait une diversité entre les participants et la possibilité de comparer la durée des conditions de traitement et de contrôle, et le contrôle du statut de la médication. Les questions liées à une méthode multiple de mesure comprennent les rapports des enfants et des parents, les observations et les entretiens structurés. Notre examen des questions concernant le changement traite de la comorbidité, de l'analyse de l'intention de traiter de l'échantillon, des retombées du traitement et de la signification clinique et statistique. Les problèmes sont identifiés et des stratégies d'amélioration possibles sont offertes.

#### **82. MARCH & CURRY (1998)**

March, J. S., & Curry, J. (1998). Predicting the Outcome of Treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 39-51.

**Résumé:** La question clinique « Quel(s) traitements pour quels patients avec quel sous-groupe de caractéristiques fonctionnant par quel(s) mécanismes ? » - constitue le coeur des thérapies différentielles. Expérimentalement, cette question se réduit à une étude du point suivant lequel nous pouvons prévoir les résultats du traitement en utilisant les conditions de traitement plus d'autres variables de modulation et de médiation. Reflétant les discussions tenues à une récente conférence de l'Institut National de Santé Mentale (NIMH) sur les traitements psychosociaux, et utilisant les troubles anxieux pédiatriques à titre d'exemple, les auteurs discutent le problème de la prévision dans les études de résultats des traitements du point de vue de la définition des termes, en utilisant le modèle linéaire général de prévision. Ils décrivent également des types particuliers d'études qui peuvent être utiles dans le test des facteurs prédictifs potentiels, et proposons une matrice possible de variables prédictives telles que celles actuellement mises en application dans une étude de résultat, financée par le NIMH, du traitement du trouble obsessionnel compulsif pédiatrique (OCD). Les auteurs concluent en faisant des suggestions spécifiques pour mettre en application une approche plus large de l'étude des facteurs prédictifs.

### **83. STILES, W. B., HONOS-WEBB, L., & SURKO, M. (1998).**

Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439-458.

**Résumé :** L'interaction humaine, y compris dans la psychothérapie, répond systématiquement. Le comportement des thérapeutes et des patients est influencé par le contexte émergent, y compris la perception des caractéristiques et du comportement de chacun. La rétroaction et l'influence mutuelle se produisent sur un large éventail d'échelles de temps, y compris l'affectation du traitement, la stratégie et la tactique, et même au sein de la délivrance des interventions. Par conséquent, la recherche qui suppose des relations linéaires entre les variables psychothérapeutiques peut ne pas être digne de confiance. Le concept de réceptivité aide à montrer comment les caractéristiques du patient, les caractéristiques du thérapeute et les composantes du processus peuvent être importantes dans la psychothérapie, malgré le manque de relations linéaires avec les résultats. Les stratégies de recherche qui intègrent la réceptivité comprennent l'utilisation de mesures d'évaluation, d'approches systémiques et d'approches qualitatives et narratives.

### **84. FRANCIS, CHAMPAGNE, LIU & MEANEY (1999)**

Francis, D. D., Champagne, F. A., Liu, D., & Meaney, M. J. (1999). Maternal Care, Gene Expression, and the Development of Individual Differences in Stress Reactivity. *Ann N Y Acad Sci.*, 896, 66-84.

**Résumé.** La qualité de la vie familiale influence le développement des différences individuelles dans la vulnérabilité à la maladie au cours de la vie ultérieure. Comme adultes, les victimes durant l'enfance d'une agression physique ou sexuelle sont à risque considérablement plus grand pour les maladies mentales, aussi bien que pour le diabète et les maladies cardiaques. Les enfants n'ont pas besoin d'être battus pour être compromis. Une négligence émotionnelle persistante ou des conditions de discipline violentes et

inconsistantes servent à accroître le risque de dépression et de troubles anxieux à un niveau comparable à celui observé dans les cas d'abus. C'est ainsi que, dans certains résultats, les conséquences d'une négligence persistante excèdent celle de l'abus.

#### **85. GOLDFRIED, BORKOVEC, CLARKIN ET AL. (1999)**

Goldfried, M. R., Borkovec, T. D., Clarkin, J. F., Johnson, L. D., & Parry, G. (1999). Toward the Development of a Clinically Useful Approach to psychotherapy Research. *Psychotherapy in Practice*, 55(11), 1385-1405.

**Résumé :** Le mouvement controversé vers le développement d'un consensus sur les thérapies fondées ou soutenues par des données empiriques peut être considéré comme une crise internationale face aux psychothérapeutes. Les chercheurs se plaignent depuis longtemps que les thérapeutes en exercice continuent trop souvent à guider ce qu'ils font sur le plan thérapeutique sur la base de leur expérience clinique et non des résultats de recherche disponibles. Depuis longtemps, les thérapeutes praticiens se plaignent que la recherche sur la thérapie ne ressemble en rien à ce qui se passe dans la pratique clinique et que les rapports de recherche sont rédigés pour d'autres chercheurs et non pour les cliniciens. Dans l'espoir de transformer notre crise actuelle en opportunité, ce panel a impliqué un dialogue qui a été conçu pour combler cette lacune de la recherche clinique.

#### **86. KAZDIN (1999)**

Kazdin, A. E. (1999). Current (lack of) status of theory in child and adolescent psychotherapy research. *J. Clin. Child. Psychol.*, 28, 533-543.

**Résumé :** Cet article examine les questions fondamentales soulevées par la recherche actuelle sur la psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, notamment la négligence de la théorie dans la recherche en psychothérapie, la distinction entre les théories de l'apparition du dysfonctionnement et du changement thérapeutique et la progression de la connaissance de la description à l'explication et des facteurs de risque aux agents causals. Les relations complexes entre les influences et les résultats cliniques proposés et les contraintes des modèles statistiques actuels illustrent les principaux défis pour comprendre la nature des troubles cliniques et le changement thérapeutique. Il est nécessaire d'accorder beaucoup plus d'attention à la compréhension de la manière dont le traitement permet de réaliser des changements thérapeutiques, non seulement pour combler les lacunes visibles de la base de connaissances, mais aussi pour optimiser les effets du traitement dans le travail clinique.

#### **87. KAZDIN, A. E. (1999)**

Kazdin, A. E. (1999). The Meanings and Measurement of Clinical Significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 332-339.



**Résumé.** Les précédents articles de cette section spéciale montrent l'importance d'évaluer la signification clinique du changement thérapeutique, présentent les mesures clés et les voies innovantes dans lesquelles elles sont appliquées ; de façon plus générale, ils fournissent des orientations importantes pour évaluer le changement thérapeutique. Les questions fondamentales soulevées par le concept de signification clinique et les méthodes décrites dans les articles précédents servent de base aux présents commentaires. Parmi ces questions, les plus saillantes sont les ambiguïtés concernant le sens des mesures actuelles de signification clinique, l'importance d'associer l'évaluation de la signification clinique aux objectifs de la thérapie, et l'évaluation du/des construit (s) que la signification clinique reflète. Les directions de recherche qui sont abordées comprennent l'élaboration d'une typologie des objectifs thérapeutiques, l'évaluation des scores de coupure, les seuils de signification clinique, et la participation au social ainsi qu'à l'impact clinique du traitement.

#### **88. KOPTA, LUEGER, SAUNDERS ET HOWARD (1999)**

Kopta, S. M., Lueger, R. J., Saunders, S. M., & Howard, K. I. (1999). Individual psychotherapy outcome and process research: Challenges Leading to Greater Turmoil or a Positive Transition ? *Annual Review Psychol.*, 50, 441-469.

**Résumé.** La psychothérapie est confrontée à des défis qui se rapportent à l'émergence de soins gérés en santé, la possibilité d'un système national de gestion des soins en santé (*National Health Care System*), et aux progrès de la psychiatrie biologique. Ces situations ont créé une pression pour obtenir une évaluation plus précise de l'efficacité psychothérapeutique. Il a été prouvé que la psychothérapie était généralement efficace; cependant, il existe une incertitude quant à pourquoi elle l'est. Le champ connaît actuellement une agitation apparente dans trois domaines: (a) le développement de la théorie de l'efficacité psychothérapeutique, (b) le design de la recherche, et (c) la technique de traitement. Ce chapitre examine la dynamique au sein de chacun de ces domaines et met en évidence les progrès réalisés dans le traitement des troubles mentaux. Nous concluons que les progrès récents dans la conception (*design*) de la recherche peuvent fournir une transition qui rendra la psychothérapie plus proche de devenir un paradigme unifié avec une théorie acceptable de l'efficacité.

#### **89. BARBER ET AL (2000)**

Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1027-1032.

**Résumé :** Les auteurs ont examiné les relations entre l'alliance thérapeutique, les résultats et l'amélioration symptomatique précoce chez un groupe de 86 patients atteints de troubles anxieux généralisés, de dépression chronique ou de trouble de la personnalité évitante ou obsessionnelle-compulsive qui ont reçu une psychothérapie dynamique de soutien et d'expression. Bien que l'alliance aux séances 5 et 10, mais pas à la séance 2, ait été associée à un changement préalable de la dépression,

l'alliance à toutes les séances a prédit de manière significative un changement subséquent de la dépression lorsque le changement antérieur de dépression était partiel. Les résultats sont discutés en fonction du rôle causal de l'alliance dans les résultats thérapeutiques.

#### **90. FISHMAN (2000)**

Fishman, D.B. Transcending the efficacy versus effectiveness research debate: proposal for a new, electronic « Journal of Pragmatic Case Studies ». *Prev Treat* 2000 ; 3 (<http://journals.apa.org/prevention/volume3/toc-may03-00.html>).

**Résumé** : La lutte de pouvoir entre les modèles d'efficacité réelle et d'efficacité potentielle dans la recherche en psychothérapie a atteint une impasse, et le temps est venu pour des idées fondamentalement nouvelles. Cet article propose une manière de sortir de cette impasse : il s'agit d'adopter un nouveau paradigme, une psychologie pragmatique centrée sur les cas, qui, tout en étant profondément et intrinsèquement différente, contient de manière intégrative des éléments issus à la fois de l'approche de «l'efficacité réelle» et de l'approche de «l'efficacité potentielle», et que l'on peut regarder comme étant plutôt complémentaire à ces approches au lieu d'être concurrentielles. Ancré dans le pragmatisme philosophique, et d'après la méthode de recherche centrée sur le patient de K.I. Howard, le nouveau paradigme de la psychologie pragmatique nécessite le développement de bases de données d'études de cas systématiques, rigoureuses, et centrées sur les solutions, de programmes de services de tous types, y compris la psychothérapie. Cet article propose qu'une manière idéale de réaliser un test pilote du paradigme de la psychologie pragmatique serait que *l'American Psychological Association* soutienne un nouveau journal électronique, le « Journal des Etudes Pragmatiques de Cas», qui pourrait démarrer en se focalisant sur la psychothérapie. La nature, la structure et les usages universitaires et pratiques d'un tel journal sont définis.

**Commentaire** : *Pragmatic case studies in psychotherapy* est publié régulièrement depuis 2005, avec 4 numéros par an. <http://pcsp.libraries.rutgers.edu/index.php/pcsp/index>

#### **91. JONES, R. E. (2000)**

Jones, E. E. (2000). *The Psychotherapy Process Q-set (PQS) Coding Manual*. in *Therapeutic Action* (pp. 315-361). Northvale, New Jersey London: Jason Aronson Inc.

#### **92. KAZDIN, A. E. (2000)**

Kazdin, A. E. (2000). Developing a new research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 57(9), 829-835.

**Résumé** : La thérapie de l'enfant et de l'adolescent a progressé considérablement, comme en témoigne le nombre d'études contrôlées, la qualité méthodologique et l'identification de traitements empiriques. Néanmoins, la recherche n'est pas susceptible de faire des progrès significatifs, à la lumière de la manière dont le traitement est étudié et de l'accent mis sur les questions techniques. Cet article soulève

trois questions: Quels sont les objectifs de la psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent ? Quel type de recherche est nécessaire pour atteindre ces objectifs ? Comment pouvons-nous déterminer si nous progressons vers les objectifs ? Cet article fournit un plan pour faire progresser la recherche qui (1) met l'accent sur la compréhension des mécanismes ou des processus par lesquels le changement thérapeutique se produit, (2) s'appuie sur la recherche en psychopathologie du développement pour informer le traitement, (3) élargit la gamme des questions qui guident la recherche thérapeutique, (4) élabore les résultats multiples du traitement sur lesquels fonder des conclusions. Des recommandations sont faites à la fois pour élaborer le programme de recherche et pour évaluer les progrès réalisés.

### **93. AUDIN, MELLOR-CLARK, BARKHAM, M. ET AL. (2001)**

Audin K., Mellor-Clark J., Barkham M., et al. (2001), Practice research networks for effective psychological therapies, *Journal of Mental Health*, n° 10 (3), p. 241-251.

### **94. BORKOVEC, ECHEMENDIA, RAGUSEA & RUIZ (2001)**

Borkovec, T. D., Echemendia, R. J., Ragusea, S. A., & Ruiz, M. (2001). The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 155-168.

**Résumé** : Le présent article décrit le développement et la mise en œuvre du Réseau de recherche sur la pratique en Pennsylvanie pour faciliter la recherche en psychothérapie dans le contexte naturaliste. Les méthodes et les résultats de ce projet pilote de phase I fournissent une base pour discuter des limites qui caractérisent les investigations sur l'efficacité, pourquoi elles sont insuffisantes pour répondre aux questions de la société sur l'efficacité thérapeutique, mais pourquoi elles sont utiles pour établir une infrastructure préliminaire, scientifiquement rigoureuse des investigations Phase II qui peuvent considérablement augmenter notre connaissance empirique et appliquée sur la psychothérapie. Enfin, les problèmes et les obstacles découverts dans cette enquête pilote et les moyens possibles de surmonter ces obstacles sont discutés.

### **95. BLOMBERG, LAZAR & SANDELL (2001)**

Blomberg, J., Lazar, A., & Sandell, R. Long-term outcome of longterm psychoanalytically oriented therapy : first finding of the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis study. *Psychotherapy Research*, 11(361-382).

**Résumé** : La pénurie de résultats sur l'efficacité de la psychothérapie à long terme en psychothérapie et en psychanalyse est un problème, du moins dans les pays où ces traitements sont le traitement général de choix. Dans cette étude, un échantillon de 405 patients à divers stades avant, pendant et après traitement a été tiré d'une population de 1 200 patients qui avaient reçu ou étaient en attente d'une psychothérapie psychiatrique ou psychanalytique subventionnée publique à long terme ou en psychanalyse. La durée moyenne était de 40 mois pour les psychothérapies et de 51 mois pour les psychanalyses. Tous les patients

ont rempli un questionnaire, y compris Symptom Checklist-90 (SCL-90), l'échelle Sense of Coherence (SOCS) et l'échelle d'ajustement social (SAS), à 3 reprises avec des intervalles de 12 mois. À l'aide d'une conception partiellement interne et entre sujets, les moyennes de groupe ont été régressés sur une échelle de temps ordinaire couvrant 7 étapes du processus de traitement: avant, au début, pendant, tard, peu de temps après, après et tard après traitement. Les pentes ont indiqué une taille d'effet faible à modérée ( $d = 0.4-0.6$ ) pour la psychothérapie et des tailles d'effet modérées à très importantes ( $d = 0.4-1.5$ ) pour la psychanalyse. Les effets les plus importants se sont situés au niveau de la SCL-90 et le plus bas sur le SAS pour les deux groupes. Les proportions de patients ayant des scores plus «sains» par rapport aux 10% les moins marquants dans un groupe de normalisation non clinique ont augmenté d'environ 30% à 55% dans le groupe de la psychothérapie et de 10% à 75% dans le groupe de la psychanalyse. Les résultats soulignent l'importance d'un suivi à long terme lors de l'évaluation des traitements à long terme.

#### **96. STILES (2001)**

Stiles, T. C. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 462-465.

**Résumé:** Le modèle d'assimilation offre une approche pour personnaliser la relation thérapeutique. La recherche sur l'assimilation a permis de suivre des expériences problématiques (p.e., des relations destructrices ou des souvenirs traumatiques) au cours des séances de thérapie et a décrit une séquence de 8 stades ou niveaux d'assimilation de l'expérience problématique, depuis la dissociation ou le refus jusqu'à la compréhension et l'intégration. Cet article passe en revue certaines recherches sur le modèle d'assimilation et en discute les limites. Les thérapeutes peuvent utiliser ce modèle pour évaluer le niveau actuel d'assimilation d'un problème et pour faciliter son passage au niveau suivant.

#### **97. KAZDIN, A. E. (2001A)**

Kazdin A.E.. Bridging the enormous gaps of theory with therapy research and practice. *J. Clin. Child. Psychol.* 2001 ; 30 : 59-66

**Résumé:** Transmettre des progrès remarquables dans la recherche de résultats thérapeutiques et illustrer la façon dont les chercheurs de pointe relient les interventions à des vues conceptuelles sur la thérapie. Ces commentaires portent sur la distinction entre les conceptions conceptuelles générales et la théorie des processus de changement thérapeutique. Bien qu'il y ait des explications de pourquoi un traitement semble raisonnable, il y a très peu de théorie vérifiable ou de test de théorie dans la recherche thérapeutique. Le rôle, l'importance et la rareté de la théorie dans la recherche sur la psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent sont décrits, soulignés et déplorés respectivement dans ces commentaires. Des recommandations sont faites pour aller vers l'objectif de cette série, à savoir de combler le fossé entre la théorie et la pratique clinique, mais aussi l'écart entre la recherche théorique et thérapeutique.

### **98. KAZDIN (2001B)**

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.

**Résumé** : Le modèle d'étape de la recherche en thérapie se concentre sur le développement du traitement à partir d'un travail pilote, par des essais cliniques contrôlés randomisés, jusqu'à des tests en milieu clinique. Un but du modèle est de développer des traitements efficaces qui peuvent être utilisés cliniquement. Les présents commentaires commencent par un objectif similaire, mais mettent l'accent sur l'importance d'un programme plus large visant à comprendre la thérapie. Une thèse centrale est que le développement de traitements efficaces dépend fortement des investigations portant sur des questions scientifiques essentielles; notamment, quels sont les mécanismes par lesquels la thérapie opère et dans quelles conditions une thérapie est-elle susceptible d'être efficace et pourquoi ? Les commentaires plaident en faveur d'un portefeuille de recherche qui porte sur un plus large éventail de questions et englobe des méthodes d'évaluation du traitement plus diversifiées. L'étendue et la diversité ne sont pas des fins en soi, mais il sera essentiel d'obtenir les connaissances nécessaires pour effectuer des changements optimaux dans les applications cliniques du traitement.

### **99. KRAEMER, STICE, KAZDIN, OFFORD, KUPFER (2001)**

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.

**Résumé.** *Objectif* : les auteurs ont développé une base méthodologique pour rechercher comment les facteurs de risque travaillent ensemble. De meilleures méthodes sont nécessaires pour comprendre *l'étiologie* des troubles, tels que les syndromes psychiatriques, que l'on présume être le résultat de chaînes causales complexes. *Méthode* : les approches de la psychologie, de l'épidémiologie, des essais cliniques, et des sciences fondamentales ont été synthétisées. *Résultats* : les auteurs définissent conceptuellement et de façon opérationnelle cinq façons cliniques importantes différentes dans lesquelles les facteurs de risque peuvent travailler ensemble pour influencer un résultat : par procuration (proxy), en se chevauchant, comme facteurs de risque indépendants, et comme médiateurs et modérateurs. *Conclusion* : la classification de ces facteurs de risque potentiels en ces types qualitativement différents peut aider à identifier les personnes à haut risque en besoin d'interventions préventives et peut aider à informer sur le contenu de telles interventions. Ces méthodes peuvent aussi aider à relier les fossés entre la théorie, les sciences fondamentales et les sciences cliniques, ainsi que les applications de santé publique et cliniques. Elles aideront ainsi la recherche de diagnostics précoces et celle d'interventions hautement efficaces de prévention et de traitement.

**100. LUEGER ET AL (2001)**

Lueger, R. J., Howard, K. I., Martinovich, Z., & Grissom, G. R. (2001). Assessing treatment progress with individualized models of predicted response. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 150-158.

Résumé : Le modèle de dosage fournit une estimation normative du modèle général d'amélioration du patient en psychothérapie. Le modèle de phase spécifie davantage les modèles de changement dans les domaines du bien-être subjectif, de l'assainissement des symptômes et du fonctionnement. L'approche de réponse au traitement attendue (ETR) utilise les caractéristiques du patient pour prédire un chemin de progression attendu pour chaque patient. Avec les mesures répétées de l'état de santé mentale, les progrès du traitement d'un patient individuel peuvent être évalués par rapport à l'ETR du patient pour appuyer les décisions qui amélioreraient la qualité d'un service clinique pendant sa transmission.

**101. MCLEOD, J. (2001)**

McLeod, J. (2001). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. London, Sage Publications Ltd.

**102. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2002)**

American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist, 57*(12), 1052-1059.

**Résumé** : Ce document présente un ensemble de critères destinés à être utilisés dans l'évaluation des recommandations de traitement qui ont été promulguées par des organisations de soins de santé, des organismes gouvernementaux, des associations professionnelles ou d'autres entités (note 1). Bien que développés à l'origine pour les interventions de santé mentale, les critères présentés sont également applicables à d'autres domaines des services de santé. Deux facteurs ont mobilisé cet effort de l'*American Psychological Association* (APA) de créer une base politique d'évaluation des recommandations. Tout d'abord, des recommandations de qualité variable, à partir de sources à la fois publiques et privées, ont proliféré. Deuxièmement, l'intérêt et l'expertise pour les questions méthodologiques au sein de la profession de la psychologie fait qu'il est probable que l'APA peut apporter une contribution utile à l'évaluation des recommandations de traitement.

**103. ABLON, J.S., JONES, E. E. (2002)**

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

Résumé : Objectif: Cette recherche s'étend sur une série d'études qui ont examiné le processus de psychothérapie. Les auteurs ont émis l'hypothèse que les schémas manuels de psychothérapie comparés

dans un essai clinique contrôlé se chevaucheraient considérablement en processus et en technique et que des stratégies d'intervention communes aux deux traitements seraient responsables de la promotion du changement de patient. Méthode: Les thérapeutes experts ont développé des prototypes des schémas idéaux de thérapie psychothérapeutique interpersonnelle et de thérapie cognitive à l'aide du Questionnaire de processus psychothérapeutique Q-Set, un instrument conçu pour fournir un langage standard pour décrire les processus de traitement. Un ensemble distinct de juges cliniques a ensuite utilisé le Questionnaire de Processus Psychothérapeutique pour coter les transcriptions réelles des séances de psychothérapie interpersonnelle et de thérapie cognitivo-comportementale menées dans le cadre du programme de recherche collaborative de traitement de la dépression NIMH. Les prototypes experts ont ensuite été comparés à la thérapie réelle administrée afin de déterminer dans quelle mesure chaque forme de thérapie était conforme à son prototype idéal. Résultats: Les séances de psychothérapie interpersonnelle et de thérapie comportementale cognitive ont adhéré le plus fortement au prototype idéal de la thérapie cognitivo-comportementale. En outre, l'adhésion au prototype de thérapie cognitivo-comportementale a donné des corrélations plus positives avec les mesures de résultat dans les deux types de traitement. CONCLUSIONS: S'appuyer sur les noms de marque de la thérapie peut être trompeur. Ces résultats suggèrent que le principe fondamental des essais cliniques contrôlés (c'est-à-dire que les interventions comparées représentent des traitements séparés et distincts) n'ont peut-être pas été satisfaits dans le programme de recherche collaborative de traitement de la dépression NIMH. Les implications de ces résultats pour l'utilisation d'essais cliniques contrôlés pour étudier la psychothérapie sont discutées.

#### **104. JACQUE ET THURIN (2002)**

Jacque, C., & Thurin, J. M. (2002). Stress, Immunité et Physiologie du système nerveux. *Médecine/Sciences, 18*, 1160-1166.

**Résumé :** Accompagnant depuis la nuit des temps la vie des hommes le stress n'apparaît pas sans conséquences sur leur état de santé. Le rôle des peurs, des émotions et des contraintes prégnantes dans l'apparition de maladies organiques ou psychiques a, depuis longtemps, fait l'objet d'observations cliniques. Les progrès récents des neurosciences et l'identification de mécanismes moléculaires communs aux systèmes nerveux et immunitaire offrent des pistes de recherches ou, du moins, indiquent des directions à prendre. En particulier celles des voies biologiques communes impliquées dans différents types de stress, psychologique, traumatique, endotoxique ou infectieux, dont les effets peuvent se conjuguer et se renforcer. Nous avons fait le choix des cytokines, molécules par excellence de l'immunité mais aussi présentes dans le cerveau ainsi que leurs récepteurs, pour illustrer l'existence de supports moléculaires aux interactions entre stress, immunité et maladies mentales. Ce thème, déjà abordé par d'autres, est généralement traité par des neurobiologistes pour des neurobiologistes. Nous avons souhaité que cet article s'adresse plus particulièrement à ceux, médecins, psychiatres ou étudiants en psychologie et d'autres pour qui le monde des molécules paraît bien éloigné du psychisme.

#### 105. [KRAEMER ET AL. \(2002\)](#)

Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and Moderators of Treatment Effects in Randomized Clinical Trials. *Archives General Psychiatry*, 59, 877-883.

**Résumé.** Les essais contrôlés randomisés (ECRs) ne sont pas seulement le gold standard pour évaluer l'efficacité potentielle et l'efficacité réelle des traitements psychiatriques, mais ils sont aussi valables pour révéler les modérateurs et les médiateurs du changement thérapeutique. Du point de vue conceptuel, les modérateurs identifient pour qui et dans quelles circonstances les traitements ont des effets différents. Les médiateurs identifient pourquoi et comment les traitements ont des effets. Les auteurs décrivent un cadre d'analyse pour identifier et distinguer les modérateurs et les médiateurs dans les ECRs quand les résultats sont mesurés sur un mode dimensionnel. Un rapide progrès dans l'identification des traitements les plus efficaces et la compréhension de pour qui les traitements marchent ou ne marchent pas dépend des efforts réalisés pour identifier les modérateurs et les médiateurs de résultats du traitement. Nous recommandons que les ECRs incluent en routine de telles analyses et les rapportent.

#### 106. [LAMPPOULOS ET AL. \(2002\)](#)

Lampropoulos, G. K., Goldfried, M. R., Castonguay, L. G., Lambert, M. J., Stiles, W. B., & Nestoros, J. N. (2002). What kind of research can we realistically expect from the practitioner? *J Clin Psychol*, 58(10), 1241-1264.

**Résumé :** Cet article tente de revitaliser le modèle scientifique-praticien de la psychothérapie en se concentrant sur la composante de recherche du modèle. Plus précisément, il prend un regard réaliste sur les types de recherche qui peuvent être effectués par les cliniciens dans un effort pour les motiver à s'engager régulièrement dans la recherche clinique. À cette fin, cinq scientifiques expérimentés explorent les avantages, les inconvénients et le potentiel de la recherche initiée par les praticiens. Les problèmes et les solutions à cette recherche sont discutés et des recommandations sont proposées.

#### 107. [LUTZ, W. \(2002\)](#)

Lutz W. Patient focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice. *Psychotherapy Research* 2002 ; 12(3) 251-272

**Résumé.** Des cliniciens, des centres ambulatoires et des cliniques dans le monde entier recueillent de façon systématique des données au cours de psychothérapies, y compris des catamnèses, pour justifier des procédures « porte drapeau » pour des cas individuels. Un des buts est d'obtenir des évaluations objectives de la qualité du cas et des programmes à la terminaison des traitements. Un autre est d'employer l'information sur le processus, les résultats et la catamnèse pour soutenir des décisions cliniques au début, pendant et après les traitements. Ces données, qui sont des produits latéraux du travail clinique, peuvent être utiles dans la perspective d'une stratégie centrée sur le patient dans la recherche en psychothérapie.



L'auteur présente la recherche en psychothérapie centrée sur le patient comme une stratégie alternative par rapport à la recherche d'efficacité et d'effectivité. Il décrit également deux exemples qui illustrent la prédiction individuelle du progrès thérapeutique et le développement de règles de décisions significatives pour le traitement, qui servent d'information pour la pratique clinique en cours.

#### **108. [NIMH \(2002\)](#)**

NIMH (2002). *Psychotherapeutic Interventions: How and Why they Work*.

Les 9 et 10 décembre 2002, le NIMH a organisé un atelier de 1 jour et demi pour discuter l'état de la science sur la recherche concernant les résultats d'interventions. Spécifiquement, cet atelier s'est centré sur ce qui détermine les résultats des interventions psychothérapeutiques. Le traitement de la maladie mentale a progressé sensiblement et il y a peu de justifications au fait que le traitement et les interventions préventives puissent avoir un impact salutaire sur les vies des enfants et des adultes présentant une maladie mentale. En tant que champ, la question "Est-ce que les interventions sont efficaces ?" a évolué vers "Quelles sont les interventions qui fonctionnent, pour qui et dans quelles conditions ?" Le thème central de cet atelier sur les médiateurs/mécanismes d'action concerne des questions sans réponse au sujet de "Comment et Pourquoi les interventions produisent-elles des effets".

<http://www.techniques-psychotherapiques.org/Actualites/Annexes/AtelierNIMH122002.html>

#### **109. [SHADISH, W. R., COOK, T., & CAMPBELL, D. \(2002\)](#)**

Shadish, W. R., Cook, T., & Campbell, D. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*: Boston New York: Houghton Mifflin.

#### **110. [BARKHAM & MELLOR-CLARK \(2003\)](#)**

Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 319-327.

**Résumé** : Quatre domaines clés de recherche sont identifiés: efficacité potentielle, efficacité réelle, pratique et système de service. Ces domaines de recherche sont placés dans les paradigmes de la pratique fondée sur les preuves et des preuves fondées sur la pratique. Cet article fournit une introduction à ces deux paradigmes et ces quatre domaines de recherche ainsi que des exemples de travaux actuels. C'est sur cette base que nous plaidons pour une base de connaissances pour les thérapies psychologiques dans lesquelles chaque domaine a sa place dans un modèle de recherche global et dans lequel l'interdépendance de chaque domaine avec les autres est reconnue. Un modèle cyclique illustrant la relation complémentaire entre la pratique fondée sur des données probantes et les données probantes est présenté comme un

moyen d'approfondir la fourniture d'une base de connaissances rigoureuse et pertinente pour les thérapies psychologiques.

### **111. KAZDIN & NOCK (2003)**

Kazdin AE, Nock MK. Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy : methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003 ; 44(8) : 1116-1129.

**Résumé** : Arrière-plan : Les mécanismes du changement thérapeutique sont rarement étudiés dans la thérapie de l'enfant et de l'adolescent. Notre thèse centrale est que l'étude des mécanismes du traitement est un excellent investissement pour améliorer la pratique clinique et le soin du patient. En effet, l'extension des essais thérapeutiques aux configurations cliniques, sans recherche complémentaire qui étudie pourquoi et comment un traitement fonctionne, pourrait avoir de grandes limitations. Méthode : Dans cet article, nous discutons l'importance d'étudier les mécanismes, les conditions logiques et méthodologiques, et les raisons pour lesquelles pratiquement aucune étude ne fournit actuellement la preuve du pourquoi ou comment un traitement fonctionne. Les pratiques statistiques standard (test de médiation) et les protocoles d'études (essais cliniques contrôlés randomisés) contribuent considérablement à la recherche sur les résultats, mais ont peu à dire au sujet des mécanismes suivant la façon dont elles ont été communément utilisées. Conclusions : L'article se termine avec des recommandations pour guider la recherche sur les mécanismes de changement thérapeutique.

### **112. STILES (2003)**

Stiles, W. B. (2003). When is a Case Study Scientific Research? *Psychotherapy Bulletin*, 38(1), 6-11.

**Résumé** : L'auteur propose de répondre à la question du titre : Quand une étude de cas est-elle une recherche scientifique? Lorsque les observations du cas sont explicitement introduites pour porter sur une théorie. Je vais d'abord décrire brièvement ce que je veux dire par recherche scientifique et comment les études de cas peuvent correspondre à la description. Ensuite, à titre d'illustration, je décris le modèle d'assimilation, une théorie de la façon dont les gens changent en thérapie (Stiles, 2001, 2002; Stiles et al., 1990) et donne quelques exemples de la façon dont les études de cas ont été menées à ce sujet. Dans cet article, l'auteur se concentre sur les objectifs scientifiques des études de cas. Il reconnaît toutefois que les études de cas peuvent être intéressantes ou enrichissantes indépendamment de leur contribution à la théorie scientifique. (Stiles, en presse).

### **113. THURIN & BAUMANN (2003)**

Thurin, J. M., & Baumann, N. (2003). *Stress, pathologies et immunité*. Médecine-Sciences Flammarion.

#### 114. HAYNES & WILLIAMS (2003)

Haynes, S. N., & Williams, A. E. (2003). Case Formulation and Design of Behavioral Treatment Programs. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(3), 164-174.

**Résumé.** Les auteurs passent en revue la rationalité de formulations cliniques comportementales de cas et soulignent le rôle de l'analyse fonctionnelle dans la conception de traitements individualisés. Les traitements standardisés peuvent ne pas être d'une efficacité optimale pour les patients qui ont de multiples problèmes de comportement. Ces problèmes peuvent s'affecter réciproquement de façon complexe et chaque problème de comportement peut être influencé par de multiples variables causales en interaction. Les mécanismes d'action des traitements standardisés ne peuvent pas toujours répondre aux variables causales les plus importantes pour les problèmes de comportement d'un patient. L'analyse fonctionnelle intègre des jugements concernant les problèmes de comportement du patient, les variables causales importantes, et les relations fonctionnelles entre les variables. L'analyse fonctionnelle aide les décisions de traitement en aidant le clinicien à estimer l'importance relative de l'effet de chaque variable causale sur les problèmes de comportement du patient, de sorte que les traitements les plus efficaces peuvent être sélectionnés. Les paramètres de l'analyse fonctionnelle, et les problèmes qui lui sont associés, les modèles fonctionnels analytiques cliniques de cas (FACCM) sont illustrés par un cas clinique. La tâche de choisir le meilleur traitement pour un patient est compliquée parce que les traitements diffèrent dans leur niveau de spécificité et ont des mécanismes d'action inégalement pondérés. En outre, le mécanisme d'action d'un traitement est souvent inconnu.

#### 115. ABLON, J. S. & MARCI, C (2004)

Ablon, J. S., & Marci, C. (2004). Psychotherapy process: the missing link: comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychol Bull*, 130(4), 664-668; author reply 677-683.

**Résumé :** Comme l'affirment Westen et al. (2003), la validation empirique des modèles de traitement tend à rester rigoureusement axée sur les résultats du traitement et manque d'informations importantes sur ce qui est efficace pour un traitement donné. Dans cette réponse à Westen et al., Nous soutenons que la focalisation sur les pièces de traitement dans leur ensemble représente un niveau d'abstraction trop élevé, loin du véritable tissu de rencontres cliniques entre le thérapeute et le patient. Notre recherche axée sur le processus psychothérapique démontre que les traitements peuvent favoriser le changement de manière autre que ce que prétendent les théories sous-jacentes de la thérapie. Les différences entre les thérapies manuelles peuvent être principalement liées à des variables de contenu individuel (par exemple, la terminologie utilisée et les thèmes thérapeutiques) et les variables de procédure (par exemple, les types d'interventions thérapeutiques et les méthodes de conceptualisation des constructions psychologiques) qui semblent distinctes malgré des similitudes importantes dans l'interaction entre le thérapeute et le patient. Ces similitudes dans le processus transactionnel émergent entre le thérapeute et le patient peuvent aider à expliquer pourquoi il a été difficile de démontrer des différences importantes ou constantes dans les résultats

à travers différents types de thérapies brèves. Afin de favoriser des résultats cliniques pertinents, plutôt que de se concentrer sur des formules de traitement basées sur la symptomatologie du patient, la recherche future devrait se concentrer sur la validation empirique des processus de changement co-construits par le thérapeute et le patient dans des contextes naturalistes.

#### **116. [EDWARDS ETAL. \(2004\)](#)**

Edwards, D. J. A., Dattilio, F. M., & Bromley, D. B. (2004). Developing Evidence-Based Practice: The Role of Case-Based Research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6), 589-597.

**Résumé.** Comment les praticiens peuvent-ils se livrer à la pratique fondée sur des données probantes lorsque la preuve de l'efficacité des traitements psychologiques provient d'essais contrôlés randomisés utilisant des populations de patients différentes de ceux rencontrés dans les dispositifs de tous les jours et des manuels de traitement qui semblent simplistes et rigides ? Les auteurs font valoir que des preuves importantes sur les meilleures pratiques viennent de la recherche fondée sur le cas, qui construit les connaissances d'une manière cliniquement utile et complète ce qui est réalisé par des méthodes de recherche multivariées. Un modèle multidimensionnel du processus de recherche est fourni qui inclut la pratique clinique et la recherche fondée sur le cas comme des contributeurs importants. Les auteurs résument les principes de la recherche basée sur les cas et fournissent des exemples de progrès techniques récents. Enfin, les auteurs suggèrent des voies avec lesquelles les praticiens peuvent appliquer l'approche fondée sur les cas dans la recherche et publier leurs propres cas, peut-être en collaboration avec des chercheurs universitaires.

#### **117. [GOLDFRIED, M. R., & EUBANKS-CARTER, C. \(2004\)](#)**

Goldfried, M. R., & Eubanks-Carter, C. (2004). On the need for a new psychotherapy research paradigm: comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychol Bull*, 130(4), 669-673;

**Résumé :** La recherche fondamentale, de processus et de résultats peut éclairer la pratique clinique. Cependant, comme l'ont observé à bon escient D. Westen, C.M. Novotny et H. Thompson-Brenner, le paradigme dominant actuel de la recherche sur les résultats de la psychothérapie - l'essai clinique randomisé - ne permet pas d'atteindre ce potentiel. La dépendance du champ au modèle médical et les interventions fondées sur un manuel ont contribué à l'écart qui existe entre la recherche et la pratique clinique. Une meilleure collaboration entre les praticiens et les chercheurs, qui mette l'accent sur les principes thérapeutiques plutôt que sur les formules de traitement, et les changements systémiques dans la façon dont les efforts des chercheurs sont renforcés sont nécessaires pour changer le paradigme actuel de la recherche.

### 118. HILL ET LAMBERT 2004.

Hill, C. E., & Lambert, J. E. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Fifth Edition ed., pp. 84-135): John Wiley & Sons.

Ce chapitre de la cinquième édition du *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* a pour objectif de fournir un ensemble de ressources concernant les questions méthodologiques relatives aux études de processus et de résultats en psychothérapie. Il est destiné aux chercheurs qui conçoivent et conduisent une recherche sur le processus et le résultat en psychothérapie.

Tout d'abord, les auteurs définissent ce que l'on entend par processus et par résultats. Le *processus* se réfère à ce qui se produit dans les séances de psychothérapie, tandis que les *résultats* se réfèrent aux changements, immédiats ou à long terme, qui apparaissent comme un effet de la thérapie. La distinction n'est pas toujours évidente car un changement (comme le gain d'insight) peut être à la fois un effet et un résultat. Par ailleurs, il est important de distinguer les *variables internes* (concernant le thérapeute, le patient, mais aussi le cadre de la thérapie) et les *variables externes* (telles que les événements se réalisant hors de séances qui aident ou perturbent le processus psychothérapeutique).

La méthodologie de recherche sur le processus peut être quantitative ou qualitative. La *recherche quantitative* utilise des mesures établies et s'appuie sur des nombres pour résumer et analyser les résultats. Les résultats de différentes recherches peuvent être comparés et réunis. Des analyses statistiques peuvent être utilisées pour répondre aux questions. Cependant, les nombres ne décrivent qu'une partie de la réalité. La *recherche qualitative* est issue de données réunies telles que celles issues des entretiens. À partir de ces données, des catégories sont développées. Les mots, plutôt que les nombres, sont utilisés pour résumer les données, ce qui permet d'étudier des phénomènes cliniques riches et particuliers. Cependant, l'inconvénient de cette méthode est la difficulté d'agréger les données entre études, [Méta-analyses]. Un autre ensemble de limitations se situe au niveau des difficultés pour déterminer la *validité* et la *fiabilité* des données et des juges.

Les différents points présentés dans ce chapitre pour la recherche quantitative sont les suivants : choix des mesures, recueil des données, juges, analyse des données dans les études (approches descriptives, corrélationnelles, analyses séquentielles, analyses de configuration, agrégation des données entre études. Pour la recherche qualitative, différentes approches (grounded theory, approches phénoménologiques, analyse conversationnelle, analyse de discours), évaluation de la recherche qualitative. Pour la recherche sur les résultats, sont précisés : les critères de résultats, les mesures de changements (monotraits, multitraits), psychométrie de la mesure de changement, fiabilité et validité, signification clinique versus statistique, analyses statistiques, puissance statistique, courbes de changement (sujet individuel, multi-sujets).

### 119. INSERM (2004)

Inserm. (2004). *Psychothérapie : trois approches évaluées. Expertise Collective (Cancel O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin JM)*. Paris: Inserm.

### 120. LEICHSENRING (2004)

#### Résumé

Caractériser et Comprendre le Processus de Changement des Psychothérapies Complexes

Le présent article aborde la question du type de preuves qui est nécessaire pour démontrer qu'une méthode de psychothérapie marche. En se référant aux conceptualisations récentes de la structure logique des théories scientifiques, c'est-à-dire la vision structuraliste des théories, l'auteur montre que les études contrôlées randomisées (ECRs) et les études naturalistes se réfèrent à des domaines différents d'applications voulues (laboratoire *versus* pratique). Cette vision a plusieurs implications importantes : (1) Les études ECRs et naturalistes ne diffèrent pas quant à leur validité interne et externe ; (2) Les études naturalistes ne fournissent pas nécessairement des preuves de plus bas niveaux que les ECRs ; (3) Les preuves issues des ECRs ne peuvent pas être transférées à la pratique psychothérapique sur le terrain ; (4) Les études naturalistes sont nécessaires pour démontrer qu'une forme de thérapie marche sur le terrain (5) Les catalogues proposés pour les niveaux de preuves se centrent sur les ECRs. Ainsi, ils ne peuvent pas être appliqués pour savoir si une thérapie marche sur le terrain ; (6) Il est nécessaire de définir des critères séparés de niveaux de preuves pour les études naturalistes. Un étalon or (« gold standard ») est proposé pour les études naturalistes ; (7) Un nouveau programme de recherche pour les études naturalistes peut en être issu, ce qui est analogue aux études d'efficacité potentielle.

**121. [SCHNEIDER, C., JONES, E.E. \(2004\)](#)**

Schneider, C. (2004). *The Development of the Child Psychotherapy Q-Set*. (Doctoral dissertation), University of California, Berkeley, Abstracts International, 65(2-B), 1039.

**122. [THURIN, J. M. \(2004\)](#)**

Thurin, J. M. (2004). Aspects méthodologiques de l'approche psychodynamique (psychanalytique) in Psychothérapie : trois approches évaluées. Expertise Collective (Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin JM): INSERM.

**123. [THURIN M. \(2004\)](#)**

Thurin, M. (2004). Historique et définition de l'EBM. *Pour la Recherche*, 2 : 2-3.

**124. [WESTEN, D., NOVOTNY, C. M., & THOMPSON-BRENNER, H. \(2004A\)](#)**

Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull*, 130(4),

**Résumé** : Cet article fournit une revue critique des hypothèses et des résultats des études utilisées pour établir que les psychothérapies sont soutenues empiriquement. La tentative d'identifier des thérapies soutenues empiriquement (ESTs) repose sur des axiomes particuliers de la méthodologie de l'essai contrôlé randomisé (ECR). Ces axiomes apparaissent être valides pour certains troubles et certains traitements (notamment les traitements fondés sur l'exposition pour des symptômes d'anxiété spécifique), mais largement infondés pour d'autres. Les études par méta-analyse présentent une vision plus nuancée de

l'efficacité potentielle du traitement que celle qui est suggérée par un jugement dichotomique sur les traitements soutenus versus les traitements non soutenus empiriquement. Les auteurs recommandent des changements dans les comptes-rendus des pratiques pour maximiser l'utilité clinique des ECRs, décrivent des méthodologies alternatives qui peuvent être utiles quand les hypothèses sous-jacentes à la méthodologie EST ne sont pas valides, et suggèrent qu'on change les regroupements de traitements validés par des tests portant sur les stratégies d'intervention et les théories du changement que les cliniciens pourront intégrer dans les thérapies informées empiriquement.

#### **125. HILSENROTH, BLAGYS, ACKERMAN ET AL. (2005)**

Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., & Blais, M. A. (2005). Measuring psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral techniques: Development of the comparative psychotherapy process scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 42, 340–356.

#### **126. VIRUES-ORTEGA & HAYNES (2005)**

Virués-Ortega, J., & Haynes, S. N. Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 567-587.

**Résumé.** Cette étude théorique fait la revue des fondements théoriques et appliqués d'une stratégie d'analyse fonctionnelle dans la formulation de cas clinique. Les relations fonctionnelles entre variables sont celles qui démontrent une association mathématique. Les relations causales fonctionnelles entre variables requièrent: (a) la covariance, (b) une connexion logique, (c) une antériorité temporelle de la variable causale, et (d) l'absence d'une troisième variable qui explique la relation. Il y a des relations fonctionnelles causales unidirectionnelles, bidirectionnelles, modératrices et médiatrices (par exemple, explicatives). Dans une analyse fonctionnelle, les relations fonctionnelles pertinentes, contrôlables, et causales applicables à des comportements particuliers d'un individu sont identifiées. Une approche analytique fonctionnelle de la formulation de cas est conçue pour minimiser les biais de jugement clinique et optimiser la prise de décision clinique dans les processus d'évaluation et de traitement. Des caractéristiques supplémentaires de l'analyse fonctionnelle et de son utilisation pour la conception d'une intervention sont discutées dans le cadre d'un patient souffrant de schizophrénie de type paranoïde. Cet article examine également la nature conditionnelle et les limites d'une approche fonctionnelle-analytique en psychologie clinique.

#### **127. ABLON & JONES 2005**

Jones, E. E., & Ablon, J. S. (2005). On Analytic Process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(2), 541-568

**Résumé :** Une méthodologie novatrice est présentée pour identifier et évaluer le processus de changement dans les traitements psychanalytiques. À l'aide du Q-set de processus psychothérapeutique (PQS), un panel de psychanalystes expérimentés a développé un prototype d'une séance de psychanalyse

idéale. Ce prototype a ensuite été appliqué aux transcriptions textuelles de trois échantillons de traitement archivés : psychanalyse, thérapies analytiques à long terme et thérapies psychodynamiques brèves. Le degré suivant lequel ces traitements favorisaient un processus analytique tel que représenté par le prototype était mesuré quantitativement. Le processus analytique était significativement plus présent dans les psychanalyses que dans les thérapies analytiques à long terme, qui, à leur tour, favorisaient beaucoup plus le processus analytique que les thérapies psychodynamiques brèves. L'étude démontre que, dans un langage descriptif qui ne représente pas une perspective théorique particulière, les analystes peuvent s'accorder sur une définition du processus analytique, et ce processus analytique peut être opérationnalisé et quantitativement évalué. Une deuxième étude démontre que, malgré le consensus sur sa définition, il n'y a pas qu'un seul processus analytique approprié. Il y a plutôt des processus de changement propres à chaque dyade. Deux études de cas quantitatives illustrent comment chaque pair psychanalyste a un modèle d'interaction unique lié à la progression du traitement. Ces « structures d'interaction » uniques à la dyade sont des modèles récurrents et mutuellement influents d'interaction dont l'expérience, la reconnaissance et la compréhension semblent être une composante fondamentale de l'action thérapeutique. Un modèle bipersonnel est décrit. Il tente de jeter un pont entre les théories de l'action thérapeutique qui mettent l'accent sur l'intuition et la compréhension de soi et celles qui mettent l'accent sur l'expérience du thérapeute que fait le patient.

#### **128. [BLATT, S.J. & ZUROFF, D. C. \(2005\)](#)**

Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clin Psychol Rev*, 25(4), 459-486.

**Résumé :** Des analyses approfondies des données tirées de l'ensemble de données remarquablement complet établi par le Programme de recherche collaborative sur le traitement de la dépression (TDCRP), initiées et menées par l'Institut national de la santé mentale (NIMH) nous ont permis d'examiner les contributions de trois dimensions du processus de traitement (Type de traitement, aspects de la relation thérapeutique et caractéristiques de la personnalité prétraitée des patients) à trois évaluations du changement thérapeutique (réduction des symptômes, réduction de la vulnérabilité et développement des capacités d'adaptation) évaluées lors de la fin et du suivi prolongé. Les facteurs les plus cohérents prévoyant un gain thérapeutique étaient la qualité de la relation thérapeutique et les dimensions de la personnalité du prétraitement des patients. Les implications de ces résultats pour la pratique clinique, la formation et la recherche sont discutées.

#### **129. [FALISSARD, B. \(2005\)](#)**

Falissard, B. (2005). Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie (3ème ed.)(pp.203-215). Paris: Masson.



**130. JARDIN, F., PRAT, R. & TRICAUD, J. (2005)**

Jardin, F., Prat, R., & Tricaud, J. (2005). L'« Infant Observation » selon Esther Bick : nouvelle perspective de recherche pour la clinique et la prévention. *Pour la Recherche*, 44, 6-7.

**131. NORCROSS, J. C., BEUTLER, L. E., & LEVANT, R. (2005)**

Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. (2005). *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.

Cet ouvrage très complet et intéressant, publié par l'Association Américaine de Psychologie, traite en 9 chapitres rédigés par les meilleurs experts les principales questions posées au sujet des pratiques fondées sur la preuve en santé mentale. Les différentes positions sont présentées à la fois par des praticiens et des chercheurs et débattues vigoureusement.

**132. ABLON, LEVY, KATZENSTEIN (2006)**

Ablon, J. S., Levy, R. A., & Katzenstein, T. (2006). A naturalistic study of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy (Chic)*, 43(2), 216-231.

**Résumé :** On discute beaucoup des méthodes de recherche empirique qui favorisent le mieux les résultats cliniques en psychothérapie. La tendance dominante a été de tester des paquets de traitement utilisant des essais cliniques randomisés et contrôlés. Récemment, l'accent a été mis sur la façon dont l'étude du processus de changement dans les traitements naturalistes peut être un complément utile aux essais contrôlés. Les cliniciens s'identifiant comme psychodynamiques ont traité 17 patients souffrant de panique en psychothérapie naturaliste avec une moyenne de 21 séances. Les patients ont obtenu des réductions statistiquement significatives des symptômes dans tous les domaines. Les taux de rémission et les changements cliniquement significatifs ainsi que les tailles d'effet étaient proportionnels à ceux des traitements empiriquement soutenus pour le trouble panique. Les gains de traitement ont été maintenus à 6 mois de suivi. L'analyse intensive du processus des traitements a révélé que des éléments intégrateurs caractérisaient les traitements : l'adhésion au processus cognitif-comportemental était la plus caractéristique, l'adhésion au processus interpersonnel et psychodynamique était cependant, le plus prédictif du résultat positif. Des prédicteurs spécifiques du résultat ont été identifiés à l'aide du Q-Set du processus de psychothérapie. Ces résultats démontrent comment la recherche sur le processus peut être utilisée pour valider empiriquement les processus de changement dans les traitements naturalistes par opposition aux paquets de traitement dans les essais contrôlés.

**133. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2006)**

American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. *Am Psychol*, 61(4), 271-285.

**Résumé :** Le mouvement de la pratique fondée sur des données probantes est devenu une caractéristique importante des systèmes de soins de santé et des politiques en matière de soins de santé. Dans ce contexte, le Groupe de travail présidentiel APA 2005 sur la pratique fondée sur des données probantes définit et discute la pratique fondée sur des données probantes en psychologie (EBPP). Dans une synthèse de la science et de la pratique, le rapport du Groupe de travail décrit l'engagement fondamental de la psychologie à l'égard d'une l'EBPP sophistiquée et tient compte de l'éventail complet des psychologues et des décideurs. La recherche, l'expertise clinique et les caractéristiques des patients sont toutes soutenues comme pertinentes pour de bons résultats. L'EBPP favorise une pratique psychologique efficace et améliore la santé publique en appliquant des principes empiriques d'évaluation psychologique, de formulation de cas, de relation thérapeutique et d'intervention. Le rapport fournit une justification et une discussion élargie de l'énoncé de politique de l'EBPP qui a été élaboré par l'Équipe spéciale et adopté en tant que politique d'association par le Conseil des représentants de l'APA en août 2005.

#### **134. FONAGY, P. (2006)**

Fonagy, P. (2006). Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapies. In P. T. Force (Ed.), *Psychodynamic Diagnostic Manual* (pp. 765-818). Silver Spring: MD:Alliance of Psychoanalytic Organizations.

Dans ce chapitre du *Psychodynamic Diagnostic Manual*, l'auteur (ancien président de l'Association Internationale de Psychanalyse, très engagé dans la première vague d'identification des thérapies validées empiriquement et promoteur d'une revue des recherches empiriques dans des psychothérapies d'orientation psychanalytique, présente 7 étapes clés d'une nouvelle méthodologie de définition de l'efficacité d'une thérapie. On y retrouve les propositions de Kazdin et Kendall 1998)

1. Conceptualisation du dysfonctionnement : proposition de domaines clés, de processus, et de mécanismes qui se rapportent au développement et à l'aggravation du dysfonctionnement
2. La recherche sur les processus est rapportée à la dysfonction : tentatives de tester le processus proposé en relation avec la dysfonction.
3. Conceptualisation du traitement : proposition de domaines clés, de processus et de mécanismes à travers lesquels le traitement peut réaliser ses effets et comment les procédures se rapportent à ces procédures.
4. Spécification du traitement : opérationnaliser les procédures, de préférence sous la forme d'un manuel, qui identifie comment on change les processus clés. Fournir le matériel pour codifier les procédures et le consentement de l'intégrité du traitement et répliquer en recherche et en pratique.
5. Tests de résultat du traitement : tests directs des impacts du traitement à partir de différentes méthodologies (p.e., études ouvertes (non contrôlées), études de cas isolés, et essais cliniques complètement développés).
6. Tests des processus de traitement : Études pour identifier si les techniques d'intervention, les méthodes, et les procédures dans le traitement affectent réellement les processus qui sont critiques au modèle.

7. Essais des conditions limites et des modérateurs : examen des facteurs enfant, parent, famille, thérapeute, et autres avec lesquels le traitement interagit. Les conditions frontières ou les limites de l'application sont identifiées à travers l'interactions du traitement avec divers attributs dans les tests empiriques.

**135. HUME, A. A. ET FOX, N. A. (2006)**

Hume AA, Fox NA. (2006). Ordinary variations in maternal caregiving influence human infants' stress reactivity. *Psychol. Sci.* 17:550–56.

**136. KAZDIN AE, WHITLEY MK. (2006)**

Kazdin AE, Whitley MK. (2006). Pretreatment social relations, therapeutic alliance, and improvements in parenting practices in parent management training. *J. Consult. Clin. Psychol.* 74:346–55.

**Résumé :** Les auteurs ont examiné l'alliance parent-thérapeute dans la formation de la gestion parentale pour des enfants (N 218; 53 filles et 165 garçons, âgés de 2 à 14 ans) référés cliniquement pour un comportement d'opposition, d'agressivité et antisocial. Les interrelations des relations sociales parentales au prétraitement, l'alliance parent-thérapeute au cours du traitement et l'amélioration des pratiques parentales à la fin du traitement ont été évaluées par différents évaluateurs. Comme prévu, plus la qualité de l'alliance parent-thérapeute est élevée, plus les améliorations apportées aux pratiques parentales sont importantes à la fin du traitement. Les relations sociales des parents avant le traitement ont été associées à l'alliance parent-thérapeute pendant le traitement et aux améliorations parentales à la fin du traitement. La relation entre l'alliance thérapeutique et l'amélioration des pratiques parentales s'explique en partie par les relations sociales des parents au prétraitement.

**137. STILES, W. E. (2006)**

Stiles W.B. (2006) : Numbers can be enriching. *New Ideas in Psychology*, 24: 252-262.

**Résumé :** Les chiffres sont des mots avec des propriétés distinctives qui leur confèrent une place spéciale et importante dans le discours scolaire en psychologie. Parmi celles-ci, on peut dire la même chose à tous, il existe une stabilité de leur signification à travers le temps et leur manipulation. Ces propriétés font des méthodes quantitatives des outils précieux pour enrichir la recherche (recherche visant à donner aux gens une appréciation plus profonde, et plus large du phénomène), ainsi que dans la recherche théorique (recherche visant à améliorer une compréhension unifiée et cohérente). Ces points de vue semblent compatibles avec ceux avancés par Westerman [Westerman, M.A., 2006. La recherche quantitative en tant qu'entreprise interprétative: le rôle d'interprétation le plus souvent non reconnu dans les efforts de recherche et les suggestions d'enquêtes quantitatives explicitement interprétatives. *New Ideas in Psychology*, 24, 189-211] et Yanchar[Yanchar, S.C., 2006. Sur la possibilité d'une enquête contextuelle-quantitative. *Nouvelles idées en psychologie*, 24, 212-228].

**138. THURIN, J. M. (2006)**

Thurin, J. M. (2006). Les psychothérapies dynamiques intérêt, limites, évaluation. In G. Lopez, Sabouraud-Séguin, A., Jehel, L. (Ed.), *Psychothérapies des victimes. Traitements, évaluations, accompagnement* (pp. 55-78). Paris: Dunod.

**139. THURIN, J. M., BRIFFAULT, X. (2006)**

Thurin, J. M., & Briffault, X. (2006). Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *Encephale*, 32(4 Pt 1), 402-412.

**Résumé :** Perron et al. (2004) critiquent l'expertise collective (revue de littérature) de l'INSERM sur les psychothérapies, affirmant que celle-ci est « biaisée » en faveur des TCC. Philippe Cialdella propose une contre-argumentation en 10 points, autour de la notion de biais statistique, et montre que l'étude INSERM n'en est pas particulièrement entachée. L'expertise nous renseigne donc sur un élément : des résultats positifs d'efficacité peuvent être obtenus dans les conditions des études sur lesquelles elle se fonde (essais contrôlés randomisés – ECR) avec les populations expérimentales qui leur correspondent. Mais ce résultat, important, ne répond pourtant pas à une interrogation fondamentale : peut-on affirmer qu'il n'existe pas de « différence systématique » entre la population « patient-traitement-thérapeute » (ensemble considéré comme une entité en lui-même) en contexte ECR d'une part, et celle constituée par la population patient-traitement-thérapeute en contexte réel d'autre part ? En nous fondant sur une analyse approfondie de ce que sont les études d'efficacité potentielle et leur méthodologie nous montrons qu'il n'en est rien, et qu'il est impossible de généraliser les résultats des ECR à la pratique clinique en conditions réelles. Par ailleurs, les études de résultats, même naturalistes, prenant comme élément variant le traitement prescrit (ie la thérapie définie par le manuel ou par la méthode utilisée) ne peuvent rien dire non plus de ce qui se passe vraiment dans la thérapie, et qui constitue pourtant l'élément réel du changement. Il est indispensable pour cela de s'intéresser également aux processus et à l'activité effective de la dyade patient-thérapeute dans des conditions réelles. En nous appuyant sur la proposition de Daniel B. Fishman (2000) et le renouvellement méthodologique actuel, nous présentons une nouvelle perspective de recherche, sous la forme d'études « quasi expérimentales prospectives de haute représentativité clinique » susceptibles d'apporter une réponse satisfaisante à la question de l'utilisation des résultats de recherche pour l'amélioration de la pratique clinique.

**140. BRIFFAULT, X., THURIN, M., LAPEYRONNIE, B., THURIN, J. M. (2006)**

Briffault, X., Thurin, M., Lapeyronnie, B., & Thurin, J. M. (2007). Nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie: évaluation d'un protocole de recherche et proposition d'un dispositif méthodologique et technique. *Encephale*, 33(6), 911-923.

**Résumé :** La nécessité de développer des études concernant les psychothérapies psychodynamiques a été renforcée par l'expertise Inserm Psychothérapies : trois approches évaluées qui en a montré le déficit

en France. Dans la première partie de cet article, les auteurs rappellent les limites des études de troisième génération (modèle médical, utilisation des essais contrôlés randomisés (ECRs) et du DSM) sur lesquelles s'appuie ce rapport et les spécifications qui sont actuellement développées pour une nouvelle génération de recherches dans ce champ. La deuxième partie est consacrée à la présentation d'un protocole d'analyse processus—résultats développé par l'équipe de recherche, sur cette base, à partir de différentes propositions et de travaux antérieurs et en cours [J Clin Psychol 27 2 (1998) 217—26, J Pragm Case Stud 31 (2000), Arch Gen Psychiatry 59 (2002) 505—10, Psychother Res 12 3 (2002) 251—72 et Br J Psychiatry 165 (1994) 4—8]. La méthodologie utilisée est celle des cas isolés contrôlés. Elle associe des analyses qualitative et quantitative pour la formulation du diagnostic, les mesures initiales, intermédiaires et de terminaison. L'analyse de processus permet de caractériser, à différents temps, les grandes lignes de la psychothérapie menée. Le recueil des données est assuré par le clinicien, ses évaluations sont mises en relation et validées en groupe de pairs. Il devient ainsi possible d'appréhender les techniques utilisées réellement, non plus globalement ou sur la base de manuels a priori, mais sur celle de leurs facteurs spécifiques. Cette méthodologie a été testée au cours d'une phase pilote d'un an, dans des conditions de pratique réelle de la psychothérapie en cabinet. Les différentes phases de l'analyse sont présentées, intégrant dans un processus itératif cohérent tout au long de la thérapie, plusieurs outils d'observation, de formalisation et d'analyse des données. Chacun des instruments est défini dans ses apports et ses limites pour l'analyse des données (échelle santé-maladie (ESM), DSM, PQS, Hoglend, CORE. . .). Une analyse générale de la faisabilité de ce protocole et de l'intérêt clinique des résultats qui en sont issus est présentée. La troisième partie de cet article présente la structure générale d'une base de données permettant la collecte, la recherche et l'analyse du matériel issu des psychothérapies. Ce dispositif offre une double possibilité : pour les cliniciens de suivre l'évolution de leurs cas et de pouvoir éventuellement les comparer à des cas analogues, pour le chercheur de procéder à de véritables analyses comparatives reposant sur des psychothérapies menées en condition réelle et sur des descriptions suffisamment complètes pour qu'il soit possible d'en tirer des résultats significatifs.

#### 141. [KAZDIN, A. E. \(2007\)](#)

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 1-27.

**Résumé** : La recherche en psychothérapie a connu progrès considérable. Ce progrès a culminé dans la reconnaissance de plusieurs traitements qui ont fait la preuve de leur efficacité pour leur propre compte. Mais même ainsi, après des décades de recherche en psychothérapie, nous ne pouvons pas fournir une explication fondée sur la preuve du comment ou du pourquoi, nos interventions - y compris les mieux étudiées - produisent un changement, à savoir le ou les mécanisme(s) à partir desquels les traitements opèrent. Cet article présente les conditions centrales requises pour démontrer les médiateurs et les mécanismes de changement et fait la revue des approches analytiques de données et des constructions

méthodologiques et pourquoi elles ne parviennent que peu à répondre à ces requis. Le rôle de l'alliance thérapeutique dans la psychothérapie et des changements cognitifs dans la thérapie cognitive de la dépression sont soulignés pour illustrer ces questions clés. Cet article présente également des directions de travail prometteuses pour identifier les médiateurs et les mécanismes de changement, les façons d'appliquer les multiples types de preuves, des recommandations pour progresser dans la compréhension de la façon dont la thérapie marche, et les enjeux conceptuels et de recherche dans l'évaluation des médiateurs et des mécanismes.

#### **142. [KOVESS, SAPINHO, BRIFFAULT ET VILLAMAUX \(2007\)](#)**

Kovess, V., Sapinho, D., Briffault, X., & Villamaux, M. (2007). Usage des psychothérapies en France : résultats d'une enquête auprès des mutualistes de la MGEN. *Encephale*, 33(1), 65-74.

**Résumé :** Il n'existe quasiment aucune donnée empirique sur l'usage des psychothérapies en France. Cet article présente une étude concernant les pratiques psychothérapeutiques à partir de données déclarées par les patients : fréquence des psychothérapies, caractéristiques des personnes qui les suivent, modalités de suivi, association avec différents traitements, lieux de traitement, motifs invoqués et pathologies déclarées. Les données sont issues d'une enquête santé conduite par la fondation MGEN auprès de 6 500 adhérents de la mutuelle, comparées aux données existantes dans d'autres enquêtes. La fréquence de recours à la psychothérapie au moins une fois dans la vie est relativement élevée, puisque suivant les études de 5 à 11,5 % des répondants y ont eu recours. Les femmes nées au début des années 1960 sont celles qui, au moment de l'enquête, avaient le plus souvent consulté. Pour les hommes, ce sont ceux nés à la fin des années 1950 qui avaient, au moment de l'enquête, le plus souvent consulté. La très grande majorité de ces psychothérapies sont faites en individuel, dans des cabinets privés ; elles durent souvent plus d'une année et ont lieu une fois par semaine ou plus ; 30 % des personnes déclarent avoir entrepris plusieurs thérapies. Les motifs tels que déclarés par les patients sont essentiellement les troubles dépressifs et anxieux. La satisfaction est importante, puisque plus de 90 % des personnes se déclarent satisfaites des résultats, et 60 % estiment qu'elles ont été améliorées beaucoup et durablement ; 77,5 % des personnes qui déclarent suivre une psychothérapie ont consommé au moins un traitement médicamenteux et 70,8 % un psychotrope. L'ensemble de nos résultats montre l'importance jouée par les pratiques psychothérapeutiques dans le paysage français, et la nécessité d'étudier ces techniques et de réfléchir à la place qui doit leur être faite dans une politique de santé mentale.

#### **143. [MESSER, S. B. \(2007\)](#)**

Messer, S. B. (2007). Psychoanalytic Case Studies and the Pragmatic Case Study Method. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(1), 55-58.

**Résumé :** Cet article traite de l'effort réalisé dans la méthode de *Pragmatic Case Study* (PCS) pour améliorer la qualité et la rigueur des connaissances issues des études psychanalytiques de cas individuels.

Cinq limitations de présentations de cas ou de vignettes psychanalytiques typiques sont examinées et la façon dont la méthode PCS tente de les améliorer sont mises en évidence. Les limitations comprennent: (1) le recours à la mémoire du thérapeute ou à de brèves notes ; (2) la sélection des données par le thérapeute seul ; (3) la tendance à interpréter le matériel des cas en termes de l'orthodoxie théorique régnante; (4) le manque de contexte disponible pour permettre au lecteur d'accepter ou de réfuter la lecture du cas par le thérapeute ; (5) la restriction de la source des données au thérapeute seul. Malgré les avantages de la méthode PCS sur ce qui est actuellement la norme pour présenter le matériel du cas psychanalytique, il y a des défis en cours pour la méthode si elle doit être considérée comme un moyen scientifique de présenter des preuves et d'utiliser ces éléments de preuve pour modifier la théorie.

#### **144. DUPERE, V., LACOURSE, E., VITARO, F., & TREMBLAY, R. E. (2007)**

Dupéré, V., Lacourse, E., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2007). Méthodes d'analyse du changement fondées sur les-trajectoires de développement individuel modèles de-regression mixtes paramétriques et non paramétriques. *Bulletin de méthodologie sociologique*, 95, 1-25.

**Résumé.** Afin d'appréhender le changement, les chercheurs ont couramment recours à des plans de recherche longitudinaux dans lesquels des observations sur un ensemble d'individus sont récoltées à plusieurs reprises. Jusqu'à récemment, les méthodes statistiques disponibles pour analyser ce type de données ne permettaient pas d'extraire toute la richesse de l'information sur le changement contenue dans les études longitudinales (voir Rogosa, 1995). Dans les années 1990, les modèles mixtes fondés sur le concept mathématique de trajectoire individuelle de développement (aussi appelés modèles hiérarchiques ou modèles multiniveau) ont émergé comme une alternative viable permettant de corriger plusieurs problèmes des approches traditionnelles telles que l'analyse de variance à mesures répétées (Menard, 2002; Metha & West, 2000). Depuis l'arrivée de ces modèles, plusieurs variations du modèle mixte ont été développées dont le modèle mixte non paramétrique (Nagin, 1999; Nagin & Land, 1993).

#### **145. HAYES, A., HOPE, D. A., HAYES, S. (2007)**

Hayes, A., Hope, D. A., & Hayes, S. (2007). Towards an Understanding of the Process and Mechanisms of Change in Cognitive Behavioral Therapy: Linking Innovative Methodology with Fundamental Questions. *Clin Psychol Rev*, 27(6), 679-681.

Extrait de l'éditorial du numéro spécial. Il existe maintenant des preuves cohérentes pour soutenir l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour réduire les symptômes cliniques et améliorer la qualité de vie à travers une variété de problèmes cliniques (Butler, Chapman, Formen, et Beck, 2006). Cette recherche sur les résultats repose généralement sur un protocole prétraitement-post-traitement et des évaluations de suivi à des intervalles fixes au-delà de post-test. Ces études sur les résultats ont été importantes pour répondre aux questions sur les effets généraux du traitement et, dans une certaine mesure, pour qui il est efficace. Cependant, ces modèles fournissent beaucoup moins d'informations sur les mécanismes de traitement, pourquoi ou comment une intervention fonctionne.

Il y a eu un regain d'intérêt pour l'étude de ce qui se passe entre l'évaluation du prétraitement et du post-traitement - le processus de changement - et une reconnaissance du rôle important de cette recherche dans le développement du traitement. Dans une série de recommandations pour le développement thérapeutique, Rounsaville, Carroll et Onken (2001) et Kazdin (2001) recommandent que les nouveaux traitements soient modifiés de manière incrémentielle, en utilisant la recherche qui identifie les éléments clés du nouveau traitement et les processus liés aux résultats. Parce que la recherche de processus de traitement peut requérir un travail laborieux, les protocoles n'impliquent souvent que quelques séances échantillonnées au hasard dans le cours d'une thérapie, une séance précoce et tardive, ou des séances avec impact élevé. *Récemment, les chercheurs font davantage usage de méthodes longitudinales pour révéler les processus et les mécanismes de changement importants. Ces études comprennent des évaluations plus fréquentes, l'étude des trajectoires individuelles au fil du temps, et l'identification des discontinuités et des modèles non linéaires de changement. Les chercheurs en processus sont également mobilisés au-delà de l'étude de l'individu, du couple, et du groupe jusqu'à l'étude d'unités plus grandes, telles que les communautés de participants et de thérapeutes. Cette nouvelle vague de recherche a le potentiel de cartographier le processus de changement dans la CBT réussie. Une telle « carte » aurait plusieurs implications importantes, y compris (1) l'affinement des procédures de traitement existantes ; (2) une image plus claire des processus de récupération, d'abandon du traitement, de mauvaise réponse, et de rechute; et (3) le développement de nouvelles techniques thérapeutiques qui activent plus précisément les mécanismes par lesquels les changements cliniques se produisent.*

#### **146. [HAYES, LAURENCEAU, FELDMAN, STRAUSS \(2007\)](#)**

Hayes, A. M., Laurenceau, J. P., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: the study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clin Psychol Rev*, 27(6), 715-723

**Résumé.** L'étude des discontinuités et le changement non linéaire ont été une entreprise fructueuse à travers les sciences, car ces changements peuvent fournir une fenêtre sur l'organisation des systèmes complexes et les processus qui sont associés à la transition. Une hypothèse courante dans la recherche en psychothérapie a été que le changement est progressif et linéaire. Les modèles de recherche et les statistiques utilisées pour étudier les changements reflètent souvent cette hypothèse, mais certaines recherches récentes révèlent d'autres modèles de changement. Nous examinons brièvement la documentation pertinente sur la théorie des systèmes dynamiques, sur la transition de la vie et sur la croissance post-traumatique pour mettre en évidence l'importance du changement non linéaire et discontinu dans les domaines de la psychologie. Nous décrivons les applications récentes de ces idées et méthodes pour l'étude du changement en psychothérapie et encourageons leur utilisation en complément des protocoles plus traditionnels d'essai clinique.

#### **147. [LAURENCEAU, HAYES & FELDMAN 2007](#)**

Laurenceau JP, Hayes AM, Feldman GC. Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. *Clinical psychology review*. 2007;27(6):682-95.



**Résumé :** À mesure que le nombre de psychothérapies ayant une efficacité démontrée s'accumule, une tâche importante est d'identifier les principes et les processus de changement. Ces informations peuvent guider le raffinement du traitement, l'intégration et le développement futur. Cependant, la conception standard de l'essai contrôlé randomisé (RCT) peut limiter les questions qui peuvent être posées et les analyses statistiques qui peuvent être effectuées. Nous discutons de l'importance d'examiner la forme du changement, en plus de l'importance d'identifier les médiateurs et les modérateurs du changement. Nous suggérons des considérations méthodologiques pour la collecte de données longitudinales qui peuvent améliorer les types de questions processus thérapeutiques qui peuvent être examinés. Nous examinons également certaines approches analytiques de données qui sont utilisées dans d'autres domaines de la psychologie qui ont le potentiel de capter la complexité et la dynamique du changement en psychothérapie.

**148. [PACHANKIS J. E., GOLDFRIED \(2007\)](#)**

Pachankis J. E., Goldfried M. R. On the next generation of process research. *Clinical Psychology Review* 2007 ; 27 :760-768

**Résumé.** L'ensemble des articles de ce numéro propose des exemples de tendances novatrices et passionnantes dans la recherche de processus de psychothérapie. Les auteurs examinent brièvement l'état-de-l'art de la recherche en psychothérapie, en mettant en évidence certaines limites des approches actuelles dans le domaine et le besoin pressant de se déplacer au-delà de l'état actuel des choses. Ils notent que les méthodes préconisées et mises à profit par les auteurs de ce numéro sont tout à fait susceptibles de conduire le champ dans une direction plus souhaitable. Plus précisément, ces méthodes permettent une façon plus complexe et contextuelle d'examiner le processus de changement et de rechute. Prises ensemble, les méthodes proposées ici sont plus appropriées que les procédures de recherche antérieures pour saisir les réalités auxquelles les cliniciens sont confrontés dans leurs interventions réelles. Pour cette raison, les auteurs espèrent que l'avenir de la recherche de processus comprendra d'autres études de ce type.

**149. [STILES, W. B. \(2007\)](#)**

Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(2): 122-127

**Résumé :** En plus de leur potentiel de guérison, la psychothérapie et le conseil offrent des occasions extraordinaires d'observer l'expérience et le comportement de l'homme. Je suggère aux praticiens d'avoir une expertise et un accès quotidien aux phénomènes que les théories du counseling et de la psychothérapie cherchent à expliquer. L'expérience clinique des praticiens peut être accumulée et partagée grâce à la recherche théorique sur l'étude de cas. Cet article résume la logique des études de cas en construction de théorie et offre des suggestions pratiques pour mener des études de cas.

## 150. THURIN & FALISSARD (2007)

Thurin, J. M. & Falissard, B. (2007). Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques. Projet de l'appel d'offre. *Pour la Recherche*, 55(4), 3-15.

## 151. THURIN, J.M., THURIN, M., LAPEYRONNIE, B., BRIFFAULT, X. (2007)

Thurin, J. M., Thurin, M., Lapeyronnie, B., & Briffault, X. (2007). *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*. Paris: Dunod.

**Résumé :** « L'action psychothérapeutique que je mets en œuvre est-elle efficace avec ce patient ? » « Comment et pourquoi ? » « Sur quels critères l'affirmer ? » « Que faire si l'amélioration n'est pas suffisante ? » « Dans un cas analogue à celui-ci, d'autres démarches existent-elles et quels en ont été les résultats ? » « Quel est le problème psychopathologique central de ce patient à ce stade et quelle est la stratégie psychothérapeutique la mieux adaptée ? » Jusqu'à quel point sommes-nous capables de répondre à ces questions ? C'est l'ambition de cet ouvrage que de proposer des éléments de réponses tout en apportant un éclairage sur la position actuelle de la psychothérapie dans le champ de la recherche clinique et sur ses possibilités d'études, à partir de la pratique.

La place de la psychothérapie dans les traitements des troubles psychiques n'est plus à démontrer. Nous verrons dans l'historique, comment elle s'est imposée et comment elle a gagné sa reconnaissance grâce à la satisfaction des personnes qui s'y sont engagées et aux très nombreuses études d'efficacité qui ont été menées. Toutefois, les réponses des praticiens aux questions précédentes demeurent souvent trop globales. De grands progrès restent encore à accomplir pour qu'il soit possible d'explicitier le choix avisé d'une approche particulière appropriée à un patient particulier et pour que l'on puisse rendre compte des mécanismes de changement opérés. Il est en effet de plus en plus évident que le résultat d'une psychothérapie ne dépend pas seulement du choix général d'une méthode, mais de tout un ensemble de facteurs qui lui sont plus ou moins associés. Ils concernent bien sûr la nature du trouble ou du problème, sa sévérité et sa diversité, la perspective psychopathologique retenue et l'approche psychothérapeutique qui lui est associée. Mais on oublie souvent le rôle que jouent les caractéristiques du thérapeute (par exemple, sa formation et sa personnalité), celles du patient (par exemple, son histoire et sa motivation pour la psychothérapie), le cadre du traitement (hôpital, cabinet privé) et le contexte dans lequel la psychothérapie se déroule. Bien que la prise en compte de facteurs aussi complexes rende l'évaluation des psychothérapies difficile, leur inclusion est nécessaire non seulement pour évaluer correctement une psychothérapie, mais pour en tirer des enseignements qui pourront être utilisés pour des cas analogues. L'évaluation des psychothérapies a donc changé de nature. La preuve d'efficacité générale étant acquise, du moins pour les principales approches, ce sont les conditions dans lesquelles elle s'exerce et la façon dont elle s'exerce qu'il s'agit aujourd'hui d'explorer. L'évaluation s'inscrit à la fois dans une démarche d'indication, de qualité et de coût des soins mis en œuvre. C'est également une méthode qui offre la possibilité d'appréhender comment — et quelquefois pourquoi — des interventions psychologiques permettent à des

dysfonctionnements psychiques établis de se modifier et même de disparaître. Elle n'est pas seulement rétrospective, elle est aussi devenue prospective et explicative. Cet ouvrage est conçu comme un guide qui présente les méthodes participant à la démarche de recherche sur les psychothérapies dans une perspective d'efficacité fondée sur des connaissances, l'objectif étant que les cliniciens et les chercheurs puissent s'en approprier l'usage dans leur pratique. La recherche dans ce champ est en effet inconcevable sans les praticiens et c'est d'abord à eux, en activité ou en formation, que ce livre est destiné. Il est aussi conçu pour répondre aux attentes des chercheurs, encore trop peu nombreux dans ce domaine et qui seront amenés naturellement à travailler en coopération et en interaction avec les cliniciens. Le lecteur trouvera dans cet ouvrage les bases générales de connaissance indispensables pour comprendre ce qu'est la recherche évaluative en psychothérapie et les moyens de les appliquer dans sa pratique, seul ou, comme nous le préconisons, en petit groupe. Les concepts, les constructions, les méthodologies et les outils de la recherche sont approfondis et illustrés par de nombreux exemples d'études ainsi que leur mise en application en pratique clinique, à la fois dans une perspective de connaissance et d'amélioration de la qualité des soins.

#### 152. [CRAIG ET AL. \(2008\)](#)

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., & Medical Research Council, G. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, 979-983.

**Résumé :** Les interventions complexes sont largement utilisées dans les services de santé, dans la pratique de la santé publique et dans les domaines de la politique sociale qui ont d'importantes conséquences sur la santé, comme l'éducation, les transports et le logement. Elles présentent différents problèmes pour les évaluateurs, en plus des difficultés pratiques et méthodologiques que toute évaluation réussie doit surmonter. En 2000, le Medical Research Council (MRC) a publié un cadre<sup>1</sup> pour aider les chercheurs et les bailleurs de fonds à reconnaître et à adopter les méthodes appropriées. Le cadre a été très influent et le document du BMJ qui l'accompagne est largement cité. Cependant, une expérience précieuse a depuis accumulé des méthodes conventionnelles et plus novatrices. Ce document a maintenant été incorporé dans les lignes directrices révisées et actualisées publiées récemment par la MRC ([www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance](http://www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance)). Dans cet article, les auteurs résument les questions qui ont motivé la révision et les messages clés de la nouvelle orientation.

#### 153. [HÖGLEN, P. \(2008\)](#)

Høglend, P., & Bøgwald, K. P. (2008). Transference Interpretations in Dynamic Psychotherapy: Do They Really Yield Sustained Effects? *Am J Psychiatry*, 165, 763-771.

**Résumé:** Objectif: L'interprétation du transfert est demeurée un ingrédient essentiel de la tradition psychodynamique, malgré des preuves empiriques limitées quant à son efficacité. Dans cette étude, les

auteurs ont examiné les effets à long terme des interprétations de transfert. Méthode: Il s'agissait d'un essai clinique contrôlé randomisé, d'une méthode de démantèlement et d'évaluations de suivi 1 an et 3 ans après la fin du traitement. Une centaine de patients ambulatoires cherchant une psychothérapie pour la dépression, l'anxiété, les troubles de la personnalité et les problèmes interpersonnels ont été renvoyés aux thérapeutes de l'étude. Les patients ont été randomisés pour recevoir des séances hebdomadaires de psychothérapie dynamique pendant 1 an avec ou sans interprétations de transfert. Cinq séances complètes de chaque thérapie ont été évaluées afin de documenter la fidélité au traitement. Les variables de résultat étaient les échelles de fonctionnement psychodynamique (évaluées par le clinicien) et l'inventaire des problèmes interpersonnels (auto-évaluation). L'évaluation de la qualité des relations entre les objets (échelle de la vie) et la présence d'un trouble de la personnalité ont été postulées comme modérateur des effets du traitement. Le changement dans le temps a été évalué à l'aide de modèles linéaires mixtes. Résultats: Malgré l'absence d'efficacité thérapeutique différentielle, les deux traitements ont montré une amélioration significative pendant le traitement et également après la fin du traitement. Cependant, les patients ayant un profil de vie avec de mauvaises relations d'objet profitent davantage de 1 an de traitement avec interprétations de transfert que de thérapie sans interprétations de transfert. Cet effet a été soutenu tout au long de la période d'étude de 4 ans. Conclusions: Le but de l'interprétation du transfert est l'amélioration soutenue des relations du patient en dehors de la thérapie. L'interprétation du transfert semble particulièrement importante pour les patients ayant des problèmes interpersonnels de longue date et plus sévères

#### **154. [KAZDIN, A.E. \(2008\)](#)**

Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol*, 63(3), 146-159.

Résumé : La fracture de longue date entre la recherche et la pratique en psychologie clinique a reçu une attention accrue dans la perspective de l'élaboration d'interventions et de pratiques fondées sur des preuves, de l'intérêt public, de la vision générale et de la gestion des services psychologiques. L'écart s'est reflété dans les préoccupations des praticiens à propos de l'applicabilité des résultats de la recherche en psychothérapie comme guide pour le travail clinique et dans les préoccupations des chercheurs sur la façon dont le travail clinique est mené. La recherche et la pratique sont unis dans leur engagement à offrir le meilleur de la connaissance et des méthodes psychologiques pour améliorer la qualité des soins aux patients. Cet article met en évidence les questions dans le débat recherche - pratique, comme toile de fond pour le rapprochement. Des suggestions sont faites pour des modifications et des changements de priorité dans la recherche en psychothérapie et la pratique clinique. Les changements visent à faire en sorte que la recherche et la pratique contribuent à notre base de connaissances et qu'elles fournissent une information qui puisse être utilisée plus facilement pour améliorer les soins aux patients. C'est aussi que ce processus permette de réduire le hiatus perçu et réel entre la recherche et la pratique.

**155. [KNOX ET AL \(2008\)](#)**

Knox, S., Hill, C. E., Hess, S. A., & Crook-Lyon, R. E. (2008). Case studies of the attainment of insight in dream sessions: Replication and extension. *Psychotherapy Research*, 18, 200-215.

**156. [KUHNE, N., ABERNOT, Y., & CAMUS, D. \(2008\)](#)**

Kuhne, N., Abernot, Y., & Camus, D. (2008). Le Q-sort, un outil pur la recherche en soins. Le cas des représentations chez les infirmiers en psychiatrie de l'âge avancé. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 46-56.

**Résumé.** Le Q-sort est une technique permettant de mettre au jour des profils d'attitudes à l'égard d'un ensemble d'énoncés, évalués les uns par rapport aux autres. Issue de la méthodologie Q, l'analyse qualitative des tris réalisés au moyen d'un Q-sort recourt pour partie à des outils quantitatifs. Cette méthode est particulièrement intéressante dans le domaine des professions de santé, où la prise en compte des profils d'attitudes des professionnels ou des patients est de première importance. Cette méthode est discutée ici et un exemple d'application aux conceptions des soignants à propos de la place des proches dans les soins en psychiatrie de l'âge avancé est exposé.

**157. [MCCARTHY, K. S. ET BARBER, J. P. \(2009\)](#)**

McCarthy, K. S., & Barber, J. P. (2009). The multitheoretical list of therapeutic interventions (MULTI): Initial report. *Psychotherapy Research*, 19, 96-113.

**Résumé :** La liste multithéorique des interventions thérapeutiques (MULTI) évalue les interventions dans huit orientations de psychothérapie différentes (comportementales, cognitives, dialectiques-comportementales, interpersonnelles, centrées sur la personne, psychodynamiques, expérimentales et facteurs communs) et du point de vue des patients, des thérapeutes et des observateurs. La consistance interne pour les sous-échelles était modérée à élevée. La moitié de la fiabilité était modérée pour les patients et de faible à modérée pour les thérapeutes et les observateurs non formés. La fiabilité internjuges pour les sous-échelles était faible pour les évaluateurs non formés, mais modérée pour les évaluateurs compétents en psychothérapie. Un modèle des sous-échelles MULTI représentant différentes orientations de psychothérapie s'adapte adéquatement aux données, mais sans parcimonie dans une analyse factorielle confirmatoire. Les niveaux de sous-échelles MULTI ont prédit avec succès des séances de différentes orientations de psychothérapie. Le MULTI semble être un outil prometteur pour enquêter sur les interventions qui se produisent dans différentes psychothérapies.

**158. [KAZDIN, A. E. \(2009\)](#)**

Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19, 419-428.

**Résumé :** La riche littérature de recherche sur les psychothérapies pour les enfants, les adolescents et les adultes a identifié plusieurs interventions qui peuvent améliorer ou apporter des changements importants

dans les troubles psychiatriques et une variété de problèmes sociaux, comportementaux et émotionnels et qui peuvent améliorer les résultats médicaux et le rétablissement. Après des décennies de recherche en psychothérapie et des milliers d'études, il n'y a aucune explication fondée sur des preuves sur la façon dont comment ou pourquoi les interventions, même les plus étudiées, produisent le changement, c'est à dire, les mécanismes par lesquels les traitements fonctionnent. Cet article traite des exigences centrales pour démontrer les médiateurs et les mécanismes de changement. Sont aussi présentées les lignes de travail prometteuses pour identifier les médiateurs et les mécanismes, les moyens d'amener à soutenir de multiples types de preuves, les recommandations visant à faire des progrès dans la compréhension de la façon dont la thérapie fonctionne, et les défis conceptuels et de recherche dans l'évaluation des médiateurs et des mécanismes.

#### **159. [LUTZ, W. ET HILL, C. \(2009\)](#)**

Lutz, W., & Hill, C. E. (2009). Quantitative and qualitative methods for psychotherapy research: introduction to special section. *Psychother Res*, 19(4-5), 369-373.

**Résumé :** Ce numéro spécial peut être utilisé comme une ressource pour la planification et la conception de nouvelles études, pour analyser les résultats des données existantes, et comme base pour enseigner des méthodes avancées dans la recherche en psychothérapie. Ce numéro spécial peut être divisé en deux parties. Dans la première partie, nous nous concentrons sur les questions liées à la recherche quantitative, qui repose sur le nombre et les analyses statistiques. Les méthodes quantitatives reflètent le paradigme prédominant utilisé pour la recherche en psychothérapie depuis sa création il ya plus de 100 ans. Les méthodes quantitatives sont devenues de plus en plus complexes au cours des années, et il y a donc beaucoup de questions dont le chercheur en psychothérapie doit être au courant. Dans la deuxième partie, nous nous concentrons sur les méthodes qualitatives et mixtes, qui sont apparues plus récemment, peut-être en partie en juxtaposition à la sophistication croissante des méthodes quantitatives. Les méthodes qualitatives s'appuient davantage sur les mots, les récits et le jugement clinique, apportant une partie de la qualité humaniste à la recherche. À ce stade, les méthodes quantitatives et qualitatives sont considérées comme positives dans la recherche en psychothérapie, bien que, bien sûr, les chercheurs individuels tendent généralement à préférer une approche par rapport à l'autre.

#### **160. [THURIN, M., LAPEYRONNIE, B., THURIN, J. M., & ABLON, J. S. \(2009\)](#)**

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

**Résumé :** Les études actuelles montrent que les pratiques sont beaucoup plus complexes que la présentation des approches ne le laisse supposer. Une véritable connaissance des changements et de leurs mécanismes suppose une description qui aille au delà des modèles et qui prenne en compte le patient, le thérapeute et la relation patient-thérapeute... ainsi que la temporalité des changements. Nous entrons ici

dans le processus. Alors que les évaluations « avant-après » appréhendent le changement comme s'il était global et homogène, le processus permet de repérer quelles en sont les étapes et comment des registres très différents du patient se trouvent progressivement mobilisés. L'évolution du patient peut être appréciée pour une part en fonction de ses changements « externes » (ses symptômes, ses comportements et ses activités, notamment relationnelles) et « internes » (ses représentations, l'évolution de son insight, ses fonctionnements). Mais sa dynamique et les médiateurs qui y participent ne peuvent être véritablement appréhendés qu'à partir de la réalité de la psychothérapie qui est à la fois un espace de réflexion, d'élaboration et de relation, dans lequel s'exerce l'action thérapeutique du clinicien. Décrire les principales caractéristiques de ce qui se noue dans cette scène concrète des changements en psychothérapie, à partir d'un langage commun et suivant une procédure de description commune, tel est l'objectif qu'ont réalisé Enrico E. Jones et ses collaborateurs en proposant l'instrument qui vous est présenté dans ce numéro, (dans sa traduction française validée), le Psychotherapy Process Q-set (PQS). Cette publication est réalisée avec l'autorisation des Éditions Jason Aronson. Le PQS est aujourd'hui l'instrument de référence dans le champ des études sur le processus et des relations entre processus et résultats. Il est très largement utilisé au niveau international. Il a donné, et donne lieu, à de nombreuses études sur des questions très diverses dont nous présenterons un aperçu dans un prochain numéro. Il intéressera aussi le clinicien dans sa pratique courante. Il est utilisé dans le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques, ainsi que la version enfant, le Child Psychotherapy Q-set qui a été élaboré par Celeste Schneider et Jones.

#### **161. [IWAKABE S, GAZZOLA N. \(2009\)](#)**

Iwakabe S, Gazzola N. From single-case studies to practice-based knowledge: aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy research*, 2009;19(4-5):601-11.

Résumé : Les développements récents de la méthodologie de l'étude de cas reflètent un intérêt croissant que les cliniciens et les chercheurs partagent dans la création d'une base de connaissances cliniquement utiles et empiriques à partir d'études de cas individuels. Le présent article décrit trois types d'études monocentriques (cliniques, expérimentales, systématiques) et examine leurs contributions potentielles à la recherche en psychothérapie. Il présente ensuite trois façons d'agréger et de synthétiser des études de cas individuel pour améliorer la compréhension clinique: (a) une base de données de cas qui permet aux cliniciens de rechercher efficacement les cas pertinents, (b) une métasynthèse d'études de cas uniques qui intègre des thèmes communs dans des cas semblables et (c) une méthode de comparaison de cas individuels dans laquelle des cas étroitement appariés sont comparés pour identifier à la fois les processus thérapeutiques et les obstacles.

**162. PASCUAL-LEONE, A., GREENBERG, L. S., PASCAUL-LEONE, J. (2009)**

Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (2009). Developments in task analysis: new methods to study change. *Psychother Res*, 19(4-5), 527-542.

**Résumé :** Cet article fournit un aperçu conceptuel de l'analyse de tâches, qui est une approche intrinsèquement multi-méthode. Les auteurs présentent la méthode comme un modèle illustratif étape par étape pour les chercheurs qui cherchent à développer des modèles qualitativement riches de changement et des mesures quantitatives qui correspondent à ces modèles de changement. L'article actuel fournit un cadre épistémologique pour développer des modèles descriptifs et causaux de changement. Il offre également une comparaison avec d'autres méthodes d'enquête qui sont exclusivement de nature qualitative et ne mettent pas explicitement en évidence l'utilisation de la théorie dans le développement de modèles. En outre, les auteurs décrivent les développements récents dans l'analyse de tâches pour la modélisation dynamique. Parallèlement, ils articulent les progrès dans la relation entre le développement de la construction analytique des tâches et le développement de la mesure.

**163. SCHNEIDER, C., PRITZEL-THOMAS, A., & MIDGLEY, N. (2009)**

Schneider, C., Pritzel-Thomas, A., & Midgley, N. (2009). Discovering new ways of seeing and speaking about psychotherapy process: The Child Psychotherapy Q-set. In N. Midgley, J. Anderson, E. Grainger, T. Nestic-Vuckovic, & C. Urwin (Eds.), *Child Psychotherapy and Research*. (pp. 72-84): Routledge Taylor & Francis Group.

**164. SCHORE, A. N. (2009)**

Schore, A. N. (2009). Relational trauma and the developing right brain: an interface of psychoanalytic self psychology and neuroscience. *Ann N Y Acad Sci*, 1159, 189-203.

**Résumé :** La psychanalyse, la science des processus inconscients, a récemment subi une transformation significative. La psychologie du soi, issue des travaux de Heinz Kohut, représente peut-être la plus importante révision de la théorie de Freud en réorientant ses concepts de base de l'intrapsychique à un inconscient relationnel et d'un moi cognitif à un auto-traitement de l'émotion. En tant que résultat d'un intérêt commun pour les processus essentiels, rapides, physiques, affectifs qui se trouvent sous la conscience, un dialogue productif se produit actuellement entre la psychanalyse et les neurosciences. Ici, l'auteur applique cette optique interdisciplinaire, pour une meilleure compréhension des mécanismes inconscients du cerveau / corps / esprit qui sont à la base de la psychologie du soi. Je propose une conception neuropsychanalytique du développement et de la structuration du soi, en se concentrant sur la maturation dépendant de l'expérience du cerveau droit de traitement de l'émotion dans l'enfance. J'articule ensuite un modèle interdisciplinaire de traumatisme de l'attachement et de dissociation pathologique, une défense se formant précocement contre l'affect écrasant qui est un trait cardinal des psychopathologies du self. L'auteur termine par quelques réflexions sur le mécanisme du processus de changement psychothérapique et



suggère que la psychologie du soi est, par essence, une psychologie des fonctions uniques du cerveau droit et qu'un rapprochement entre la psychanalyse et les neurosciences est maintenant à portée de main.

**165. [STILES, W. E. \(2009\)](#)**

Stiles, W. B. (2009). Logical Operations in Theory-Building Case Studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 5(3), 9-22.

**Résumé :** Les opérations logiques impliquées dans les études de cas de construction théorique incluent la déduction (cohérence logique et interconnexion), l'induction (application des observations à la théorie) et l'abduction (création, raffinement et élaboration de la théorie). Le produit de la recherche théorique est le récit d'un phénomène sous forme de mots et d'autres signes. Le contrôle scientifique de la qualité de la théorie est réalisé en comparant les déclarations théoriques et les observations. Dans les études de cas, les observations de cas détaillées sont comparées à des théories cliniques détaillées. Les significations stables des termes et l'interconnexion logique (déductive) permettent des observations empiriques (inductives) sur un principe d'une théorie pour affecter la confiance dans d'autres principes. Les chercheurs modifient de manière créative leurs théories, en leur ajoutant (abduction) ou en les modifiant, pour qu'ils correspondent à des observations accumulées. De cette façon, les observations sur les cas imprègnent les théories, de sorte que les mots de la théorie véhiculent l'expérience accumulée des chercheurs précédents.

**166. [TASCA & GALLOP \(2009\)](#)**

Tasca, G. A., & Gallop, R. (2009). Multilevel modeling of longitudinal data for psychotherapy researchers: I. The basics. *Psychother Res*, 19(4-5), 429-437.

**Résumé.** Les chercheurs en psychothérapie s'intéressent souvent au changement ou au développement au fil du temps (c'est-à-dire du pré- au post-traitement et au suivi ou au développement de variables de processus à travers plusieurs séances). Les méthodes traditionnelles d'évaluation du changement et du développement sont souvent insatisfaisantes en raison des violations des hypothèses statistiques et parce qu'elles ne modélisent pas les changements individuels. Les méthodes modernes d'analyse longitudinale des données, y compris les modèles multiniveaux (MLM), offrent l'occasion de modéliser les fluctuations dynamiques des données individuelles à travers le temps. L'objectif de cet article est de se concentrer sur les fondamentaux des MLM pour l'analyse longitudinale des données dans la recherche en psychothérapie. Pour ce faire, les auteurs illustrent les équations de base des MLM et une stratégie pour développer des modèles de plus en plus complexes. Ils présentent également les données d'une recherche en psychothérapie comme un exemple de l'application des MLM. Enfin, ils introduisent quelques réserves et des conseils pour la conduite et la présentation des MLM.

**167. [THURIN, JM. \(2009\)](#)**

Thurin, J. M. (2009). Évaluation du changement en psychothérapie. *Thérapie Familiale*, 30, 235-250.

Caractériser et Comprendre le Processus de Changement des Psychothérapies Complexes

**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.

**168. TSCHACHER, W. ET RAMSEYER, F. (2009)**

Tschacher, W., & Ramseyer, F. (2009). Modeling psychotherapy process by time-series panel analysis (TSPA). *Psychother Res*, 19(4-5), 469-481.

**169. GALLOP & TASCA (2009)**

Gallop, R., & Tasca, G. A. (2009). Multilevel modeling of longitudinal data for psychotherapy researchers: II. The complexities. *Psychother Res*, 19(4-5), 438-452.

**Résumé.** Les auteurs ont antérieurement passé en revue les éléments de base et les étapes de la construction de modèles multiniveaux (MLM) pour les données longitudinales généralement trouvées dans la recherche en psychothérapie. L'objectif de cet article est de se concentrer sur les complexités associées au MLM pour l'analyse longitudinale des données dans la recherche en psychothérapie, ce qui peut entraîner une utilisation correcte ou un mauvais usage de la structure de modélisation. Pour ce faire, les auteurs illustrent des scénarios complexes et discutent des problèmes dans la mise en œuvre et l'interprétation du

MLM: (a) l'impact des données manquantes dans le MLM, (b) la détermination de la complexité de la structure de covariance et son implication sur l'interprétation du modèle, (c) les problèmes de centrage, (d) le diagnostic de modèle pour MLM, (e) la formation du modèle, y compris la mise en œuvre dépendante du traitement du temps et la distribution du résultat, et (f) l'estimation de modèle. Les auteurs présentent également des données provenant de contextes de recherche en psychothérapie comme exemples de situations complexes. Enfin, ils offrent quelques réserves et des conseils pour reconnaître ces complexités et le processus approprié pour assurer la mise en œuvre précise de la MLM et l'interprétation des résultats.

#### 170. [ELLIOTT, R. \(2010\)](#)

Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135.

**Résumé.** La recherche sur les processus de changement (RPC) est l'étude des processus par lesquels le changement se produit en psychothérapie. Elle représente un complément nécessaire aux essais cliniques randomisés et à d'autres formes de recherche sur l'efficacité. Dans cet article, l'auteur décrit et évalue quatre types de RPC. Les trois premiers sont des designs de base. Ils incluent les études processus/résultats quantitatives, les facteurs qualitatifs utiles et le processus séquentiel micro analytique. Le quatrième type de RPC, l'approche des événements significatifs, se réfère à des méthodes telles que l'analyse des tâches et l'analyse de processus globale qui intègrent les trois premiers. Les forces et les faiblesses de chaque conception sont décrites et résumées à l'aide de critères causaux et pratiques, dans le cadre d'un argument général pour le pluralisme méthodologique systématique.

#### 171. [HILSENROTH, M. \(2010\)](#)

Evidence-Based Case Study for possible publication in *Psychotherapy*.

<https://www.apa.org/pubs/journals/pst/evidence-based-case-study.aspx>

Cette section de l'étude de cas basée sur les preuves n'est pas réservée à des analyses de séries chronologiques statistiques avancées de processus ou de données sur les résultats, bien que ces articles puissent être certainement les bienvenus. De simples analyses de mesures de résultats standardisés par voie de méthodes de signification clinique et de taille d'effet sont suffisants, tout ce qui peut être facilement exploité à la main ou avec une calculatrice. Les auteurs qui ont mené un essai d'efficacité potentielle ou essai d'efficacité en conditions naturelles sur un type particulier de traitement, qui ont collecté des mesures standardisées de processus et des mesures de résultats dans le traitement, en plus de l'utilisation de l'audio / vidéo des séances devraient envisager de présenter une étude de cas basée sur des preuves. De même, tout clinicien en pratique privée qui voudrait ajouter ces éléments au début d'un nouveau cas devrait également envisager de se soumettre à cette série spéciale. Chaque personne qui peut avoir un intérêt à présenter une étude de cas basée sur des preuves est invitée à contacter M. Hilsenroth à l'adresse suivante s'il a des questions au sujet de ce processus: [Psychotherapy@adelphi.edu](mailto:Psychotherapy@adelphi.edu)

Traduction de l'ensemble du texte : [Thurin, J.M. Données probantes en psychothérapie, l'étude de cas \(2013\). Pour la recherche, 77-78, 5.](#)

**172. [KRASTINOVA E., \(2010\)](#)**

Krastinova E. (2010). Causalité dans les études observationnelles : bibliographie et application dans une étude de patients co-infectés par le VIH et le VHC. Thèse Université Paris Diderot

**Résumé.** Les essais randomisés sont la référence dans l'évaluation thérapeutique. La randomisation permet de rendre les groupes comparables. Elle permet d'imputer une différence du critère de jugement au traitement évalué et d'affirmer la nature causale de la relation observée. Cependant, les études randomisées ne sont pas toujours réalisables d'où l'importance des études observationnelles en médecine. Différents problèmes méthodologiques sont rencontrés dans l'analyse de ces études. Comme le traitement n'est pas randomisé, il est souvent guidé par les caractéristiques initiales des patients. Celles-ci peuvent aussi être liées au critère de jugement ce qui peut aboutir à une erreur dans l'estimation de l'effet du traitement. De plus, dans les données longitudinales il faut tenir compte des variables et des expositions qui varient au cours du temps. Actuellement, on utilise des outils statistiques qui mesurent l'association. Ces outils ne fournissent aucune appréciation sur la nature causale de cette association. L'objectif de ce travail est de faire une synthèse des méthodes d'inférence causale développées récemment pour l'analyse de données observationnelles, qui permettent de prendre en compte les expositions variant au cours du temps, puis de les appliquer dans une étude de cohorte de patients co-infectés par le VIH et VHC pour étudier l'effet du traitement antirétroviral (ARV) et anti-hépatite C sur la survenue des événements graves qui définissent le stade terminal de la cirrhose (STC). Nous avons identifié deux différentes approches : les modèles marginaux structuraux qui utilisent la pondération par l'inverse de la probabilité d'être traité et les « modèles structuraux nichés » utilisant la g-estimation. Au total 248 sujets ont été inclus avec une médiane de suivie de 5,6 ans. Nous avons étudié l'effet des différents régimes d'ARV sur la survenue de STC, ainsi qu'un traitement de deuxième ligne contre le VHC.

**173. [NORCROSS, J. C. ET WAMPOLD, B. E. \(2010\)](#)**

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2010). What Works for Whom: Tailoring Psychotherapy to the Person. *J Clin Psychol*, 67(1-6)

**Résumé.** Cet article présente le numéro du *Journal of Clinical Psychology*: In Session consacré à des moyens d'adaptation de la psychothérapie, basés sur des données probantes, aux caractéristiques du patient (transdiagnostique). Les praticiens savent depuis longtemps que le traitement doit être adapté à l'individualité du patient et à la singularité de son contexte, mais il n'y a que peu de recherches empiriques qui ont permis de guider efficacement la pratique. Cet article passe en revue les travaux d'un groupe de travail inter divisions et ses deux objectifs: identifier des éléments de relations thérapeutiques efficaces (ce qui fonctionne en général) et identifier des méthodes efficaces d'adaptation du traitement au patient (ce qui fonctionne en particulier). Le groupe de travail a jugé que quatre caractéristiques du patient (réactance / résistance, préférences, culture, religion / spiritualité) étaient manifestement efficaces pour adapter la psychothérapie et deux autres (étapes de changement, style d'adaptation) probablement efficaces. Deux

autres facettes du patient (attentes, style d'attachement) étaient liées à l'issue de la psychothérapie, mais ne possédaient pas suffisamment de recherches comme moyen d'adaptation. Ce numéro spécial fournit des méthodes de recherche de l'individualisation de la psychothérapie à la personne, en plus de son diagnostic.

**174. [SCHNEIDER, C., MIDGLEY, N., DUNCAN, A. \(2010\)](#)**

Schneider, C., Midgley, N., & Duncan, A. (2010). A “Motion Portrait” of a Psychodynamic Treatment of an 11-Year-Old Girl: Exploring Interrelations of Psychotherapy Process and Outcome Using the Child Psychotherapy Q-Set. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 9(2-3), 94-107.

**Résumé :** Les cliniciens engagés dans la réflexion sur la nature du processus thérapeutique dans le travail avec les enfants font souvent état de leur préoccupation que les mesures traditionnelles de recherche ne rendent pas justice aux interactions complexes qui se déroulent entre le thérapeute et l'enfant. Le Q-Set de psychothérapie infantile (CPQ, Schneider et Jones, 2004) est un instrument conçu pour décrire le processus de la psychothérapie chez les enfants âgés de 3 à 13 ans de manière cliniquement significative et sous une forme appropriée pour la comparaison et l'analyse quantitatives. Le CPQ offre un langage commun pour décrire le processus et l'action thérapeutique qui pourraient permettre un engagement mutuel des cliniciens et des chercheurs avec les questions du processus thérapeutique et de sa relation avec le résultat. Nous décrivons brièvement cette méthode et son application pour étudier le processus thérapeutique et les résultats chez une fille de 11 ans en psychothérapie psychodynamique.

**175. [THURIN, M., THURIN, J.M., SCHNEIDER, C. \(2010\)](#)**

Thurin, M., Thurin, J. M., & Schneider, C. (2010). Traduction française du Child Psychotherapy Process Q-set (CPQ). *Pour la Recherche*, 66(3), 1-12.

**176. [SHEDLER, J. \(2010\)](#)**

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*, 65(2), 98-109.

**Résumé :** La preuve empirique soutient l'efficacité de la thérapie psychodynamique. Les tailles d'effets pour la thérapie psychodynamique sont aussi importantes que celles rapportées pour d'autres thérapies qui ont été activement promues comme «soutenues empiriquement» et «basées sur des preuves». En outre, les patients qui reçoivent une thérapie psychodynamique maintiennent des gains thérapeutiques et semblent continuer à s'améliorer après le traitement. Enfin, les thérapies non psychodynamiques peuvent être efficaces en partie parce que les praticiens les plus compétents utilisent des techniques qui ont longtemps été au cœur de la théorie et de la pratique psychodynamiques. La perception selon laquelle les approches psychodynamiques manquent de soutien empirique ne s'accorde pas avec les preuves scientifiques disponibles et peut refléter une diffusion sélective des résultats de la recherche.

**177. MCLEOD, J., ELLIOTT, R. (2011)**

John McLeod, J., Elliott, R. (2011): Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy, *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 11:1, 1-10

**Résumé.** Historiquement, les études de cas cliniques ont joué un rôle central dans la formation et la pratique en matière de counseling et de psychothérapie, en permettant aux praticiens de se renseigner sur les idées et les interventions développées par leurs collègues. Au cours des dernières années, le développement de méthodes de collecte et d'analyse systématiques des données sur les cas a permis aux recherches sur les études de cas de commencer à contribuer à une base de données probantes pour la politique et la pratique thérapeutiques. Cet article donne un aperçu des caractéristiques de la recherche rigoureuse sur les études de cas, il introduit un ensemble d'études qui illustrent ces principes et examine la pertinence de l'enquête systématique sur les politiques, la pratique et la formation. Si la recherche à partir des études de cas doit remplir son potentiel en tant que source de connaissances issues de la recherche, il est essentiel que les praticiens publient des études de cas plus systématiques qui documentent l'éventail et la portée de la pratique thérapeutique quotidienne. Il est également nécessaire d'effectuer des recherches supplémentaires sur une variété de questions méthodologiques associées à l'enquête sur un seul cas, afin de développer davantage cette approche de la recherche fondée sur la pratique.

**178. IWAKABE, S. (2011)**

Iwakabe, S. (2011). Extending Systematic Case Study Method: Generating and Testing Hypotheses About Therapeutic Factors Through Comparisons of Successful and Unsuccessful Cases. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7(2), 339-350.

**Résumé.** Ce commentaire se concentre sur deux études comparatives de cas, une réalisée par Burckell et McMains (2011) sur la thérapie comportementale dialectique pour le trouble de la personnalité limite, et une réalisée par Watson et al. (2011) et Goldman et al. (2011) sur la thérapie centrée sur les émotions pour la dépression. La méthode de comparaison de cas associée, qui évalue et contraste l'étude d'un cas avec succès avec celle d'un cas sans succès réalisées l'une et l'autre dans des conditions similaires, offre une occasion unique d'approfondir notre compréhension du changement thérapeutique. Les deux thérapies sont des approches intégratives qui sont réalisées cliniquement suivant l'état de l'art et soutenues empiriquement, et qui ont attiré une attention considérable de la part des praticiens et des chercheurs. Dans ce commentaire, l'auteur discute d'abord la méthode de comparaison de cas en faisant la revue des approches de ce type ; il examine ensuite chaque paire d'études de cas en mettant l'accent sur (a) les conclusions sur les facteurs qui influent sur la réussite et le succès limité, et (b) les questions méthodologiques associées à l'application de cette méthode unique. Enfin, il termine son commentaire avec une suggestion pour la réalisation d'études comparatives de cas.

**179. [MESIBOV, G. B. ET SHEA, V. \(2011\)](#)**

Mesibov, G. B., & Shea, V. (2011). Evidence-based practices and autism. *Autism*, 15(1), 114-133.

**Résumé :** Les interventions en faveur de l'autisme sont de plus en plus respectées par des normes telles que la «pratique fondée sur des preuves» en psychologie et la «recherche scientifique» dans l'éducation. Lorsque ces concepts ont émergé dans le contexte de la psychothérapie des adultes et de l'éducation régulière, ils ont suscité une controverse considérable. L'application des concepts aux traitements de l'autisme et à l'éducation spécialisée a soulevé d'autres préoccupations. Une analyse des avantages et des limites des approches actuelles de l'empirisme dans les interventions autistiques est présentée et des suggestions pour les futures recherches sont faites.

**180. [TILLMAN, J. ET AL. \(2011\)](#)**

Tillman J. et al. (2011). Mixed Methods Research design for pragmatic psychoanalytic studies. *JAPA*, 59(5):1023-40.

**Résumé :** Les appels à des études psychanalytiques plus rigoureuses se sont accrus au cours de la dernière décennie. Le domaine a été divisé par ceux qui affirment que la psychanalyse est à proprement parler une entreprise herméneutique et ceux qui la considèrent comme une science. Un débat comparable se retrouve dans la méthodologie de recherche, où les méthodes qualitatives et quantitatives ont souvent été considérées comme occupant des positions orthogonales. Récemment, la recherche avec méthodes mixtes (RMM) est apparue comme une "troisième communauté" viable de recherche, poursuivant une approche pragmatique des efforts de recherche en intégrant des procédures qualitatives et quantitatives dans un seul projet d'étude. Les conceptions de la Recherche avec Méthodes Mixtes et la terminologie associée à cette approche émergente sont expliquées, après quoi la méthodologie est explorée comme une approche intégrative potentielle de la science humaine psychanalytique. Les méthodes de recherche qualitatives et quantitatives sont examinées, ainsi que la façon dont elles peuvent être utilisées dans la recherche avec méthodes mixtes pour étudier les phénomènes humains complexes.

**181. [AMENTA, M. & MESSECA, S. \(2012\)](#)**

Amenta, M. et Messeca, S. (2012) Le groupe de recherche italien. *Pour la recherche*, 73-74, 5-6.

**182. [HENTON, I. \(2012\)](#)**

Henton, I. (2012). Practice-based research and counselling psychology: A critical review and proposal. *Counselling Psychology Review*, 27(3), 11-28.

**183. [INSEL 2012](#)**

Insel, T. R. (2012). Next-Generation Treatments for Mental Disorders. *Science Translational Medicine*, 4(155ps19), 1-9.

#### 184. [LERNER, WHITE & MCPARTLAND \(2012\)](#)

Lerner, M. D., White S. & McPartland J.C. (2012). Mechanisms of change in psychosocial interventions for autism spectrum disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14 : 307-318.

Mécanismes des changements dans les interventions psychosociales pour les troubles autistiques

**Résumé.** Ces dix dernières années ont vu progresser la recherche sur les interventions psychosociales (surtout les thérapies cognitivo-comportementales et les entraînements aux capacités sociales) pour les déficits de communication sociale chez les personnes souffrant de troubles autistiques (TA). Ces recherches ont fourni un support empirique à l'efficacité de ces interventions, mais peu de travaux ont concerné les mécanismes thérapeutiques - les quand, pourquoi, comment, pour qui et sous quelles conditions une action peut induire un changement - qui nécessiteraient d'être identifiés. Les méthodes d'évaluation de ces mécanismes (par exemple, les médiateurs, les modérateurs) sont décrites ici et l'article présente ceux susceptibles d'être des mécanismes communs influant sur la réponse au traitement : modification du comportement, relations thérapeutiques, connaissance sociale, motivation sociale, processus d'information sociale, fonctionnement exécutif et comorbidités internalisées. Enfin, sont analysées les futures directions comme un programme de recherche d'action psychosociale élaboré pour identifier les prédicteurs de différences individuelles de réponse au traitement (y compris les biomarqueurs), isoler les agents thérapeutiques actifs et diffuser des interventions optimisées.

#### 185. [PHAM-ORSETTI, H. \(2012\)](#)

Thèse de doctorat en Médecine. Recherche évaluative et psychothérapies psychodynamiques : vers un nouveau paradigme méthodologique ? , Université Paris-Descartes, Paris, France.

#### 186. [THURIN, J. M., THURIN, M., & MIDGLEY, N. \(2012A\)](#)

Thurin, J. M., Thurin, M., & Midgley, N. (2012). Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(3), 187-193.

**Résumé.** Avec la conscience croissante de certaines limites des essais contrôlés randomisés comme "étalon-or" de l'évaluation de la psychothérapie, les chercheurs du début du XXI<sup>e</sup> siècle se sont penchés sur un certain nombre de nouvelles priorités : Développer des études dans des conditions naturelles ; Étudier le processus psychothérapeutique pour mieux comprendre les conditions, les causes et les mécanismes de changement ; Réduire le fossé entre les cliniciens et les chercheurs. Ces trois objectifs en inter relation peuvent-ils être combinés? Un réseau Français de recherche basé sur la pratique de la psychothérapie (PRN) est utilisé comme domaine de recherche pour ces questions. Une enquête a été utilisée pour étudier les conditions qui ont encouragé les cliniciens à participer à l'étude PRN dans le contexte de l'opposition générale des cliniciens à la recherche. Plusieurs éléments sont apparus comme étant la clé de la



participation positive des cliniciens à la recherche : La méthodologie mise en œuvre (études de cas intensives pendant un an) ; Le choix des mesures ; L'attention constante aux aspects pratiques et la contribution potentielle des études à la pratique clinique ; L'organisation du travail dans les groupes de pairs ; Les méthodes de formation ; L'utilisation des nouvelles technologies de l'information et le sentiment de participation à un projet qui soutiendrait la profession. Ces éléments sont discutés brièvement en relation avec la question de la meilleure façon d'encourager les cliniciens à s'engager dans la recherche.

#### **187. THURIN ; J. M. (2012B)**

Thurin, J. M. (2012). L'étude de cas, au cœur de la formation et de la recherche en psychothérapie. *Perspectives Psy*, 51(4), 364-373.

**Résumé** : Cet article explore l'étude de cas dans sa capacité à faire face à la complexité des cas cliniques et à fournir des données scientifiques sur le processus de changement en psychothérapie. Passant en revue l'histoire de la recherche en psychothérapie, l'auteur explique l'impossibilité des études classiques de la médecine basée sur les preuves à saisir la richesse de la relation entre le patient et le thérapeute, et d'apporter aux cliniciens des connaissances appropriées sur les décisions thérapeutiques concernant les cas individuels. Soulignant la nécessité de méthodes alternatives, il montre l'intérêt de réunir un nombre suffisant d'études de cas en utilisant une approche standardisée avec groupe de pairs et décrit les lignes directrices pour la conduite de telles recherches en psychothérapie.

#### **188. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2013)**

American Psychological Association. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy (Chic)*, 50(1), 102-109.

#### **189. BLANC, R. MALVY, J. & BARTHELEMY, C. (2013)**

Blanc, R., Malvy, J., Dansart, P., Bataille, M., Bonnet-Brilhault, F., & Barthélémy, C. (2013). La thérapie d'échange et de développement, une rééducation neurofonctionnelle de la communication sociale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(5), 288-294.

**Résumé** : La thérapie d'échange et de développement (TED) s'appuie sur une conception neurofonctionnelle et développementale de l'autisme. Elle vise à rééduquer, sur la base de séquences de « jeu social » structure, les fonctions sous-tendues par les systèmes cérébraux de la communication sociale : l'attention à autrui, l'intention, l'imitation, etc. Les principes neurophysiologiques de base mis en œuvre sont « la curiosité physiologique », « l'acquisition libre ». Les conditions de sérénité, disponibilité et de réciprocité facilitent les ajustements réciproques enfant-adulte et les synchronisations. Cette thérapie rééducative est réalisée dans le contexte de séances ludiques adaptées au profil de développement de l'enfant dans tous les domaines. Les changements induits par la TED (comportement, développement, fonctionnement) sont mesurés lors du suivi par des évaluations comportementales et psychologiques standardisées. En application à cette méthode, une étude portant sur 35 enfants avec autisme suivis pendant neuf mois montre

une amélioration des capacités d'échange et de communication obtenue chez des enfants dont l'autisme peut être sévère associé à un retard de développement. Cette thérapie rééducative est particulièrement indiquée chez les enfants jeunes avant quatre ans, période de plasticité cérébrale maximale. La TED est l'un des éléments majeurs du projet thérapeutique et éducatif global pluridisciplinaire élaboré pour l'enfant en lien étroit avec la famille.

#### 190. [FISHMAN 2013](#)

Fishman, D. B. (2013). The Pragmatic Case Study Method for Creating Rigorous and Systematic, Practitioner-Friendly Research. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(4), 403-425.

**Résumé.** Les études de cas en psychothérapie permettent de se relier directement au travail des praticiens parce qu'elles sont basées sur le même type de situation avec laquelle travaillent les cliniciens: le cas unique. Il n'est donc pas surprenant que les études de cas aient joué le rôle le plus important dans le développement d'un large éventail de modèles thérapeutiques, tels que la psychanalyse, la thérapie comportementale ou la thérapie centrée sur le patient. Cependant, jusqu'à récemment, les études de cas comme méthode de recherche sont tombées en désuétude, étant considérées comme subjectives et journalistiques. Cette situation a changé avec le développement du mouvement philosophique postmoderne, qui a encouragé le pluralisme dans les sciences sociales, et qui a stimulé en retour de nouvelles approches de l'étude de cas comme méthode sérieuse de recherche en psychothérapie. Cet article examine l'une de ces approches, l'étude de cas pragmatique, fondée sur le modèle des « méthodes mixtes » qui se développent rapidement dans les sciences sociales et qui cherchent de nouvelles voies pour intégrer les plans et les données de recherches qualitatives et quantitatives. L'article commence par une revue des divers types de recherches en psychothérapie, puis présente la structure de base d'une étude de cas pragmatique, dans la perspective de la thérapie vue comme un système adaptatif complexe et comme un exemple de ce que Peterson (1991) décrit comme modèle de « l'investigation disciplinée » de la pratique professionnelle. L'article fournit ensuite une idée plus concrète de l'étude de cas pragmatique en résumant les directives pour écrire une telle étude pour le journal en ligne *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* (PCSP), et en décrivant la structure d'un exemple spécifique d'une étude de cas pragmatique publiée dans ce journal, le cas de Caroline de Ueli Kramer.

#### 191. [MCLEOD \(2013\)](#)

McLeod, J. (2013). Increasing the Rigor of Case Study Evidence in Therapy Research. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 9(4), 382-402.

Dans cet article, l'auteur présente en détail quatre protocoles d'études de cas : les études de cas orientées vers les résultats, les études de cas orientées vers la théorie, les études pragmatiques de cas et les études de cas expérientielles ou narratives

**192. HILL & BAUMANN (2013)**

Hill, C. E., Chui, H., & Baumann, E. (2013). Revisiting and Reenvisioning the Outcome Problem in Psychotherapy: An Argument to Include Individualized and Qualitative Measurement. *Psychotherapy (Chic)*, 50(1), 68-76.

**Résumé :** Nous passons en revue le débat historique sur l'évaluation des résultats de la psychothérapie, ainsi que l'état actuel de la recherche sur les résultats. Bien que des progrès dans les techniques statistiques nous aient permis de conclure que la psychothérapie est efficace, nous estimons que la mesure statistique typique ne permet pas aux chercheurs de démontrer la complexité du changement pour les individus. Nous recommandons donc que les chercheurs incluent des approches individualisées et qualitatives dans leurs évaluations des résultats de la psychothérapie.

**193. MOLINIE, M., GAUSSET, M.-F., DE OLIVEIRA, D. ET AL. (2013)**

Molinié, M., Gausset, M.-F., & Alves de Oliveira, D. (2013). Les cliniciens et la recherche sur les psychothérapies : réflexions d'un groupe de pairs. *Pour la Recherche*, 79(4), 7-8.

**194. THURIN, J. M. (2013)**

Thurin, J. M. (2013). Réseaux de recherches fondées sur les pratiques : contexte international. *Pour la Recherche*, 77-78(3), 2-3.

**195. THURIN, J. M., FALISSARD, B., THURIN, M. (2013)**

Thurin, J. M., Falissard, B., & Thurin, M. (2013). *Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques. Rapport d'étape à 4 ans*. Retrieved from [http://www.techniques-psychotherapies.org/Reseau/PoleAutisme/Rapports/RapportRRFPPAUT\\_2013\\_v3a.pdf](http://www.techniques-psychotherapies.org/Reseau/PoleAutisme/Rapports/RapportRRFPPAUT_2013_v3a.pdf)

**196. THURIN, J. M., THURIN, M. GUIBERT, M. 2013**

Thurin, J. M., Thurin, M., & Guibert, M. (2013). Données probantes en psychothérapie (2). Méthodologie et analyse : le cas Anna. *Pour la Recherche*, 77-78, 6-12.

**197. STILES, W. B., HILL, C. E., & ELLIOTT, R. (2014)**

Stiles, W. B., Hill, C. E., & Elliott, R. (2014). Looking both ways. *Psychother Res*, 1-12.

**Résumé :** A l'occasion du 25e anniversaire de la revue, *Psychotherapy Research*, trois anciens rédacteurs font un retour sur : (a) la persistance controversée du verdict Dodo (ie, l'observation que toutes les thérapies, de bonne foi, semblent toutes aussi efficaces); (b) la connexion entre le processus et les résultats; (c) la transition vers le pluralisme méthodologique; et (d) la politisation du champ, autour de la pratique et du traitement, des lignes directrices fondées sur des preuves. Les auteurs examinent ensuite les 25 années suivantes, suggérant qu'il serait prometteur de se concentrer sur trois domaines: (a) la recherche systématique sur la construction de la théorie ; (b) une attention renouvelée à l'étude de grain fin des

techniques des thérapeutes; et (c) la recherche politiquement opportune sur les résultats des thérapies marginalisées ou émergentes.

**198. [FALISSARD, B. \(2014\)](#)**

Falissard, B. (2014). *Analysis of Questionnaire Data with R*: Taylor & Francis Group.

**199. [HAIR ET AL. \(2014\)](#)**

Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2014). *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*: SAGE Publications.

**200. [KAZDIN, A.E. \(2014B\)](#)**

Kazdin, A. E. (2014). Chapter 9. Observational Research, Case-Control and Cohort Designs Research Design in Clinical Psychology (Fourth ed., pp. 233-264). Harlow: Pearson.

**201. [KAZDIN, A.E. \(2014C\)](#)**

Kazdin, A. E. (2014). Chapter 11. Evaluation of the Single Case in Clinical Work *Research Design in Clinical Psychology* (Fourth ed., pp. 300-327). Harlow: Pearson.

**202. [KAZDIN \(2014\)](#)**

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

Le propos de cet ouvrage est de décrire et expliquer (en 19 chapitres) la conception de la méthodologie et de la recherche. L'objectif se situe au niveau de la psychologie clinique, mais les questions et les méthodes sont pertinentes pour d'autres champs tels que le conseil psychosocial, l'éducation, la psychologie scolaire, la psychiatrie, le travail social et d'infirmier(e). Les thèmes dans chacun de ces champs concernent la théorie, la recherche et l'application. En conséquence, beaucoup des enjeux méthodologiques sont partagés. Le livre élabore les méthodes pour conduire la recherche et un large éventail de pratiques, procédures, et conceptions pour développer une solide base de connaissance.

**203. [CAREY, T. A., & STILES, W. B. \(2015\)](#)**

Carey, T. A., & Stiles, W. B. (2016). Some Problems with Randomized Controlled Trials and Some Viable Alternatives. *Clin Psychol Psychother*, 23(1), 87-95.

**Résumé** : Les essais contrôlés randomisés (ECR) sont actuellement la méthodologie dominante pour l'évaluation des traitements psychologiques. Ils sont largement considérés comme l'étalon-or, et dans le climat actuel, il est peu probable qu'une psychothérapie particulière soit considérée comme fondée sur des données probantes à moins qu'elle n'ait été soumise à au moins un, et habituellement plus, d'ECR. Malgré l'estime dans laquelle ils se déroulent, les ECR présentent de sérieuses lacunes. Ils sont la méthodologie de choix pour répondre à certaines questions, mais ne sont pas bien adaptés pour répondre aux autres. En

particulier, ils semblent peu adaptés pour répondre à des questions liées à la raison pour laquelle les thérapies fonctionnent dans certaines situations et non pas dans d'autres et la façon dont les thérapies fonctionnent en général. Ironiquement, les questions auxquelles les ECR ne peuvent pas répondre sont les questions les plus intéressantes pour les cliniciens et les plus utiles pour les patients. Dans cet article, nous examinons certaines des lacunes des ECR et suggérons un certain nombre d'autres approches. Avec une compréhension plus nuancée des forces et des faiblesses des ECR et une plus grande prise de conscience d'autres stratégies de recherche, nous pourrions commencer à développer une compréhension plus réaliste et précise des options de traitement qui seraient les plus efficaces pour des patients particuliers ayant des problèmes différents et dans différentes circonstances. Message principal : Les praticiens peuvent penser de manière plus critique sur les preuves fournies par les ECR et peuvent contribuer au progrès de la psychothérapie en effectuant des recherches en utilisant différentes méthodologies.

#### **204. [CASTONGUAY MURAN \(2015\)](#)**

Carey, T. A., & Stiles, W. B. (2015). Some Problems with Randomized Controlled Trials and Some Viable Alternatives. *Clin Psychol Psychother*. doi:10.1002/cpp.1942

**Résumé.** Les essais contrôlés randomisés (ECR) sont actuellement la méthode dominante pour évaluer les traitements psychologiques. Ils sont largement considérés comme l'étalon-or et, dans le climat actuel, il est peu probable que toute psychothérapie particulière puisse être considérée comme fondée sur des preuves si elle n'a pas été soumise à au moins un, et généralement plusieurs ECRs. Malgré l'estime dans laquelle ils sont tenus, les ECRs ont de graves lacunes. Ils sont la méthodologie de choix pour répondre à certaines questions, mais ne sont pas bien adaptés pour répondre à d'autres. En particulier, ils semblent mal adaptés pour répondre aux questions connexes qui sont « Pourquoi les thérapies marchent-elles dans certaines situations et pas dans d'autres et comment les thérapies marchent-elles en général ? ». Ironiquement, les questions auxquelles les ECRs ne peuvent pas répondre sont les questions qui ont le plus d'intérêt pour les cliniciens et le plus d'avantages pour les patients. Dans cet article, les auteurs passent en revue quelques-unes des lacunes des ECRs et suggèrent un certain nombre d'autres approches. Avec une compréhension plus nuancée des forces et des faiblesses des ECRs et une plus grande prise de conscience des autres stratégies de recherche, il devient possible de commencer à développer une compréhension plus réaliste et précise des options de traitement qui seraient les plus efficaces pour les patients particuliers avec des problèmes différents et dans des circonstances différentes.

Traduction en Français (JMT): [CareyStiles2015](#)

#### **205. [CASTONGUAY & MURAN \(2015A\)](#)**

Castonguay, L. G., & Muran, J. C. (2015). Fostering collaboration between researchers and clinicians through building practice-oriented research: an introduction. *Psychother Res*, 25(1), 1-5.

**Résumé :** Cet article est une introduction à une série spéciale qui tente de favoriser la collaboration entre cliniciens et chercheurs en présentant les expériences de 11 groupes de contributeurs qui ont mené des recherches axées sur la pratique (ROP) dans divers pays et des milieux naturalistes. Chacun de ces groupes a été invité à décrire le contexte dans lequel se sont déroulées leurs initiatives de collaboration, ainsi que certaines des études menées, les obstacles rencontrés, les stratégies utilisées pour relever ces défis et les bénéfices gagnés. Les auteurs ont également été invités à fournir des recommandations générales pour faciliter les futures ROP. Afin d'intégrer les leçons apprises jusqu'à présent, ainsi que pour consolider les suggestions pour la collaboration future des cliniciens, des chercheurs et d'autres parties prenantes dans le domaine de la santé mentale, la série se termine par un document de conclusion qui identifie les convergences et les caractéristiques particulières qui traversent les partenariats présentés.

#### **206. CASTONGUAY ETAL (2015B)**

Castonguay, L. G., Youn, S. J., Xiao, H., Muran, J. C., & Barber, J. P. (2015). Building clinicians-researchers partnerships: Lessons from diverse natural settings and practice-oriented initiatives. *Psychother Res*, 25(1), 166-184.

**Résumé :** Dans ce document de conclusion, nous identifions le type d'études menées par 11 équipes de contributeurs pour un numéro spécial sur la création de partenariats entre cliniciens et chercheurs. Ces études ont été menées dans différents contextes cliniques. Nous intégrons également les leçons tirées de leurs initiatives de collaboration en termes d'obstacles rencontrés, de stratégies adoptées pour relever ces défis, les avantages obtenus et les recommandations générales proposées pour faciliter les études menées avec ou par des cliniciens. Le document se termine par la réflexion des auteurs sur le succès futur de la recherche axée sur la pratique en général.

#### **207. KRAMER, U., & STILES, W. B. (2015)**

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.

**Résumé :** La réactivité des thérapeutes est définie comme le comportement du thérapeute qui est influencé par le contexte émergent. La réactivité est omniprésente et crée de sérieux problèmes pour une compréhension balistique et cause-effet de la façon dont fonctionne la psychothérapie. Cette revue de littérature conceptuelle examine les façons dont les chercheurs en psychothérapie ont engagé de façon constructive le problème de la réactivité. Nous notons des approches classiques du problème de la réactivité et examinons toutes les citations disponibles de la formulation du problème par Stiles, Honos-Webb et Surko (1998, p.439), en mettant l'accent sur les solutions proposées. Nous avons identifié N = 58 études qui ont cité l'article de 1998 et engagé avec le problème de la réactivité. Ces études, ainsi que des engagements supplémentaires avec le problème de la réactivité identifié par nous et par des collègues ont été examinés. Nous avons distingué six catégories de manières dont les chercheurs ont abordé le problème de la

réactivité: a) démontrer les effets de la réactivité, b) mesurer la réactivité quantitativement, c) décrire qualitativement la réactivité, d) utiliser les mesures d'évaluation, et (f) étendre les concepts de réactivité à des domaines connexes. Il y a des façons d'engager le problème de réactivité qui sont scientifiquement productifs. Cependant, l'engagement approprié du problème peut nécessiter que certains chercheurs en psychothérapie posent des questions différentes de celles qu'ils ont posées précédemment.

#### **208. [WAMPOLD, B. E. \(2015\)](#)**

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*, 270–277.

**Résumé :** Les facteurs communs ont une longue histoire dans le domaine de la théorie de la psychothérapie, de la recherche et de la pratique. Pour comprendre les preuves qui les soutiennent comme des éléments thérapeutiques importants, le modèle contextuel de la psychothérapie est décrit. Ensuite, les preuves, principalement des méta-analyses, sont présentées pour des facteurs communs particuliers, y compris l'alliance, l'empathie, les attentes, l'adaptation culturelle et les différences entre les thérapeutes. Ensuite, la preuve de quatre facteurs liés à la spécificité, y compris les différences de traitement, les ingrédients spécifiques, l'adhésion et la compétence, est présentée. La preuve confirme la conclusion que les facteurs communs sont importants pour produire les bénéfices de la psychothérapie.

#### **209. [THURIN, J.M. \(2016A\)](#)**

Thurin, J. M. (2016). Est-il nécessaire (et possible) d'établir un nouveau système de preuve en psychiatrie pour les psychothérapies et les interventions complexes ? *PSN, 14*(1), 29-51.

La preuve scientifique est une question aiguë en psychiatrie et en santé mentale, notamment pour les psychothérapies et les interventions complexes. Sa traduction en niveaux de preuve reposant pour l'essentiel sur la méthodologie des Essais Cliniques Randomisés (ECR) a des conséquences en chaîne sur les pratiques et la recherche. Un groupe de travail a été constitué sur cette question par la Fédération Française de Psychiatrie. Sur la base de la littérature internationale, et notamment de celle issue de l'Association Américaine de Psychologie qui a été confrontée directement au problème des niveaux de preuve dès le début du mouvement de *l'Evidence-Based Medicine* (EBM), cette question est abordée suivant 3 axes : 1) les problèmes que pose l'application de la méthodologie des ECR aux psychothérapies et interventions psychosociales et la généralisation de leurs résultats au champ clinique ; 2) les alternatives méthodologiques et organisationnelles permettant de sortir de l'impasse actuelle et d'aboutir à une construction de la preuve adaptée aux interventions complexes pratiquées dans le champ clinique ; 3) la nécessaire prise en compte par la HAS de cette situation dans l'élaboration d'un nouveau système de niveau de preuve et gradation.

## 210. [THURIN, J.M. \(2016B\)](#)

Thurin, J. M. (2016). Stress et Mécanismes d'Ajustement Psychosociaux EMC - Psychiatrie; 13, 1-13 [Article 37-400-C-420].

**Résumé.** Cet article s'attache à faire le point sur le stress à partir des mécanismes psychobiologiques et des interactions multiniveaux qui le sous-tendent et qu'il génère. Cet abord fait intervenir plusieurs champs théoriques. Le lecteur y trouvera un point de vue à la fois intégré et précis pour une compréhension des mécanismes de stress au regard des données actuelles. Il cible des questions d'importance pour les recherches à conduire. Il intègre l'histoire du stress chez l'individu dans une démarche intégrative, démarche indispensable à toute prise en charge systémique. Enfin, il déstigmatise la réponse de stress en resituant le stress dans sa fonction de vie et d'adaptation nécessaire à la survie de l'homme. Le stress est bien une réponse normale et essentielle de l'organisme, face à des modifications de l'environnement, pour assurer sa survie.

## 211. [THURIN, J. M. \(2016C\)](#)

Thurin, J.M. (2016). Présentation détaillée de trois articles clés de Kazdin pour une recherche issue des pratiques. *Pour la recherche*, 89, 1-8.

## 212. [THURIN, J. M. \(2017\)](#)

Thurin, J.M. (2017). From the Evaluation of Psychotherapies to Research in Psychotherapy and Psychoanalysis. *Research in Psychoanalysis*, 23(1), 55-68.

**Résumé :** Douze ans se sont écoulés depuis la publication de l'expertise Inserm : Psychothérapie, trois approches évaluées. Où en sommes-nous ? Au niveau international, les études concernant l'efficacité de l'approche psychanalytique se sont multipliées. Parallèlement, les comparaisons d'approches globales sont sorties des priorités de la recherche en psychothérapie, au profit d'études centrées sur les conditions et les causes intervenant dans les processus de changement. En France, un réseau Inserm de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques s'est constitué. Associant cliniciens et chercheurs, il développe depuis 2008 une méthodologie innovante sur l'action thérapeutique. À partir de l'étude approfondie de cas traités dans des conditions naturelles, ses perspectives sont cliniques, pratiques et théoriques. Une centaine de psychanalystes y participent dans les pôles autisme et borderline, et différentes publications rendent compte des observations réalisées.



# Retour bibliographique sur les grandes questions de la recherche processus de changement

Les possibilités méthodologiques et les concepts associés à la nouvelle orientation de la recherche sur les processus de changement en psychothérapie se réfèrent à différentes méthodes et concepts.

## Pseudo-équivalence des psychothérapies

Stiles et al. (1986) proposent 3 explications possibles de l'absence constatée de différences des résultats entre des thérapies a priori très différentes : (1) les procédures d'examen ne sont pas assez sensibles ou les mesures de résultats pas assez différenciées ; (2) en dépit de la diversité technique superficielle, toutes ou la plupart des thérapies partagent un tronc commun de processus thérapeutique ; (3) l'efficacité différentielle des techniques spécifiques pourrait être trouvée au niveau de brefs événements dans des séances de thérapie qui ne sont pas recherchés.

## Facteurs communs et facteurs spécifiques

Jones, Cumming et Horowitz (1988) : Les données suggèrent que le changement du patient est beaucoup plus complexe que ne l'implique l'hypothèse non spécifique de l'efficacité thérapeutique. On considère que le fait de ne pas identifier de corrélations cohérentes entre des aspects spécifiques du processus et du traitement est le résultat de la tentative de trouver des associations simples et directes, et de la négligence de conceptions du processus plus complexes qui reflètent adéquatement l'interaction de multiples influences dans les traitements cliniques. *L'évaluation du processus avec le PQS dans cette étude montre qu'un aspect particulier du processus isolé (par exemple l'activité du thérapeute ou les interprétations du transfert) pourrait ne pas être un indice cohérent de changement, mais qu'il pourrait prédire le changement en interaction avec certaines qualités du patient. Un thérapeute qui fournit une réassurance gratifiante, offre des conseils et des encouragements, aide le patient à se focaliser sur ses problèmes particuliers, évite d'évoquer les affects difficiles. Il crée une relation particulière, qui sera d'un autre ordre que celle du thérapeute qui insiste sur les expériences affectives du patient et discute la nature de la transaction entre elles.*

Stiles et Shapiro (1989) : Les auteurs critiquent certaines hypothèses implicites de la métaphore médicamenteuse – [compléter avec résumé]

## Retour à l'analyse des données individuelles

Caractériser et Comprendre le Processus de Changement des Psychothérapies Complexes

Krause, Howard, and Lutz (1998) : Un retour à l'analyse des données individuelles est nécessaire "pour maximiser la pertinence de la pratique clinique ; les résultats de la recherche thérapeutique doivent toujours être signalés au niveau le plus désagrégé ou individuel du changement" (p 838). Les données du cours temporel individuel peuvent faciliter le mouvement au-delà de la question de savoir si le changement se produit et aller vers une compréhension de la façon dont le changement se produit (Barkham, Stiles, & Shapiro, 1993).

Parmi les variables, il faut distinguer celles qui concernent le processus interne de la psychothérapie et celles qui concernent le contexte susceptible d'influencer les résultats. D'autre part, les études de laboratoire éliminent *de facto* une partie des variables à prendre en compte (comme la comorbidité et l'ajustement du thérapeute). Il faut donc commencer à sélectionner des variables potentielles d'intérêt, notamment à partir d'études de cas individuels, et les soumettre à des sous-groupes potentiellement impliqués. Méthodes utilisables : (a) les études épidémiologiques longitudinales, (b) les protocoles ouverts de cas individuels (très recommandés), (c) les protocoles comparatifs de groupes, (d) les stratégies séquentielles ou simultanées, (e) le design factoriel simultané. Exemple détaillé: Recherche de l'effet de variables prédictives spécifiques à partir des populations d'une série d'études sur les TOC.

## Introduction de la complexité

- ▶ Introduction et Distinction des médiateurs et modérateurs

Baron et Kenny 1986

Holmbeck 1997 insiste sur la nécessaire distinction des médiateurs et des modérateurs dans les processus de changement adaptatifs. Cette distinction doit se retrouver dans leur présentation graphique et dans leur exploration statistique. Il donne des exemples d'utilisation erronée et aussi d'utilisation satisfaisante.

## Le changement

- ▶ Changement intra-individuel et changement inter-individuel

Laurenceau, Hayes et Feldman 2007 : soulignent quelques questions méthodologiques et statistiques dans l'étude des processus de changement en psychothérapie. L'une de ces questions porte sur le changement intra-individuel au cours de sa psychothérapie. La courbe de croissance individuelle permet à la fois de mesurer le changement intra-individuel et de le comparer au changement moyen dans un groupe (inter-individuel). Cette modélisation doit pouvoir aussi prendre en compte l'environnement du sujet (par exemple, comment il réagit à des stress répétés à

différentes étapes de sa psychothérapie). [Chez l'enfant autiste, ces stress se situent au niveau même de la relation à la réalité, avec les autres, à l'occasion d'un changement ou d'une séparation]. Les systèmes dynamiques représentent une approche alternative pour modéliser ces types de trajectoires non linéaires et discontinues. En définitive, cette nouvelle approche présente l'application potentielle de la modélisation des systèmes dynamiques pour des données longitudinales avec des évaluations intensives. Une analyse détaillée du texte est réalisée dans la partie bibliographie

- Causes potentielles des non changements

Shadish (2001) : Comment identifier dans un groupe les facteurs à éliminer comme causes potentielles des (non) changements ? La démarche suivante peut être réalisée : dans le groupe, on recherche quels sont les enfants qui ont une trajectoire différente de celles des autres enfants et la ou les variables qui peuvent en être la cause. On recherche alors si cette variable spécifique est présente chez d'autres enfants et son éventuel effet. Si cette variable est spécifique négativement, cela montre son caractère inhibiteur du traitement

Comment analyser le processus de changement ?

- Développer des modèles de travail pour voir comment le processus de changement se déroule

Stiles, Shapiro, and Elliott (1986) : Aucune des 3 principales explications de l'apparente équivalence des psychothérapies n'étant véritablement convaincante, les auteurs suggèrent que les chercheurs suivent trois étapes pour analyser les événements internes de la psychothérapie associés aux changements : (a) identifier les types particuliers d'événements cliniquement significatifs à étudier, (b) identifier le contexte et la séquence d'occurrences de l'événement, (c) développer des modèles de travail pour voir comment le processus de changement se déroule.

- Identifier les items avec changements significatifs

Jones, Cumming et Horowitz 1988 : avec chaque cas individuel, dont le degré du trouble et les capacités sont précisées, identifier les items qui montrent des changements significatifs au cours de 4 cotations ; suivre qualitativement le processus à partir des énoncés du PQS [CPQ] ; définir le profil d'évolution et d'interaction avec l'attitude du thérapeute. Une distinction du type de psychothérapie mise en oeuvre (dans l'étude psychothérapie psychodynamique d'expression, vs de soutien) peut être réalisée sur ces bases.

- Répliquer cas-par-cas et analyser les différences

Hilliard 1993 : La généralité des conclusions issues du cas-isolé est abordée à travers la réplication sur une base de cas-par-cas. L'agrégation directe des sujets est évitée car elle porte le risque d'une perte d'information très explicative. L'identification des variables qui différencient les résultats est réalisée par une comparaison cas-à-cas en référence aux études de Strupp (1980, 1, 2, 3, 4).

▸ Processus, variables et mécanismes de changement

Kazdin 2007 : distinction modérateur, médiateur, mécanisme ; analyses statistiques : les techniques de régression linéaire multiple, d'analyse des chemins, de modélisation par équation structurelle et les méthodes de bootstrap sont les options prédominantes. Au niveau individuel, la méthode des études de cas croisées (voir Kazdin 2003) permet également d'identifier les ingrédients nécessaires, suffisants et facilitants qui permettent d'atteindre un changement dans un traitement.

Hayes, Hope & Hayes 2007, Dans le cadre des nouvelles perspectives de la recherche en psychothérapie permettant de répondre à des questions fondamentales, les chercheurs ont davantage recours aux méthodes longitudinales pour révéler les processus et les mécanismes de changement importants. Ces études comprennent des évaluations plus fréquentes, l'étude des trajectoires individuelles dans le temps et l'identification de discontinuités et de configurations de changement non linéaires.

Hayes, Laurenceau et al. 2007 : Le changement n'est pas toujours linéaire. L'observation des discontinuités représente un apport important. L'étude du changement non linéaire nécessite plusieurs évaluations dans le temps et l'examen des trajectoires individuelles des variables plutôt que des moyennes de groupe. On la retrouve dans la théorie dynamique des systèmes, les transformations dans la vie, les changements consécutifs à l'adversité, l'étude des discontinuités en psychothérapie. L'importance du changement non linéaire et discontinu dans les domaines de la psychologie est soulignée. Ces aspects sont appliqués à quatre troubles : anxieux, dépression, troubles de la personnalité, addictions.

Elliott 2010. Dans cet article, l'auteur décrit et évalue quatre types de Recherche sur le processus de changement (RPC). Les trois premiers sont des protocoles de base. Ils incluent les études quantitatives processus/résultats, les facteurs qualitatifs utiles et le processus séquentiel micro analytique. Le quatrième type de RPC est l'approche des événements significatifs. Il se réfère à des méthodes telles que l'analyse des tâches et l'analyse globale du processus qui intègrent les trois premiers. Les forces et les faiblesses de chaque conception sont décrites et résumées à l'aide de critères causaux et pratiques, dans le cadre d'un argument général pour le pluralisme méthodologique systématique. Détails introduits – très développé ! avec analyse de tâche, analyse séquentielle et intégration.

Kazdin et Nock 2003. La thèse centrale de cet article est que l'étude des mécanismes de traitement est probablement le meilleur investissement à court et à long terme pour améliorer la pratique clinique et le soin du patient. Les tests dans le monde réel sont absolument vitaux et un grand progrès ne peut seulement être fait qu'avec de telles analyses. La corrélation n'est pas la causalité, mais elle le devient quand même davantage quand : la chronologie est établie, l'association est forte, le corrélat (le mécanisme possible) n'est pas associé à de nombreux résultats, la manipulation de ce corrélat conduit à un changement, qu'il existe une relation dose-réponse quand cette relation a été reproduite, et qu'il existe une explication plausible et cohérente de la relation. La totalité de ces observations est rarement réunie, c'est plutôt une convergence.

## Progrès de la recherche

Beutler 1990. Recherches centrées sur les résultats ou les processus. La réunion de deux mondes, deux épistémologies ...

Kazdin et al 1997, placent le modèle "facteurs de risque" (au sens large risque et protection, construction) au coeur de la psychopathologie développementale. L'attention aux variables causales ne se limite pas à la dimension explicative de la psychopathologie développementale. Elle ouvre l'autre versant, celui de la protection, de la réparation et de la construction. Le thérapeute, dans certaines conditions contextuelles est le passeur d'un versant à l'autre [ces conditions contextuelles correspondent au "facteur commun" que l'on retrouve à partir du CPQ dans les psychothérapies efficaces].

Kazdin et Kendall 1998 présentent les plans futurs pour développer des traitements efficaces : conceptualiser, opérationnaliser et tester un modèle théorique, se poser 7 questions de départ et y répondre [Il ne s'agit pas ici d'un modèle théorique global, mais partiel qui est susceptible de répondre à des questions cliniques spécifiques communes qui émergent et se retrouvent dans les déroulements transactionnels de thérapies individuelles] .

Kazdin 2001. La progression de la recherche thérapeutique et l'application clinique du traitement requièrent une meilleure compréhension du processus de changement.

Haynes et al. 2003 2005 décrivent comment l'analyse fonctionnelle issue de la formulation de cas initiale initie les chaînes de causalité qui sous-tendent le processus transactionnel que décrit Hill et rejoignent le modèle "facteurs de risque" de Kazdin et al.

## Démonstration de l'efficacité

Kazdin 1998<sup>278</sup> : présente une nouvelle approche de démonstration de l'efficacité d'une thérapie en 7 étapes : (1) Conceptualiser le dysfonctionnement clinique ; (2) rechercher les processus liés au dysfonctionnement ; (3) conceptualiser le traitement ; (4) spécifier le traitement ; (5) tester les résultats du traitement ; (6) tester les processus de traitement (voir Holmbeck 1997) ; (7) tester les conditions limites et les modérateurs. [Avec le CPQ, la spécification du traitement n'est pas seulement conceptuelle mais objectivée. Les étapes suivantes (résultats, processus, modérateurs) peuvent être directement renseignées.

## Étude de cas scientifique

Kazdin 1981 : Il est possible d'établir une continuité entre études de cas expérimentales et quasi expérimentales. L'absence de groupe contrôle peut être compensée par un inventaire des menaces à la validité interne. La réplication des études de cas a une importance déterminante. Les études de cas sont ainsi rangées en 3 types suivant le niveau de preuve auquel elles peuvent prétendre. Il est important de considérer l'étude de cas comme une source potentielle d'information scientifiquement utile.

Stiles (2003) considère la relation entre étude de cas et recherche scientifique,

Messer 2007 présente comment l'étude de cas en psychanalyse peut évoluer de l'ajustement à la théorie régnante à une interrogation neutre de la théorie à partir de la recherche.

## Méthodes statistiques

Kazdin (1984) présente 5 tests et techniques pour les analyses statistiques de cas isolés. L'usage des statistiques est utile quand les représentations graphiques sont impossibles.

Holmbeck 1997 : Nécessité d'une définition et distinction précises des médiateurs et des modérateurs ; 2 techniques statistiques sont sélectionnées et comparées : la régression multiple et la modélisation par équation structurelle. Des exemples détaillés de mauvaises et bonnes utilisations des concepts, représentations graphiques et techniques statistiques sont présentés à partir d'une sélection d'articles en clinique de l'enfant et psychologie pédiatrique.

des Nétumières (1997) : Exploration et comparaison des objets de deux techniques statistiques en sciences sociales, la régression linéaire multiple et l'analyse factorielle (analyse de correspondances multiples (ACM)). Un exemple du caractère distinctif des résultats issus des 2 techniques est présenté. Le thème est commun : l'influence de la pauvreté sur les relations sociales. Il est traité

---

<sup>278</sup> synthèse de l'article : PLR 79 JMT. [www.psydoc-france.fr/Recherche/PLR/PLR89/PLR89.pdf](http://www.psydoc-france.fr/Recherche/PLR/PLR89/PLR89.pdf)

avec les mêmes données. L'analyse factorielle extrait des familles à partir d'un ensemble de caractéristiques partagées ; la régression linéaire multiple recherche, parmi un ensemble de variables, l'effet qu'une variable peut avoir sur une autre. Cette mise en relation montre que les deux techniques abordent des problèmes différents.

March et Curry (1998) : Étude des facteurs prédictifs. L'idée générale développée est qu'aucune étude ne peut tester l'ensemble des variables potentiellement impliquées et que le processus de changement n'est pas linéaire. D'un point de vue statistique, cette complexité indique le besoin d'aller au delà d'un modèle de régression vers un modèle complet d'analyse canonique des corrélations en tenant compte des multiples mesures de résultats dans la recherche en traitement psychosocial. Dans le modèle canonique, des variables dépendantes multiples se tiennent sur le côté gauche de l'équation, avec les variables dépendantes sur le côté droit. La relation entre ces deux ensembles de variables est donnée par les corrélations canoniques<sup>279</sup>.

Hill, Chui et Baumann (2013) : Bien que de grands pas dans les techniques statistiques aient permis de conclure que la psychothérapie est efficace, les mesures statistiques typiques ne permettent aux chercheurs pas de démontrer la complexité du changement chez les individus. Il est nécessaire d'inclure des approches individualisées et qualitatives dans leurs évaluations des résultats de la psychothérapie.

Falissard 2014 réalise un mooc sur France Université Numérique qui présente une *Introduction à la statistique avec R*. Parmi les questions traitées en relation directe avec les techniques introduites par différents auteurs dans cette thèse, les sujets suivants sont présentés :

- le coefficient de corrélation, mesure, caractérise, quantifie la force de liaison entre deux variables *quantitatives*. L'interprétation du coefficient de corrélation doit être prudente.

---

<sup>279</sup> L'analyse canonique des corrélations permet de comparer deux groupes de variables quantitatives appliqués tous deux sur les mêmes individus. Le but de l'analyse canonique est de comparer ces deux groupes de variables pour savoir s'ils décrivent un même phénomène, auquel cas on pourra se passer d'un des deux groupes de variables.

Un exemple parlant est celui des analyses médicales effectuées sur les mêmes échantillons par deux laboratoires différents. L'analyse canonique généralise des méthodes aussi diverses que la régression linéaire multiple, l'analyse discriminante et l'analyse factorielle des correspondances. [Wikipedia]

- la régression linéaire simple permet de mettre en relation une variable quantitative (p.e. l'âge) avec une variable binaire (p.e., dépression). Elle conduit à des résultats similaires à ceux de la corrélation et du test *t* de Student.
- la régression linéaire multiple permet de mesurer l'effet propre d'une variable parmi un ensemble de variables ; le résultat détaillé de l'équation permet d'établir si cet effet est ou non significatif ; l'analyse de variance (ANOVA) est une régression linéaire où les variables explicatives sont toutes catégorielles. Le test du *chi*<sup>2</sup> permet de comparer un pourcentage relatif quand on a plusieurs sous-groupes (par exemple, prévalence de la dépression dans différentes professions). La validité peut être vérifiée à partir de la normalité de la courbe des résidus (histogramme). Par ailleurs, la variable à expliquer ne peut être que quantitative, alors que les variables explicatives peuvent être quantitatives ou catégorielles/qualitatives.
- la régression logistique, typiquement utilisée avec des variables à expliquer binaires permet une intrication possible des variables explicatives et une analyse de leur rôle respectif; transformation de la variable à expliquer en Log [probabilité de (variable à expliquer = oui) / 1- probabilité de (variable à expliquer = oui)], disparition du résidu. Conditions de validité : 5 à 10 "événements" (sujets, ...) par variable explicative.
- les analyses multidimensionnelles (exploratoires). Représentation graphique d'une matrice de corrélations. Corrélations entre variables quantitatives prises 2 à 2. Il est possible d'introduire des variables quantitatives, binaires ou ordonnées dans la matrice de corrélation. Les matrices et les représentations graphiques des corrélations sont simples à réaliser.
- les analyses en composantes principales : passage de mesures de corrélations à mesures de distances  $d = \text{racine carrée de } 2(1-r)$  -> matrice de distances. Projection des distances sur un plan. Règles d'interprétation (proximité du cercle, orthogonalité, ...). Nombre de variables pour lisibilité 10-12. L'analyse en composantes principales focalisée (1 variable à expliquer, plusieurs variables explicatives) est particulièrement adaptée aux régressions linéaires multiples et aux régressions logistiques.
- La classification ascendante hiérarchique vise à déterminer de façon plus ou moins automatique des groupes homogènes de sujets ou des groupes de variables plus ou moins corrélées les unes avec les autres. Elle est notamment utilisée pour les analyses en clusters. La représentation générale se fait sous la forme d'un arbre. Il permet de la sorte une partition hiérarchique de l'ensemble des données. Méthode de Ward. Les points peuvent être des variables ou des sujets.

Corrélations entre composants techniques, alliance et résultats

Caractériser et Comprendre le Processus de Changement des Psychothérapies Complexes



Stiles 1998. Article centré sur le problème des résultats nuls de corrélations processus-résultats. L'absence de *corrélations* cohérentes entre les *composants techniques* du processus et le résultat s'explique par la responsivité (ajustement) du thérapeute aux caractéristiques du patient (1998) et le fait que les patients varient dans leur besoin et leur capacité de répondre à un composant particulier. Existe-t-il des alternatives à la corrélation ? L'auteur en cite six parmi lesquelles la micro analyse avec d'une part l'analyse de discours, analyse multidimensionnelle détaillée de chaque énoncé ou d'un acte non verbal, étudiée par rapport à son contexte (appliquée à la psychothérapie par Elliott 1983 et M Thurin 1992)

Stiles, Hill et Elliott 2014 présentent une analyse des 25 années de publications parues dans *Psychotherapy Research* dont ils ont été les rédacteurs en chef. Parmi les points soulevés, ils insistent sur l'absence de *corrélations* cohérentes entre les *composants techniques* du processus et le résultat. Ils l'expliquent par la réactivité (l'ajustement) du thérapeute aux besoins et possibilités du patient. Ils remarquent que ce n'est pas nécessairement le même constat pour les corrélations entre les mesures *d'évaluation du processus* et les *résultats*. Par mesures d'évaluation du processus, ils se réfèrent à des qualités telles que l'alliance et la réparation de l'alliance, l'empathie, la chaleur et l'authenticité. Ces qualités ne sont pas techniques, mais plutôt des réalisations qui reflètent que les thérapeutes font la bonne chose au bon moment. En effet, les évaluations des qualités relationnelles évaluent la réactivité appropriée (Stiles et al. 1998). Une autre évolution importante est le pluralisme méthodologique, avec la participation d'études qualitatives et de méthodes mixtes.

### Modèle transactionnel

Hill (1990) rappelle que Hill and O'Grady (1985) ont suggéré qu'à tout moment, le thérapeute part de la théorie, des formulations diagnostiques et des observations cliniques qu'il réalise à propos du patient pour développer une intention liée à l'impact qu'il veut avoir sur lui. Pour implémenter l'intention, le thérapeute décide d'utiliser des interventions spécifiques verbales et non verbales. Les réactions du patient envers le thérapeute déterminent comment il répond au thérapeute. Sur la base de la perception de la réponse que lui donne le patient, le thérapeute formule sa nouvelle intention et intervention pour répondre aux besoins modifiés du patient, ce qui aboutit à un processus en continue évolution. Les résultats de plusieurs études (Martin et al., 1986; Martin et al., 1989; Martin, Martin, & Slemon, 1987) ont montré que les cotations de l'efficacité des séances sont associées à la cohérence des différentes parties de la chaîne. Ce modèle est devenu aujourd'hui un modèle partagé de référence. [modèle transactionnel inter sujets].

Eyberg et al. (1998) : Développement et transactions interpersonnelles. Le développement est compris comme une interaction continue entre l'enfant, les expériences fournies par l'environnement

de l'enfant, et le propre effet de l'enfant sur l'environnement. Un changement développemental de l'enfant résulte de transactions dynamiques complexes entre le système constitutionnel de l'enfant (dans l'enfant) et le système environnemental de l'enfant (en dehors de l'enfant). Ce qui est unique à propos du modèle transactionnel, c'est l'accent placé sur l'effet de l'enfant sur l'environnement, de telle façon que les expériences fournies par l'environnement ne sont pas indépendantes de l'enfant. Le cycle des interactions peut intégrer des interprétations autocentrées erronées (p.e., l'enfant a telle attitude, et le parent pense que l'enfant le fait exprès pour l'ennuyer). Comprendre les transactions significatives dans le développement et le cours de chaque trouble fournit une base pour concevoir et examiner les approches thérapeutiques et prédire les résultats.

Eddy et al. 1998 abordent les questions méthodologiques et conceptuelles sous-jacentes à l'évaluation du changement au cours de la psychothérapie d'enfants et de leurs familles. Trois considérations centrales sont discutées: (1) Quels changements mesure-t-on? (2) Quand mesurons-nous le changement? (3) Comment mesurons-nous le changement? Les difficultés liées aux méthodes traditionnelles d'évaluation du changement sont mises en évidence et des suggestions alternatives sont présentées.

### Modélisation de l'action thérapeutique en relation aux facteurs étiologiques

Brent & Kolko (1998). Modélisation de l'action thérapeutique en relation aux facteurs étiologiques. Un schéma modélise les mécanismes à partir desquels le traitement psychothérapeutique agit, avec ses médiateurs et ses modérateurs, sur les symptômes psychopathologiques et le handicap fonctionnel (p 18). Différentes variables médiées et modérées sont concernées : relation, attitudes, pensées et croyances, régulation des affects, substrat biologique, âge, contexte (famille, école, pairs, voisinage, dispositif (ambulatoire, service de recherche)). Test des théories étiologiques. Dans le cadre d'un développement lié à l'âge, comparaison de 2 approches (p.e., TCC et thérapie familiale), en relation avec les traits sur lesquels leur intervention peut être efficace. Un second schéma montre comment les facteurs de risque testés au travers du traitement, en améliorent la connaissance et son usage ultérieur (p 22).

### Analyse séquentielle

Hill et Lambert 2004 : analyse séquentielle (p 100) ; analyse de configuration (p 101). Les thérapeutes formulent la question centrale pour les patients, par exemple, *une souffrance endurée actuellement et chroniquement au début du traitement* et utilisent cette question centrale comme objectif de la thérapie. L'objectif est de se tourner vers plus de compréhension sur la façon dont les événements se combinent pour conduire au changement (c.a.d., la nature de l'effet cumulatif des

différentes interventions dans la thérapie). Autre abord, Quelles sont les caractéristiques des patients qui font qu'une intervention plutôt qu'une autre fonctionne avec eux ?

Elliott 2010. Analyse de configuration, Recherche qualitative

Stiles (1999) définit des critères d'évaluation de la recherche qualitative

Stiles (2009) décrit les opérations logiques dans les études de cas avec construction de la théorie

Hill 1990. Recherche et théorie. Dans la recherche exploratoire, on décrit ce qui se passe dans les séances sans à-priori théorique. Idéalement les chercheurs maintiennent une position d'ouverture à ce qu'ils peuvent apprendre à partir des séances. Le développement de la théorie, à partir de la réplication des observations est le but ultime de la recherche exploratoire. Cette recherche n'est pas athéorique mais pan théorique. Les recherches sur le processus basées sur la théorie testent des hypothèses, dérivées de la théorie clinique, sur la façon dont la psychothérapie opère. Un des problèmes est que les chercheurs peuvent être confinés dans la théorie qu'ils examinent.

# Annexes

## 1. DEFINITION DES MEDIATEURS PRECONSTRUITS ET INDICATEURS DE CHANGEMENTS DU CPQ

- **Alliance**

Ce facteur regroupe les items qui indiquent qu'une alliance de travail se construit ou non entre le patient (P) et le thérapeute (T). Cette alliance est la moyenne des scores concernant 1. Le Patient - 1.a) engagement/résistance (EP), 1.b) participation du patient dans la thérapie (PP) ; 2. Le Thérapeute - 2.a) engagement (ET), 2.b) ajustement (AT) ; 3. L'Interaction patient-thérapeute (IT).

- **Patient**

- Engagement/résistance du patient (EP) - (5 items)

Ce facteur est composé de 5 items : 13, 30, 71, 88, 96.

Ce sous facteur témoigne que les apports de l'enfant dans la discussion ou dans ses activités sont reliés au travail de la psychothérapie.

item	Descriptifs
------	-------------

13	L'enfant est animé ou en éveil
30	Les aspirations ou les ambitions de l'enfant font partie des thèmes abordés.
71	L'enfant s'engage dans le jeu de faire-croire (R le jeu est concret ou la règle fixée. Par exemple, en jouant à un jeu de société, l'enfant refuse n'importe quel dialogue imaginaire)
88	Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant.
96	Les parents de l'enfant sont un sujet de discussion.

- Participation du patient (PP) - (5 items)

Ce facteur est composé de 5 items : 19, 29, 63, 72, 83.

Ce sous facteur témoigne de l'activité explicite de l'enfant durant la séance.

item	Descriptifs
------	-------------

19	L'enfant demande un conseil ou une information.
----	---

- 29 La qualité de jeu de l'enfant est fluide, absorbée (vs fragmentée, sporadique)
- 63 L'enfant explore les relations avec les autres significatifs.
- 72 L'enfant est actif.
- 83 L'enfant fait des demandes répétées au T.

- Transfert du patient (TP) - (9 items)

Ce facteur est composé de 9 items : Abs ( \_01 ) + Abs ( \_10 ) + Abs ( \_15 ) + Abs ( \_20 ) + Abs ( \_39 ) + Abs ( \_49 ) + Abs ( \_64 ) + Abs ( \_78 ) + Abs ( \_80 )

Ce sous facteur témoigne que l'enfant a établi des liens (ou non) déjà assez élaborés dans sa relation au thérapeute (recherche d'intimité, reproche directement adressé, participation au jeu du T. etc).

**item Descriptifs**

- 1 L'enfant exprime des sentiments négatifs envers le thérapeute (p.e., critique, hostilité), [R. Exprime des approbations ou de l'admiration].
- 10 L'enfant cherche une plus grande intimité avec le thérapeute (R. l'enfant reste éloigné, ou évite une plus grande intimité ou proximité).
- 15 L'enfant établit un contact physique avec le thérapeute (R. l'enfant garde une distance physique avec le thérapeute)
- 20 L'enfant est provocateur ; teste les limites de la relation thérapeutique (R. l'enfant est particulièrement respectueux, compliant, ou semble jouer le rôle du « bon patient »)
- 39 L'enfant est en compétition, en rivalité avec le thérapeute (R. l'enfant évite ou ne semble pas capable d'imaginer être en compétition avec le thérapeute)
- 49 L'enfant transmet ou éprouve des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute (R. L'enfant exprime des sentiments constants (positifs ou négatifs) envers le thérapeute durant la séance)
- 64 L'enfant inclut le thérapeute dans le jeu (R. l'enfant n'inclut pas le thérapeute dans le jeu, ou organise un jeu de telle façon qu'il en exclut le thérapeute).
- 78 L'enfant recherche l'approbation, l'affection ou la sympathie du thérapeute (R. l'enfant se comporte d'une manière qui évoque la désapprobation, l'irritation, ou le rejet).
- 80 L'enfant se comporte de façon dépendante (R. insiste sur son indépendance).

-

- **Thérapeute**

- Engagement du thérapeute (ET) - (6 items)

Ce facteur est composé de 6 items :  $_{06} + (_{09} * -1) + (_{24} * -1) + _{60} + _{66} + _{86}$

Ce sous facteur témoigne de l'empathie (ou non) du thérapeute envers l'enfant qui ne se situe pas à proprement parler dans l'approche mais plutôt le style du thérapeute.

item	Descriptifs
------	-------------

6	Le thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant.
9	Le thérapeute n'est pas réceptif (vs. impliqué affectivement).
24	Les conflits émotionnels du thérapeute interfèrent dans la relation thérapeutique
60	Le thérapeute est protecteur de l'enfant.
66	Le thérapeute est directement rassurant.
86	Le thérapeute est confiant, assuré (Vs incertain ou peu sûr).

- Ajustement du thérapeute (AT) - (5 items)

Ce facteur est composé de 5 items :  $_{17}; _{45}; _{47}; _{77}; _{89}$

item	Descriptifs
------	-------------

17	Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes).
45	Le thérapeute tolère l'affect ou les pulsions violentes de l'enfant.
47	Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, le thérapeute s'adapte à l'enfant.
77	L'interaction du thérapeute avec l'enfant est adaptée au niveau du développement de l'enfant.
89	Le thérapeute agit pour renforcer les défenses.

- **Interaction (IT) - (13 items)**

Ce facteur est composé de 13 items : \_04; \_11; \_14; \_16; \_23; \_35; \_38; \_74; \_75; \_90; \_91) + (\_41 \* -1) + (\_42 \* -1)04, 11, 14,

item	Descriptifs
4	Il y a discussion de pourquoi l'enfant est en thérapie.
11	Des sentiments ou des pensées sexuels émergent. (R. l'enfant n'exprime pas des idées ou des sentiments sexuels).
14	Les symptômes ou la santé physiques sont discutés.
16	Il y a discussion ou témoignage des fonctions corporelles (par exemple, bruits d'intestin).
23	La séance de thérapie a un objectif ou un thème spécifique.
35	L'image de soi de l'enfant est un thème de discussion.
38	Le thérapeute et l'enfant font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagée en se rapportant à des événements ou à des sentiments.
74	L'humour est utilisé (R. l'interaction entre le thérapeute et l'enfant semble austère ou sombre).
75	Les interruptions, les pauses dans le traitement ou la terminaison de la thérapie sont discutées (R. la discussion des interruptions dans le traitement ou la terminaison semble être évitée).
90	Les rêves ou les fantasmes de l'enfant sont discutés.
91	Une phase précoce de développement est un thème.
41	L'enfant ne se sent pas compris par le thérapeute (R l'enfant donne le sentiment que le thérapeute comprend son expérience ou ses sentiments).
42	L'enfant ignore ou rejette les commentaires et les observations du thérapeute. (R. l'enfant répond aux remarques du thérapeute avec un jeu, des commentaires ou des associations)

- **Approches générales et interventions pivots**

Ce facteur regroupe les actions thérapeutiques qui se déroulent au cours de la séance. Nous avons différencié deux niveaux de regroupement : 1) Le premier concerne de façon globale le cadre thérapeutique et les approches qui se rapportent à une référence théorique spécifique ayant fait l'objet d'une distinction avec une cotation des éléments les plus spécifiques dans une perspective

générale (TCC, PPD) ; 2) Le second considère quatre actions qui peuvent être associées aux fonctions pivots et donc susceptibles d'être associées aux changements : expression et conscience des affects, communication, verbalisation et langage, interprétation/signification, conseil et comportement.

- **Actions se référant à une approche générale psychodynamique ou cognitivo-comportementale (20 items)**

Ce sous facteur regroupe les items où le thérapeute réalise une action thérapeutique explicite. Cette action est relative à son approche et à la direction de la psychothérapie qu'il mène. Elle peut être nettement identifiée à une technique, par exemple : Le thérapeute récompense directement des comportements souhaitables (TCC) ; Le thérapeute fait des liens entre les sentiments de l'enfant et son expérience (PPD), mais aussi relative à des facteurs communs, p.e Le thérapeute pose des limites (48).

- a. Facteurs spécifiques

Ces items sont issus d'une publication de C Schneider (en rouge, les items dont la formulation est associée à un score négatif ; des items significatifs d'une approche peuvent être discriminatifs de l'autre et cotés en négatif (par exemple, item 27)

- **Psychodynamique** : 6, 45, 62, 38, 67, 79, 65, 76, 50, 52 – 27, 41, 09, 66, 21, 17, 55, 37, 18, 24

- 06. T est sensible aux sentiments de E
- 09. R. T est implique affectivement
- 17. R. T n'exerce pas un contrôle actif sur l'interaction
- 18. R. T ne porte pas de jugement, ni transmet un désaccord
- 21. R. T ne fait pas référence à des choses personnelles
- 24. R. Les conflits émotionnels de T n'interfèrent pas dans la relation T
- 27. R. Le comportement ext. de E ne fait pas l'objet d'une attention particulière
- 37.. R. T recourt à des formulations exploratoires
- 38. T et E se comprennent
- 41. R. E se sent compris par T
- 45. T tolère l'affect ou les pulsions violentes de E
- 50. T est attentif aux sentiments inacceptables pour E
- 52. T établit des règles explicites pour la fin de séance ou we



- 55. R. T ne récompense pas directement des comportements attendus
  - 62. T pointe un thème récurrent chez l'E
  - 65. T clarifie, redit ou reformule ce que dit E
  - 66. R. T n'est pas directement rassurant
  - 67. T interprète des désirs, sentiments refoulés ou inconscients
  - 76. T fait des liens entre les sentiments de E et son expérience
  - 79. T commente les changements d'humeur ou d'affect de E
- tcc : 55, 37, 66, 21, 27, 87, 57, 17, 03, 69 – 24, 51, 41, 100, 98, 09, 93, 90, 46, 67
- 55 Le thérapeute récompense directement des comportements souhaitables
  - 37 Le thérapeute se comporte de façon didactique
  - 66 Le thérapeute est directement rassurant
  - 21 le thérapeute dévoile quelque chose de lui
  - 27 Le thérapeute propose des conseils explicites pour aider l'enfant à concevoir son comportement en dehors de la séance
  - 87 Le thérapeute informe l'enfant de l'impact potentiel de son ou de ses comportements sur les autres (ne pas inclure le thérapeute)
  - 57 Le thérapeute tente de modifier les distorsions des croyances de l'enfant
  - 17 Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes).
  - 03 Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant.
  - 69 La situation récente ou actuelle de la vie de l'enfant est mise en valeur dans la discussion
  - 24 R le thérapeute se retient de répondre personnellement à la provocation et au matériel perturbant
  - 51 R. l'enfant reconnaît ses propres caractéristiques et sentiments.
  - 41 R l'enfant donne le sentiment que le thérapeute comprend son expérience ou ses sentiments.
  - 100 R. le thérapeute ne tente pas de relier les aspects interpersonnels de la thérapie aux expériences dans d'autres relations
  - 98 R le thérapeute ne fait pas de commentaires sur la nature des échanges entre eux, se centre uniquement sur le contenu.
  - 09 Le thérapeute est impliqué affectivement
  - 93 R. le thérapeute exprime des opinions ou prend des positions explicites ou sous entendues
  - 90 R. Les rêves ou les fantasmes apportés durant la séance ne sont pas explorés

- 46 R. le thérapeute évite d'interpréter la signification du jeu de l'enfant.
- 67 R. Le thérapeute ne souligne pas les désirs sous-jacents, sentiments ou idées que l'enfant peut avoir, mais plutôt le matériel plus conscient.

- **Actions relatives aux fonctions pivots**

- Expression et conscience des affects (ECA) - 6 items

Ce facteur est composé de 6 items : 12, 50, 79, 81, 82, 97.

Ce facteur regroupe les items décrivant l'attitude du thérapeute et sa technique pour aider l'enfant à prendre conscience de ses affects, de ses sentiments et de ses changements d'humeur, à les exprimer et à les contrôler.

item	Descriptifs
12	Le thérapeute mime des émotions implicites ou non élaborées.
50	Le thérapeute porte attention à des sentiments considérés par l'enfant comme inacceptables (colère, envie, excitation).
79	Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect de l'enfant.
81	Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément.
82	Le thérapeute aide l'enfant à contrôler ses sentiments.
97	Le thérapeute souligne la verbalisation d'états internes et d'affects.

- Communication, verbalisation et langage (CVL) – 7 items

Ce facteur est composé de 7 items : 03, 16, 21, 31, 65, 79, 97.

Ce facteur regroupe les items reliés aux actions du thérapeute destinées à faciliter l'expression verbale de l'enfant. Sont inclus dans ce cadre, les items qui, dans cette perspective, se rapportent au style et à l'adaptation du thérapeute au discours de l'enfant, ceux qui concernent les informations et explications qu'il lui donne, les clarifications ou reformulations qu'il introduit ou la discussion du cadre de la psychothérapie.

item	Descriptifs
3	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant.

- 16 Il y a discussion ou témoignage des fonctions corporelles (par exemple, bruits d'intestin).
- 21 le thérapeute dévoile quelque chose de lui.
- 31 Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.
- 65 Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant.
- 79 Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect de l'enfant.
- 97 Le thérapeute souligne la verbalisation d'états internes et d'affects.

- Interprétation/signification (IS) - 10 items

Ce facteur est composé de 10 items : 36, 43, 46, 48, 62, 67, 68, 92, 76, 100 + Cas (  $_{98} \geq 0$  ;  $_{98}$  ; 0 )

Ce facteur regroupe les items où le thérapeute interprète, établit des liens ou pointe un aspect particulier de son fonctionnement, de son expérience ou de sa conduite pour mener l'enfant à l'interprétation de leur signification.

**ite**   **Descriptifs**  
**m**

- 36 Le thérapeute pointe à l'enfant qu'il utilise des mécanismes de défense.
- 43 Le thérapeute suggère la signification du comportement des autres.
- 46 Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant.
- 48 Le thérapeute pose des limites
- 62 Le thérapeute pointe un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite de l'enfant.
- 67 Le thérapeute interprète des désirs refoulés ou inconscients, des sentiments ou des idées.
- 68 Les significations réelles plutôt que fantasmées des expériences sont activement différenciées.
- 76 Le thérapeute fait des liens entre les sentiments de l'enfant et son expérience.
- 92 Les sentiments ou les perceptions de l'enfant sont liés aux situations ou comportement du passé.
- 100 Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations.

- Conseil et Comportement (CC) - 10 items

Ce facteur est composé de 10 items : 02,18, 27, 37, 48, 52, 55, 57, 87, 99

Ce facteur regroupe les items où le travail de la séance est focalisé plus particulièrement sur le comportement de l'enfant. Il décrit les actions du thérapeute et les moyens qu'il utilise pour amener une modification des comportements non souhaitables.

item	Descriptifs
2	Le thérapeute fait des commentaires sur le comportement non verbal de l'enfant (par exemple la posture corporelle, les gestes).
18	Le thérapeute porte un jugement et transmet un désaccord.
27	Il y a une attention particulière pour aider l'enfant à concevoir son comportement en dehors de la séance.
37	Le thérapeute se comporte de façon didactique.
48	Le thérapeute pose des limites
52	Le thérapeute établit des règles explicites à propos de la fin de la séance, du week-end qui vient ou des vacances.
55	Le thérapeute récompense directement des comportements souhaitables.
57	Le thérapeute tente de modifier les distorsions des croyances de l'enfant.
87	Le thérapeute informe l'enfant de l'impact potentiel de son ou de ses comportements sur les autres (ne pas inclure le thérapeute).
99	Le thérapeute offre de l'aide ou des conseils.

- **Indicateurs de changement intrapsychique issus du CPQ.**

- **Insight (INS) - 5 items**

Ce facteur est composé de 5 items : 05 (\*-1), 32, 53, 54, 58 (\*-1).  
Il témoigne des dispositions et des capacités de l'enfant à comprendre ce qui est abordé dans la

séance en relation à un travail psychique et à se comprendre lui-même. Il peut également (en négatif) s'agir d'une obstruction à la compréhension par un discours plus ou moins confus.

item	Descriptifs
5	L'enfant a des difficultés à comprendre les commentaires du thérapeute.
32	L'enfant réalise une nouvelle compréhension ou prise de conscience.
53	L'enfant exprime qu'il est conscient de ses propres difficultés internes.
54	L'enfant est clair et organisé dans son expression verbale.
58	L'enfant semble peu disposé à examiner des pensées, des réactions ou des motivations associées à ses problèmes.

- **Amélioration de l'état Émotionnel et de son expression, réduction des Affects négatifs et des Défenses (EAD) - 9 items**

Ce facteur est composé de 9 items : 22 (\*-1), 33 (\*-1), 34 (\*-1), 40 (\*-1), 51 (\*-1), 56 (\*-1), 70 (\*-1), 84 (\*-1), 85 (\*-1)

Ils concernent l'état émotionnel de l'enfant (crainte/attente positive, besoin de proximité/d'autonomie), et son expression par le patient (difficulté d'expression, alexithymie/ expression affectivée, expression sous la forme de colère ou d'auto agression/éviterment des sentiments de colère) et les mécanismes de défense (projection/ attribution et responsabilité, absence de modulation/contrôle des impulsions, distanciation/ expression modulée, projection/reconnaissance de ses sentiments), acting (auto agression / agression tournée vers l'extérieur. **Globalement, plus le score est fort, mieux va l'enfant, mais un examen attentif de la signification de chaque item dans son contexte est nécessaire**).

item	Descriptifs
22	L'enfant exprime des craintes d'être puni ou menacé (R l'enfant exprime une attente d'être félicité ou protégé).

33	L'enfant exprime des sentiments au sujet d'avoir besoin ou d'être proche de quelqu'un (R l'enfant fait état ou exprime son sentiment de vouloir être distant, séparé ou de n'avoir besoin de personne)
34	L'enfant reproche aux autres ou à des forces extérieures ses difficultés (R. l'enfant prend la responsabilité appropriée de ses propres actions ou de sa position).
40	L'enfant communique de façon inaffective (R. les communications de l'enfant sont chargées d'affect).
51	L'enfant attribue ses propres caractéristiques ou ses sentiments au thérapeute (R. l'enfant reconnaît ses propres caractéristiques et sentiments).
56	L'enfant est distant de son ou de ses sentiments (R. l'affect et l'importance de ses expériences sont apparents, mais bien modulés et équilibrés).
70	L'enfant lutte pour contrôler des sentiments ou des impulsions (R. l'enfant ne semble pas faire l'effort de retenir ou de gérer des sentiments qu'il éprouve).
84	L'enfant exprime de la colère ou des sentiments agressifs (R. des sentiments conséquents de colère ou d'agressivité sont délibérément évités).
85	L'agression de l'enfant est dirigée contre lui (R. l'enfant dirige vers l'extérieur sa colère ou ses sentiments agressifs (exclure de tels sentiments dirigés vers le thérapeute).

• **Attitude du thérapeute spécifique à l'autisme (ATT) - 10 items**

Ce facteur est composé de 10 items : (6,9,18,21,28,37,47,77,86,88), dont 9,18,21,37 en négatif.

06. T est sensible aux sentiments de E

09. R. T est implique affectivement

18. R. T ne porte pas de jugement ni transmet un desaccord

21. R. T ne fait pas référence à des choses personnelles

28. T perçoit précisément le processus thérapeutique

37. R. T recourt à des formulations exploratoires

47. Quand l'interaction avec E est difficile, T s'adapte à E

77. Interaction du T avec E est sensible au niveau du developp.de E

86. T est confiant, assuré.

88. Matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de E

- **Fonctionnement de l'enfant (AAR) - 8 items**

Ce facteur est composé de 8 items : (8, 13, 40, 54, 72, 94, 95), dont 40, 56, 94, 95 en négatif.

08. L'enfant est curieux

13. L'enfant est animé ou en éveil

40. R. les communications de l'enfant sont chargées d'affect.

54. L'enfant est clair et organisé dans son expression verbale

56. R. l'affect et l'importance de ses expériences sont apparents, mais bien modulés et équilibrés).

72. L'enfant est actif.

94. R. L'enfant est joyeux ou gai.

95. R le jeu de l'enfant est imaginatif, vif, Il génère de nouvelles idées

- **Relation au monde et aux autres<sup>280</sup> (RMA) - 12 items**

Ce facteur est composé de 12 items : 7 (\*-1), 8, 13, 25 (\*-1), 26 (\*-1), 44 (\*-1), 59 (\*-1), 61 (\*-1), 63, 73 (\*-1), 94 (\*-1), 95 (\*-1)

Ils témoignent de la relation à la réalité de l'enfant. Un score négatif traduit une relation difficile qui se manifeste chez l'enfant par son degré d'anxiété et de tension, de décalage, de méfiance, d'infériorité, de timidité, de crainte, de tristesse, de manque de spontanéité.

Un score positif traduit une relation marquée par la détente, la confiance, l'imagination, la curiosité et l'exploration des relations avec les autres.

07 R. L'enfant est calme et détendu.

08 L'enfant est curieux

13 L'enfant est animé ou en éveil

---

<sup>280</sup> Le choix des items a été réalisé en relation avec l'approche biologique des conséquences du stress, éléments symptomatiques et complémentaires quand il a un effet désorganisateur avec recherche d'adaptation d'un côté, activités d'exploration et disponibilité lorsqu'il est absent ou résolu, de l'autre.

- 25 R L'enfant finit la séance avec une facilité remarquable.
- 26 L'enfant est attentif aux interactions sociales).
- 44 L'enfant est confiant et en sécurité.
- 59 R. l'enfant exprime un sentiment d'efficacité, de supériorité ou même de triomphe
- 61 L'enfant est assuré et n'exprime pas de gêne.
- 63 L'enfant est curieux ou explore les relations qui concernent ses proches
- 73 R. l'enfant semble calme, courageux, et même à l'aise avec des choses impressionnantes
- 94 R. L'enfant se sent joyeux et transmet une humeur de bien être
- 95 R Le jeu de l'enfant est imaginatif, vif et inventif

### **Action thérapeutique centrée sur l'émotion (ACTE) - 5 items**

Ce facteur est composé de 5 items : (24, 45, 76, 79, 81) dont l'item 24 en négatif.

24. R. Les conflits émotionnels de T n'interfèrent pas dans la relation T
45. T tolère l'affect ou les pulsions violentes de E
76. T fait des liens entre les sentiments de E et son expérience
79. T commente les changements d'humeur ou d'affect de E
81. T souligne les sentiments de E pour l'aider à les éprouver plus profondément.

### **Action thérapeutique centrée sur le langage (ACTL) - 5 items**

Ce facteur est composé de 5 items : (2, 3, 46, 65, 97), tous positifs.

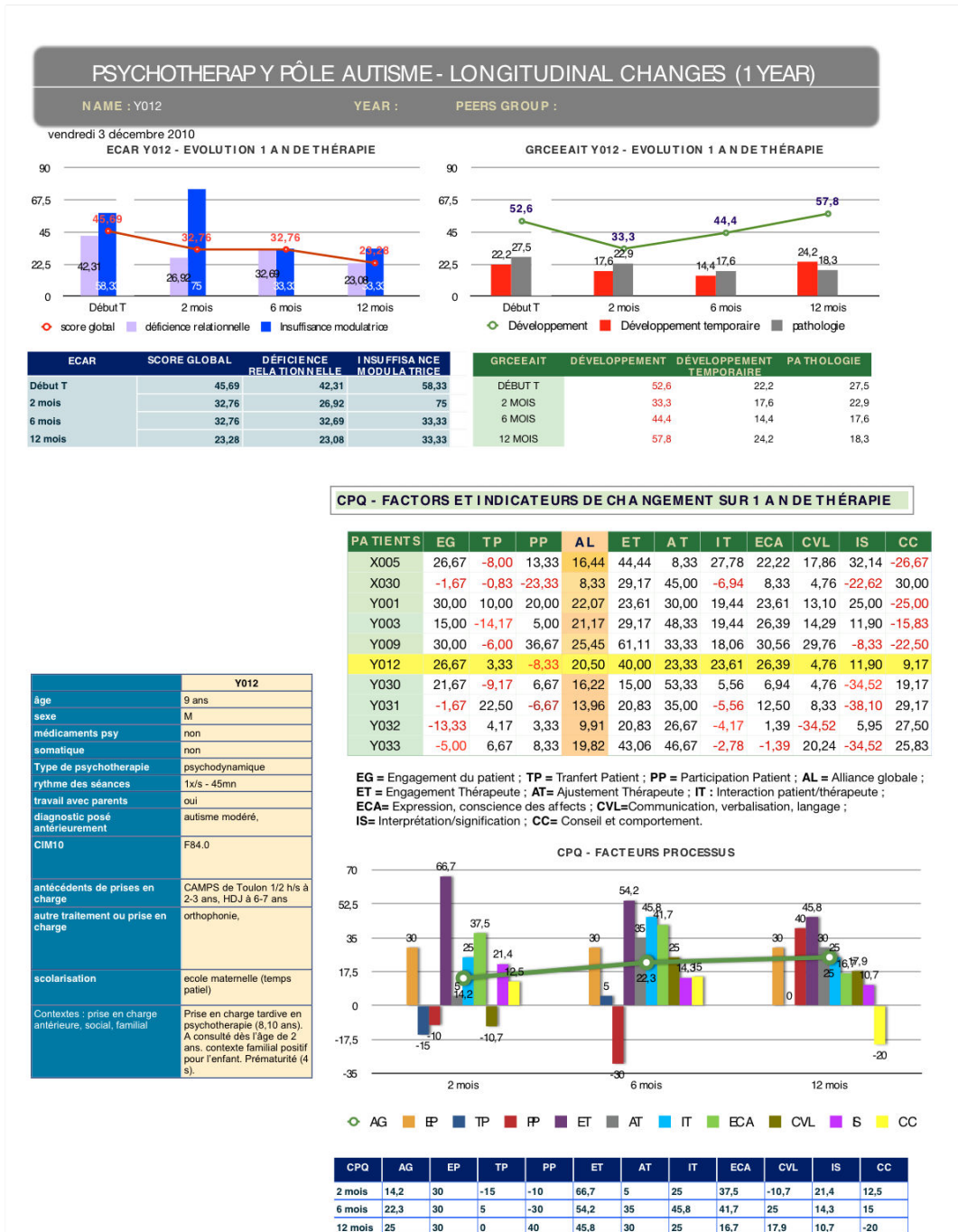
02. T fait commentaires sur comportement non verbal E
03. Les remarques de T ont pour objectif de faciliter la parole de E
46. T interprète la signification du jeu de E
65. T clarifie, récite ou reformule ce que dit E



97. T souligne verbalisation états internes et d affects

## 2. PRESENTATION SYNTHETIQUE DE CAS EN 1 PAGE

### 1. Y078


**CPQ - FACTORS ET INDICATEURS DE CHANGEMENT SUR 1 AN DE THERAPIE**

**CPQ - FACTEURS PROCESSUS**

CPQ	AG	EP	TP	PP	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC
2 mois	14,2	30	-15	-10	66,7	5	25	37,5	-10,7	21,4	12,5
6 mois	22,3	30	5	-30	54,2	35	45,8	41,7	25	14,35	15
12 mois	25	30	0	40	45,8	30	25	16,7	17,9	10,7	-20

## 2. Y096

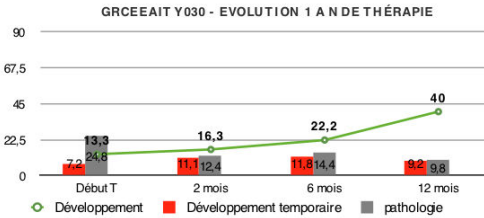
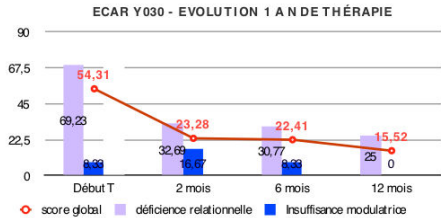
### PSYCHOTHERAPY PÔLE AUTISME - LONGITUDINAL CHANGES (1 YEAR)

NAME : Y030

YEAR :

PEERS GROUP :

vendredi 3 décembre 2010



ECAR	SCORE GLOBAL	DÉFICIENCE RELATIONNELLE	INSUFFISANCE MODULATRICE
Début T	69,23	8,33	8,33
2 mois	23,28	32,69	16,67
6 mois	22,41	30,77	8,33
12 mois	15,52	25	0

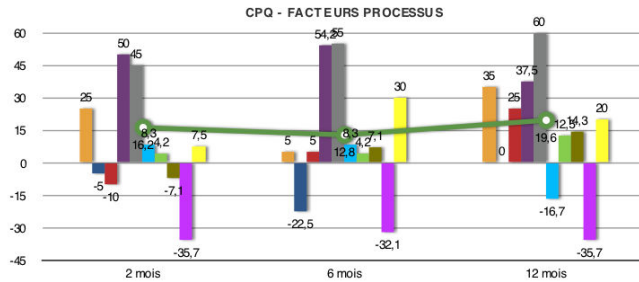
GRCEEAIT	DÉVELOPPEMENT	DÉVELOPPEMENT TEMPORAIRE	PATHOLOGIE
DÉBUT T	13,3	7,2	24,8
2 MOIS	16,3	11,1	12,4
6 MOIS	22,2	11,8	14,4
12 MOIS	40	9,2	9,8

#### CPQ - FACTORS ET INDICATEURS DE CHANGEMENT SUR 1 AN DE THÉRAPIE

PATIENTS	EG	TP	PP	AL	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC
X005	26,67	-8,00	13,33	16,44	44,44	8,33	27,78	22,22	17,86	32,14	-26,67
X030	-1,67	-0,83	-23,33	8,33	29,17	45,00	-6,94	8,33	4,76	-22,62	30,00
Y001	30,00	10,00	20,00	22,07	23,61	30,00	19,44	23,61	13,10	25,00	-25,00
Y003	15,00	-14,17	5,00	21,17	29,17	48,33	19,44	26,39	14,29	11,90	-15,83
Y009	30,00	-6,00	36,67	25,45	61,11	33,33	18,06	30,56	29,76	-8,33	-22,50
Y012	26,67	3,33	-8,33	20,50	40,00	23,33	23,61	26,39	4,76	11,90	9,17
Y030	21,67	-9,17	6,67	16,22	15,00	53,33	5,56	6,94	4,76	-34,52	19,17
Y031	-1,67	22,50	-6,67	13,96	20,83	35,00	-5,56	12,50	8,33	-38,10	29,17
Y032	-13,33	4,17	3,33	9,91	20,83	26,67	-4,17	1,39	-34,52	5,95	27,50
Y033	-5,00	6,67	8,33	19,82	43,06	46,67	-2,78	-1,39	20,24	-34,52	25,83

EG = Engagement du patient ; TP = Tranfert Patient ; PP = Participation Patient ; AL = Alliance globale ; ET = Engagement Thérapeute ; AT= Ajustement Thérapeute ; IT : Interaction patient/thérapeute ; ECA= Expression, conscience des affects ; CVL=Communication, verbalisation, langage ; IS= Interprétation/signification ; CC= Conseil et comportement.

Y030	
âge	4 ans
sexe	M
médicaments psy	non
somatique	non
Type de psychothérapie	Thérapie d'échange et de développement (TED)
rythme des séances	2x/s - 15-25 mn
travail avec parents	oui (mère)
diagnostic posé antérieurement	autisme moyen (CARS)
CIM10	F84.0 et facteurs associés F70
antécédents de prises en charge	CAMSP
autre traitement ou prise en charge	psychomotricité
scolarisation	non
Contextes : prise en charge antérieure, social, familial	prise en charge précoce, contexte familial difficile.



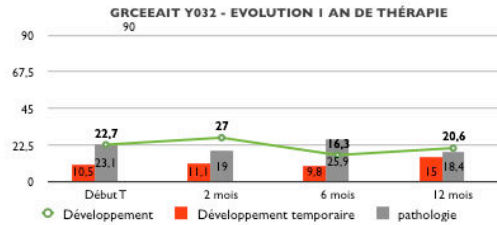
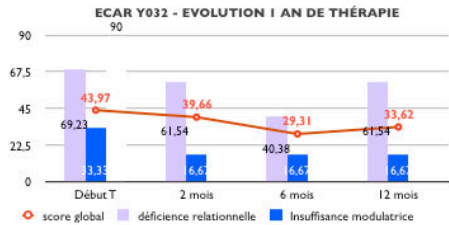
CPQ	AG	EP	TP	PP	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC
2 mois	16,2	25	-5	-10	50	45	8,3	4,2	-7,1	-35,7	7,5
6 mois	12,8	5	-22,5	5	54,2	55	8,3	4,2	7,1	-32,1	30
12 mois	19,6	35	0	25	37,5	60	-16,7	12,5	14,3	-35,7	20

### 3. Y098

## PSYCHOTHERAPY PÔLE AUTISME - LONGITUDINAL CHANGES (1 YEAR)

NAME : Y032      YEAR :      PEERS GROUP :

lundi 10 janvier 2011



ECAR	SCORE GLOBAL	DÉFICIENCE RELATIONNELLE	INSUFFISANCE MODULATRICE
Début T	43,97	69,23	33,33
2 mois	39,66	61,54	16,67
6 mois	29,31	40,38	16,67
12 mois	33,62	61,54	16,67

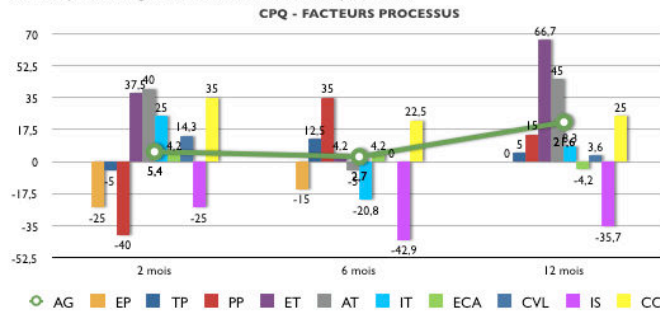
GRCEAIT	DÉVELOPPEMENT	DÉVELOPPEMENT TEMPORAIRE	PATHOLOGIE
DÉBUT T	22,7	10,5	23,1
2 MOIS	27	11,1	19
6 MOIS	16,3	9,8	25,9
12 MOIS	20,6	15	18,4

### CPQ - FACTORS ET INDICATEURS DE CHANGEMENT SUR 1 AN DE THÉRAPIE

PATIENTS	EG	TP	PP	AL	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC
X005	26,67	-7,5	13,33	16,44	44,44	8,33	27,78	22,22	17,86	32,14	-26,67
X030	-1,67	-0,83	-23,33	8,33	33,33	45	-2,78	8,33	4,76	-22,62	30
Y001	30	10	20	22,07	38,89	30	15,28	23,61	13,1	25	-25
Y003	20	-5	16,67	21,17	47,22	48,33	22,22	-18,06	10,71	10,71	-15,83
Y009	30	-5,83	36,67	25,45	61,11	33,33	18,06	30,56	29,76	-8,33	-22,5
Y012	30	-3,33	0	20,5	55,56	23,33	19,44	31,94	10,71	15,48	2,5
Y030	21,67	-9,17	6,67	16,22	47,22	53,33	-8,33	6,94	4,76	-34,52	19,17
Y031	-1,67	22,5	-6,67	13,96	30,56	35	-8,33	12,5	8,33	-38,1	29,17
Y032	-13,33	4,17	3,33	9,91	36,11	26,67	-5,56	1,39	5,95	-34,52	27,5
Y033	-5	6,67	8,33	19,82	48,61	46,67	8,33	-1,39	20,24	-34,52	25,83

modérateurs		Y032
âge	4 ans	
sexe	M	
médicaments psy	non	
somatique	oui (2,9 ans)	
Type de psychothérapie	Thérapie d'échange et de développement (TED)	
rythme des séances	2x/s - 15-25 mn	
travail avec parents	suivi social des parents	
diagnostic posé antérieurement	Retard sévère avec trouble autistique	
CIM10	F84-8 et facteurs associés : F71 (281-0 ; 263-5)	
antécédents de prises en charge	kinesithérapie puis psychomotricité	
autre traitement ou prise en charge	psychomotricité	
scolarisation	4 ans (PSM avec AVS) 2 matinées/s	
Contextes ; prise en charge antérieure, social, familial	Prise en charge précoce, violence conjugale, divorce des parents, soeur + âgée (positif) Halte garderie (bien intégré), Hospitalisé pour mononucléose avec aggravation et dyspnée.	

EG = Engagement du patient ; TP = Transfert Patient ; PP = Participation Patient ; AL = Alliance globale ; ET = Engagement Thérapeute ; AT= Ajustement Thérapeute ; IT : Interaction patient/thérapeute ; ECA= Expression, conscience des affects ; CVL=Communication, verbalisation, langage ; IS= Interprétation/signification ; CC= Conseil et comportement.



CPQ	AG	EP	TP	PP	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC
2 mois	5,4	-25	-5	-40	37,5	40	25	4,2	14,3	-25	35
6 mois	2,7	-15	12,5	35	4,2	-5	-20,8	4,2	0	-42,9	22,5
12 mois	21,6	0	5	15	66,7	45	8,3	-4,2	3,6	-35,7	25

### 3. POSTERS

#### Poster IriaTours 2012

## French Psychotherapy Practice Research Network

### High emotional modulation insufficiency and adjustment of the therapist's attitude for children suffering from autistic disorder

● **BACKGROUND:** Outcomes of psychotherapeutic approaches for autistic children and potential mediators of change were subject to very little research. A Practice-based Research Network was opened in France to develop studies in this area.

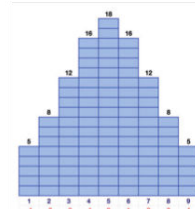
● **OBJECTIVE:** In the semiology of autism, inability to modulate emotions involves child's suffering and has both behavioral and cognitive consequences. The present study focuses on evolution of this dimension during one year of psychotherapy for 41 autistic children and how the adjustment of the therapist's attitude can contribute to improve this insufficiency when it is partially high.

● **METHOD:** Psychotherapies of 41 children were observed intensively during one year (process-outcome studies) and then aggregated for group and sub group analyses. Emotional modulation insufficiency (EMI) was studied with the Behavioral Symptom Checklist (BSE, Barthelemy et al., 1997). Process was rated with Child Psychotherapy Process Q-sort (CPQ, Schneider and Jones, 2007) that describes the main features of psychotherapy: child and his/her problems, therapist, his approach and technique, and their interaction. Cases whose EMI / General Score (GS) ratios were  $\geq 1.5$  at baseline were selected. The most characteristic items describing the psychotherapeutic process in the group EMI / GS  $\geq 1.5$  were compared to those of all other cases and the EMI evolution of these cases observed.

● **CARS (Childhood Autism Rating Scale of Barthelemy)**

○ BSE was validated in the hospital department of pedopsychiatry of Tours. BSE has 29 items, rated from 0 to 4 according to the frequency or severity of symptoms. It allows to explore the various domains of the autistic child's behavior: social withdrawal, verbal and non verbal communication, adaptation to environmental situations, tonus, motivity, affect, shady reactions of the main instinctive functions, attention disorders, perceptions and intellectual functions. Symptomatic profiles are obtained that can be followed over several months. It is possible to analyze the evolution of this profile, symptom by symptom, or by taking into account various factors. It lists, for the different behaviors observed, spontaneous variations over time and improvements induced by treatment and rehabilitations.

● **CPQ (Child Psychotherapy Process Q-set of Schneider and Jones)**



○ CPQ is a common language to describe, classify and quantify the process of therapy from 100 items. Each item is designed to be observable, avoid references to a specific theory. It is intended to be largely neutral and can be used for any therapy. The CPQ is used to represent a range of therapeutic interactions including systematic characterization of therapist-patient interaction.

Items are sorted into one of nine categories ranging from most characteristic (+4) to the most uncharacteristic (-4), through a neutral box (0) with a forced distribution (see diagram).

Quantitative data collected from the scale are also used as clinical variables to explore possible relationships with other variables. It is thus possible to follow the evolution of «relational disability» and «emotional modulation insufficiency» intolerance to change, frustration, agitation, turbulence, hetero-aggressiveness.

This methodology obliges the rater to assess the relative significance of each item to this particular therapeutic hour and avoids the well-known halo effect, by which raters tend to avoid using the two extremes of a rating scale.

● **RESULTS/DISCUSSION:** Nine of the 41 children had EMI / GS  $\geq 1.5$ . After one year, their EMI score reduced by 46%. The analysis shows several differences between the ten most characteristic items of the EMI subgroup and the whole group. Six most characteristic process items are common with those of all cases, but have a different ranking. The most important differences are: 1) Therapist is more confident and self-assured, his/her remarks are aimed at encouraging child's speech, h/she tolerates child's strong affect or impulses and refrains from overt or subtle negative judgments against him or her 2) Child is active, His/her is imaginative, lively, and generates new ideas.

○ **IM/EG is  $\geq 1.5$**

○ 9 children have a ratio IM/EG  $\geq 1.5$ .

- **Strong EMI variation:** 2 children (Y1 and Y2) show an EMI variation of 41.7 points, respectively 83.3% and 71.4%, corresponding to a variation of EMI/EG of 3.2 and 1.7.

- **Medium EMI variation:** 4 children (Y3, Y4, Y5, Y6), show a variation of 25 points, corresponding to a variation of EMI/EG of 2.2, 2.9, 1.8 and 1.7.

- **Low EMI variation:** 1 child (Y7) shows an EMI variation of 16.7 points, corresponding to a variation of IM/EG = 1.3.

- **No EMI variation:** 2 children (Y8 and Y9), have a variation of EMI = 0, cases are very different.

**Question 1**  
Does therapist has implemented with EMI children a special technique (different from that of 32 other children)?

○ In addition to the elements similar to all patients, Therapist has particularly encouraged child's speech. He tolerated his/her strong affects or impulses, without judgment or emphasizing his/her emotional experiences. Children were particularly active and their play imaginative, lively (see attached table).

**Question 2**  
EMI of 2 children (Y8 and Y9) did not evolve while their EMI/EG was identical to that of 7 other children. Why?

○ X9. Therapist is particularly sensitive to the child's feelings. Therapy session has a specific focus and its material is relevant to child's conflicts. T avoids explicit instruction or education. The child draws the T into play and engages in make-believe play...

○ Y8. T is highly affectively engaged, tolerates his strong affects or impulses of the child, restrains from responding personally to provocations, adjusts to him. Child rejects therapist's advice or information. His communications are affect-laden.

**Question 3**  
What can reveal the specifics of these two children?

○ X9 is 5 years old. She is in psychotherapy for 2 years and goes to school. Moderators' Index is favorable 8/10. Much improvement during the year: 8/14 acquisitions at T0, 14/14 at 12 months. Birth of a little sister between times 2 and 3 of study, problematic in the organization of the family ....

○ Y8 is 11 years old. Developmental disabilities from infancy, is hospitalized. Moderators' Index favorable 6/10. Decreased in his acquisitions (T0 6/14, T12 4/14). General improvement during the year but developmental age between 2 and 3 years. Siblings: the little brother came into the language and the older sister left home ....

● **CONCLUSION:**

Therapists of children with high EMI scores adjusted their approach in a tolerant, non-judgmental, and expressive way, allowing the child to have an imaginative and lively therapeutic playing and helping him to contain his affects when they appear overwhelming him.

n°	items characteristic	32 P	9 P	X9	Y8
9	R. Therapist is affectively engaged.	3.20	3.00	3.33	3.67
6	Therapist is sensitive to the child's feelings.	3.05	3.11	3.33	3.00
77	Therapist's interaction with child is sensitive to the child's level of development.	2.90	2.56		
47	When the interaction with the child is difficult, the therapist adjusts to the child.	2.48	2.00		3.67
24	R. Therapist restrains from responding personally to provocation and disturbing material.	2.47	2.44		3.67
88	Material of the hour is meaningful and relevant to child's conflicts.	2.28	2.22	4.00	
65	Therapist clarifies, restates, or rephrases child's communication.	2.13	2.00		
86	Therapist is confident, self-assured.	2.08	2.67		
81	Therapist emphasizes feelings to help child experience them more deeply.	1.94	1.11		
3	Therapist's remarks are aimed at encouraging child's speech.	1.93	2.78		
18	R. Therapist refrains from overt or subtle negative judgments of the child	2.56	3.33		
45	Therapist tolerates child's strong affect or impulses.	2.56			3.67
95	R. Child's play is imaginative, lively.	2.56			
72	Child is active.	2.33			
23	Therapy session has a specific focus or theme.			4.00	
64	Child draws therapist into play.			4.00	
21	R. Therapist refrains from self-disclosure even when child exerts pressure for therapist to do so.			4.00	
71	Child engages in make-believe play.			3.67	
37	R. Therapist avoids explicit instruction or education.			3.33	
55	R. Therapist does not attempt to shape or reward behavioral changes.			3.33	
54	R. Child rambles, frequently digresses, or is vague.				3.67
20	Child is provocative; tests limits of the therapy relationship.				3.67
19	R. Child refuses or rejects therapist's advice or information.				3.33
61	R. Child appears un-self-conscious and assured.				3.33
40	R. Child's communications are affect-laden.				3.00

○ Table : Scores items PQS very characteristic ● 32 children ● 9 children ● Child X9 ● Child Y8



Jean-Michel Thurin, Monique Thurin, G Haag, C Barthélemy, T Delespierre, P Poyet, C Ritter, L Barrer, Bruno Falissard. Inserm U 669 - Ecole de Psychosomatique, Fédération Française de Psychiatrie. <http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/> [jmthurin@techniques-psychotherapiques.org](mailto:jmthurin@techniques-psychotherapiques.org)

## Poster Thèse 1

# Modeling processes, mechanisms and conditions of changes associated with psychotherapy of children with autism spectrum disorders

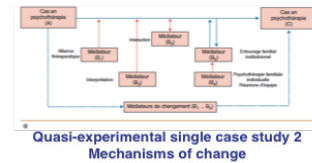
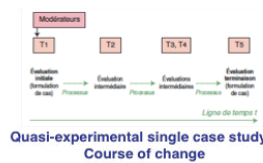
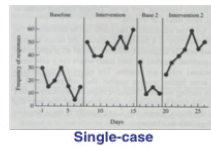
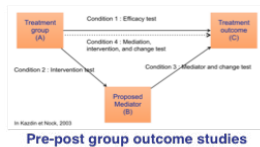
Jean-Michel THURIN Unité Inserm U 669. ED3C : Cerveau, Cognition, Comportement

Thesis Director : Pr Bruno Falissard.

### ● BACKGROUND: EVOLUTION OF PSYCHOTHERAPY RESEARCH

Focused 1980s to the 2000s on the overall efficacy of interventions and psychotherapeutic approaches, psychotherapy research has evolved towards a research on the change process related to mediators inside a therapy adjusted to patient. From « *What works for whom ?* » (in general), research questions became: « *When, why, how and under what conditions, a common or specific psychoterapeutic intervention can produce changes for this patient ?* »

This trend is reflected in the adjustment of the methodology .



Application of this evolution of methodology is particularly important for autism spectrum disorders because of the heterogeneity of cases and their situations, their developmental dimension, and differences that affect their approach. It is implemented in the Inserm clinical practice research network on psychotherapy (U 669) where, to this day, 50 intensive case studies in natural conditions have been completed.

### ● OBJECTIVES: MODELLING PARAMETERS AND MECHANISMS OF CHANGE

An analysis plan in 5 steps: For each case and aggregated cases, 1) Characterize mediators and moderators : indexing external parameters (moderators) and configurations of process observations (mediators) of therapeutic action, 2) Describe comportemental and functional trajectories of change ; 3) Among cases, distinguish the good and bad trajectories and search for explicative settings ; 4) Model processes and mechanisms of change associated with each psychotherapy ; 5) Propose assumptions about some predictive factors of change.

In this poster, we focus on the presentation on the first step of describing therapeutic action, using a process instrument developed from methodology, the Child Psychotherapy Process Q-set (CPQ).

### ● METHODOLOGY

#### Presentation of Q methodology

Developed by W. Stephenson (1953), Q Methodology rests on the rating and ranking of a set descriptive formulations concerning a particular object. The ranking highlights what appears to be the most and least characteristic for the rater in the range of descriptions that are submitted.

**Step One:** A set of statements, called a « Q sample » is drawn from an exhaustive search of descriptive subject formulations. Recoveries of meaning are avoided, missing items are added. Statements are categorized and categories are equalized. Statements are numbered randomly.

**Step Two:** Q sorting. The Q sorter is instructed to sort the statements along a continuum from «most agree» at one end to «most disagree» at the other. To assist in the Q sorting task, the person is provided with a scale and a suggested distribution.

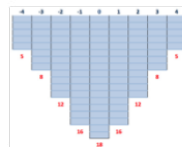
**Step Three:** Correlation. A correlation matrix is established between the sorts to describe the degree of similarity or dissimilarity in perspective.

**Step Four:** Factor analysis. It examines a correlation matrix and determines how many basically different Q sorts are in evidence: Q sorts which are highly correlated with one another may be considered to have a family resemblance, those belonging to one family being highly correlated with one another but uncorrelated with members of other families. Factor analysis tells us how many different families (factors), there are.

**Step Five:** Interpretation of factors. The interpretation of factors in Q methodology proceeds primarily in terms of factor scores rather than (as is typical in R methodology) in terms of factor loadings. A factor score is the score for a statement as a kind of average of the scores given that statement by all of the Q sorts associated with the factor. For the sake of precision, in Q methodology, the factor scores are weighted to take into account that some are closer approximations of the factor than others.

#### Application with CPQ (Child Psychotherapy Process Q-set)

Developed by Schneider and Jones, CPQ is a common language to describe, classify and quantify the process of therapy from 100 items. Each item is designed to be observable, avoid references to a specific therapy. It is intended to be largely neutral and can be used for any therapy. The CPQ is used to represent a range of therapeutic interactions including systematic characterization of therapist-patient interaction.



**Step One:** CPQ has been constructed from an exhaustive search of existing process descriptions. Their main formulations were selected and others were built from detailed discussions with clinical investigators. Each item was discussed in terms of its clarity, its importance for psychotherapy and implications of his choice for the set number of total items.

**Step Two:** Items are sorted into one of nine categories ranging from most characteristic (+4) to the most uncharacteristic (-4), through a neutral box (0) with a forced distribution (see diagram). This methodology obliges the rater to assess the relative significance of each item to this particular therapeutic hour and avoids the well-known halo effect, by which raters tend to avoid using the two extremes of a rating scale.

**Step Three:** Correlation. A correlation matrix is established which compares each of the fifty Q sorts with the others. The result is a 50x 50 correlation matrix.

**Step Four:** factor analysis determines how many basically different Q sorts of 100 observations describing patient, therapist and their interactions are in evidence. Q sorts which are highly correlated with one another may be considered to have a family resemblance. They define one common factor and 3 specific factors. Factor loadings differentiate in each family their level of similarity. Factor analysis tells us how many different families (factors), there are and in each family which are the most characteristic formulations.

**Step Five:** Interpretation of factors. The F1 (common factor) loadings are all positive, but vary from 0.28 to 0.84 (median: 0.69). F2 distinguishes psychotherapeutic approaches (psychodynamic and cognitive-behavioral) and the compliant or chaotic participation of the child in psychotherapy. F3 describes a curious, bright and imaginative child that can express his feelings to his therapist (or vice versa) and the psychotherapeutic approach adopted by the therapist. F4 describes the passage from a very close attachment towards a beginning of autonomy.

### ● REFERENCES

Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *J. of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1116-1129.  
Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 1-27.  
Thurin, J. M. (2009). Évaluation des effets des psychothé-

rapies. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-802-A-10.  
Lerner, M. D., S., W., & C., M. J. (2012). Mechanisms of change in psychosocial interventions for autism spectrum disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(307-316).  
Brown, S. R. (1991). A Q-Methodology Primer I. <http://facstaff.wwu.edu/cotlec/QArchive/Primer1.html>.  
Schneider, C. (2003). *The Development of the Child Psychotherapy Q-Set*. University of California, Berkeley.

Thurin, J. M., Falissard, B., & Thurin, M. (2013). Practice-Based Research Network in Psychotherapy. *Progress Report at 4 years (U. 669)*, Inserm.  
Thurin, J. M., Thurin, M., Cohen, D., & Falissard, B. (2014). Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62, 102-118.

## Poster Thèse 2

# Structural equation modeling of the psychotherapy change process : stages of the construction of the model and preliminary results

Jean-Michel THURIN Inserm U 1178. ED3C : Cerveau, Cognition, Comportement

Thesis Director : Pr Bruno Falissard Inserm U 1178

- **BACKGROUND AND OBJECTIVES** : Since 2000, the evaluation of psychotherapy has associated to the outcomes research, a new line of research on understanding the mechanisms of therapeutic efficacy in naturalistic conditions (Kazdin and Nock 2003, Thurin and Briffault 2006). A research network based on Psychotherapies' Practices (RRFPP) was established on this basis (Thurin et al., 2008). The objective of one of its poles is to understand why and how psychotherapy conducted by experienced practitioners may be effective in children / adolescents with autism spectrum disorders. An article presenting the preliminary results of the first 5 cases published (Thurin et al., 2014), as well as a general report prepared following a first level of analyses (Thurin, Falissard & 2013).

A second generation of statistical methods developed since the early 90s, including that of structural equation modeling. This method allows to combine multiple linear regression analyses and design « paths » or « causal paths. » It is also possible to consider the latent variables apprehended from variables measures involved in their construct or their expression (Falissard 2005, pp 203-215, 2011, pp 205-221, Hair et al. 2014). The possibility of applying this method to data collected in the network was first tested using isolated cases. Their analysis developed with R showed great diversity of individual situations and adjusting to the needs and therapists possibilities of each patient. This individualized and interactive dynamics seemed to make impossible any possibility of modeling the process with a group. However, the application of a basic model has also shown the benefit of formalization of psychotherapy steps and ingredients from component variables psychotherapeutic process and those that make up the indicators of change. This poster presents the first phase of this work.

### ● METHODOLOGY

#### Objective of the structural model

This model attempts to explain the action of psychotherapy (AT) exerted in its natural context on autistic behaviors of the child. This model uses data from RRFPP where 60 children and adolescents with autism and PDD were assessed 4 times for a period of one year (initially and then at 2, 6 and 12 months) as part of an intensive case study.

Assessments are conducted individually by three clinicians gathered in peer group. The interrater variance are discussed until approved agreement.

The behavioral state (EC) is measured by two dimensions: the relational disabilities (CD) and impaired emotion modulation (IM), from the two corresponding scales in the ECAR.

The therapeutic action (AT) is a latent variable that involves the therapist in his approach and technique, the child and functioning, and their interaction. It is represented by the attitude of the therapist (ATT) and its specific actions (ACT) centered on verbalization, language, emotion and pathological behaviors that accompany them. It also involves the psychological disposition of the child, which determines its openness and participation in therapeutic activities. The child's psychological state is formed by a group of items (AAR) of the process scale (CPQ) that capture his activity, his inner experience and its relationship with the therapist as part of psychotherapy. These items describe the pathological and normal components of these dimensions. ECAR and CPQ are two validated scales.

#### Construction of the model

It builds on the findings of in-depth analysis performed of single cases with R and methods presented by B Falissard and Hair.

The first step was the creation of a first graph involving variables to explain (CD and IM) and the explanatory variables (ATT, ACT and AAR).

The second step was the selection of explanatory variables. It was carried out from the squared cosines of the observations (items CPQ).

The third step was the test of their commitment to the 3-time feedback from linear regression equations (2, 6 and 12 months).

### ● RESULTS

```
Call:
lm(formula = cpecar_red[, 15] ~ cpecar_red[, 1] + cpecar_red[, 2] + cpecar_red[, 3], data = cpecar_red)

Residuals:
    Min       1Q   Median       3Q      Max
-1.809  -0.334   0.588   1.803   4.148

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  48.69289    6.22145   7.827 1.49e-10 ***
cpecar_red[, 1]  -0.23848    0.06071  -2.177   0.0338 **
cpecar_red[, 2]  -0.28191    0.06091  -2.323   0.0238 **
cpecar_red[, 3]  -0.02599    0.06316  -0.411   0.6823
---
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 13.85 on 56 degrees of freedom
Multiple R-squared:  0.1824, Adjusted R-squared:  0.1386
F-statistic: 4.164 on 3 and 56 DF, p-value: 0.009868
```

- The variable « relational disability » of the child to T02 (DR02) is significantly dependent on the psychological disposition of the child (AAR02) (0.03) and the attitude of the therapist (ATT02) (0.02) at T02.

```
Call:
lm(formula = cpecar_red[, 16] ~ cpecar_red[, 2] + cpecar_red[, 4] + cpecar_red[, 5] + cpecar_red[, 6], data = cpecar_red)

Residuals:
    Min       1Q   Median       3Q      Max
-27.419  -8.172   0.184   7.858  35.249

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  39.41348    6.53816   6.028 3.56e-07 ***
cpecar_red[, 2]  -0.23818    0.09958  -2.388   0.02476 **
cpecar_red[, 4]  -0.30862    0.09114  -3.399   0.00126 ***
cpecar_red[, 5]   0.13856    0.18139   0.764   0.44762
cpecar_red[, 6]  -0.06143    0.06247  -0.983   0.32974
---
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 13.24 on 55 degrees of freedom
Multiple R-squared:  0.2688, Adjusted R-squared:  0.207
F-statistic: 4.851 on 4 and 55 DF, p-value: 0.00281
```

- The variable « relational disability » of the child to T06 (DR06) is significantly dependent on the psychological disposition of the child (AAR06) to T06 and the attitude of the therapist (ATT02) to T02.

```
Call:
lm(formula = cpecar_red[, 17] ~ cpecar_red[, 7] + cpecar_red[, 9] + cpecar_red[, 8], data = cpecar_red)

Residuals:
    Min       1Q   Median       3Q      Max
-28.473  -8.779  -1.876   4.648  35.332

Coefficients:
            Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
(Intercept)  39.25338   10.87297   3.597   0.00037 ***
cpecar_red[, 7]  -0.93637    0.32617  -2.867   0.00544 ***
cpecar_red[, 9]  -0.27563    0.12415  -2.221   0.03523 **
cpecar_red[, 8]  0.09577    0.18622   0.515   0.60547
cpecar_red[, 7] + cpecar_red[, 9]  0.009588   0.005704   1.681   0.095467 *
---
Signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Residual standard error: 13.41 on 55 degrees of freedom
Multiple R-squared:  0.28, Adjusted R-squared:  0.2226
F-statistic: 5.347 on 4 and 55 DF, p-value: 0.001039
```

- The variable « relational disability » of the child to T12 (DR12) is significantly dependent on the disposition of the child (AAR12) (0.005), the action of the therapist (ACT12) (0.03), and their interaction (0.09) to T12.

- Linear regressions for Relational impairment of the child (CD) establish that the « child in his/her therapy » mediator (AAR) is very significant to each of quotations. The attitude of the therapist is also significant to each of the quotes to a lesser extent. The action of the therapist (ACT) is only weakly significant at 6 months of therapy and intervenes on DR at 12 months. The lack of correlation with the lack of emotion modulation (IM) can be explained by the fact that this deficit strongly concerned about a quarter of children (17/60).

### ● REFERENCES

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.

Thurin, J. M., & Briffault, X. (2006). Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *Encephale*, 32(4 Pt 1), 402-412.

Thurin, J. M., Thurin, M., Cohen, D., & Falissard, B. (2014). Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 60 études intensives de cas. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62, 102-118.

Thurin, J. M., Falissard, B., & Thurin, M. (2013). Practice-Based Research Network in Psychotherapy. *Progress Report at 4 years* (U. 669, Trans.) (pp. 107): Inserm.

Falissard, B. (2005). Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie (3ème éd.). Paris: Masson.

Falissard, B. (2014). *Analysis of Questionnaire Data with R: Taylor & Francis Group.*

Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2014). *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*: SAGE Publications.

Caractériser et Comprendre le Processus de Changement des Psychothérapies Complexes

# Psychotherapy of children with autism spectrum disorders: When the approach and specific actions of the experienced therapist depend on the child's clinical condition

Jean-Michel Thurin & Monique Thurin

French Psychotherapy Practice-Based Research Network  
CESP, Inserm, U 1178,  
Univ. Paris-Descartes, USPC, Paris, France  
/ French Federation of Psychiatry  
jmthurin@me.com

● OBJECTIVES: MODELLING PARAMETERS AND MECHANISMS OF CHANGE

As part of the French Psychotherapy Practice-Based Research Network, 60 intensive single case studies, conducted during 1 year with children suffering autistic disorder, have already been completed. The analysis focuses on each case individually and on the aggregated cases. Here we present: 1. the first step of methodology for analyzing the psychotherapy process with the *Child Psychotherapy Process Q-set* (CPQ) and 2. the results regarding the distinction between common and specific factors.

● METHODOLOGY FOR ANALYSING THE PSYCHOTHERAPY PROCESS: 1. Application of the Q-sort methodology with CPQ

○ Developed by W. Stephenson (1953), Q Methodology rests on the rating and ranking of a set descriptive formulations concerning a particular object. The ranking highlights what appears to be the most and least characteristic for the rater in the range of descriptions that are submitted.

**Step One:** Q sample. A set of statements, called a « Q sample » is drawn from an exhaustive search of descriptive subject formulations. Recoveries of meaning are avoided, missing items are added. Statements are categorized and categories are equalized. Statements are numbered randomly.

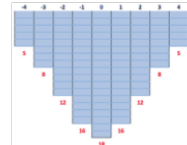
**Step Two:** Q sorting. The Q sorter is instructed to sort the statements along a continuum from «most agree» at one end to «most disagree» at the other. To assist in the Q sorting task, the person is provided with a scale and a suggested distribution.

**Step Three:** Correlation. A correlation matrix is established between the sorts to describe the degree of similarity or dissimilarity in perspective.

**Step Four:** Factor analysis. It examines a correlation matrix and determines how many basically different Q sorts are in evidence: Q sorts which are highly correlated with one another may be considered to have a family resemblance, those belonging to one family being highly correlated with one another but uncorrelated with members of other families. Factor analysis tells us how many different families (factors), there are.

**Step Five:** Interpretation of factors. The interpretation of factors in Q methodology proceeds primarily in terms of factor scores rather than (as is typical in R methodology) in terms of factor loadings. A factor score is the score for a statement as a kind of average of the scores given that statement by all of the Q sorts associated with the factor. In Q methodology, the factor scores are weighted to take into account that some are closer approximations of the factor than others.

○ Developed by Schneider and Jones (2003), Child Psychotherapy Process Q-set (CPQ) is a common language to describe, classify and quantify the process of therapy from 100 items. Each item is designed to be observable, avoid references to a specific theory. It is intended to be largely neutral and can be used for any therapy. The CPQ is used to represent a range of therapeutic interactions including systematic characterization of therapist-patient interaction.



**Step One:** CPQ has been constructed from an exhaustive search of existing process descriptions. Their main formulations were selected and others were built from detailed discussions with clinical investigators. Each item was discussed in terms of its clarity, its importance for psychotherapy and implications of his choice for the set number of total items.

**Step Two:** Items are sorted into one of nine categories ranging from most characteristic (+4) to the most uncharacteristic (-4), through a neutral box (0) with a forced distribution (see diagram). This methodology obliges the rater to assess the relative significance of each item to this particular therapeutic hour and avoids the well-known halo effect, by which raters tend to avoid using the two extremes of a rating scale.

**Step Three:** Correlation. A correlation matrix is established between the one hundred eighty Q sorts to describe the degree of similarity or dissimilarity in perspective.

**Step Four:** Factor analysis determines how many basically different Q sorts of 100 observations describing patient, therapist and their interactions are in evidence. Q sorts which are highly correlated with one another may be considered to have a family resemblance. They define 3 main factors (eigenvalue > 6.5). One «common» factor (eigenvalue = 54.3) and 2 «specific» factors (eigenvalues = 11.8 & 6.8). Factor analysis tells us how many different families (factors), there are and in each family which are the most characteristic formulations. Factor loadings differentiate in each family the level of similarity of each psychotherapy at each time (2, 6 and 12 months).

**Step Five:** Interpretation of factors. The F1 (common factor) loadings are all positive, but vary from 0.02 to 0.78 (median: 0.57). F2 distinguishes psychotherapeutic approaches (psychodynamic and cognitive-behavioral) and the compliant or chaotic participation of the child in psychotherapy. F3 describes a curious, bright and imaginative child that can express his feelings to his therapist (or vice versa) and the psychotherapeutic approach adopted by the therapist (description below). 49-53 psychotherapies are mainly in F1 (with loadings 0.32-0.71), 8-4 in F2 and 1-3 in F3.

● RESULTS

○ F1. Child feels trusting and secure, understood by the therapist; he directs angry or aggressive feelings outward. Therapist is affectively engaged and sensitive to the child's feelings. He clarifies, restates, or rephrases child's communication and emphasizes verbalization of internal states and affects. His interaction with child is sensitive to the child's level of development and demonstrates a shared vocabulary or understanding.

○ F2. Child is socially misattuned or inappropriate, anxious and tense, provocative; he has difficulty understanding the therapist's comments; his play is fragmented, sporadic. Therapist actively exerts control over the interaction, is directly reassuring, behaves in a didactic manner, comments on the child's nonverbal behavior, sets limits.

○ F3. Child is curious, animated, active, joyous, close from his or her feelings. His communications are affect-laden, his play is imaginative, lively. Therapist is neutral, interprets the meaning of child's play, points out child's use of defences. Therapist makes links between child's feelings and experience. Different topics are discussed.

● DISCUSSION

The CPQ comprises three types of items: (a) those describing child attitude and behavior or experience, (b) those reflecting the therapist's actions and attitudes, and (c) those attempting to capture the nature of the interaction in the dyad or the climate or atmosphere of the encounter.

○ In F1, the 20 most characteristic items are centered on the general approach of the therapist, his adjustment to the child's development, and specific technique for language and affect. Child feels trusting and secure and understood by the therapist. Therapist and child demonstrate a shared vocabulary or understanding; psychotherapy is associated with significant changes.

○ In F2, Child is socially misattuned or inappropriate, anxious, and not involved. Therapist tries, with his approach and technical tools, to control the situation but changes are interrupted.

○ In F3, the child is much better, his autistic symptoms and functioning have already greatly reduced and he even expresses a well-being. Therapeutic activity is multi-modal and therapist can fully apply his technique (psychodynamic).

Each factor includes specific ingredients, adjusted to the child's condition and his current possibilities, within a general approach supported by theory.

● REFERENCES

Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *J. of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1116-1129.  
Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 1-27.  
Thurin, J. M. (2009). *Évaluation des effets des psychothérapies*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-902-A-10.  
Lerner, M. D., S., W., & C., M. J. (2012). Mechanisms of change in psychosocial interventions for autism spectrum disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(307-318).

Brown, S. R. (1991). A Q-Methodology Primer I. <http://facstaff.wwu.edu/cottlec/QArchive/Primer1.html>.  
Schneider, C. (2003). *The Development of the Child Psychotherapy Q-Set*. University of California, Berkeley.  
Thurin, J. M., Falissard, B., & Thurin, M. (2013). Practice-Based Research Network in Psychotherapy. Progress Report at 4 years (U. 669). Inserm.  
Thurin, J. M., Thurin, M., Cohen, D., & Falissard, B. (2014). *Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62, 102-118.



<http://www.techniques-psychotherapies.org/Reseau>



## Poster Thèse 3

# Modeling the psychotherapy change process From single-case reports with R, to aggregated cases with PLS-SEM

Jean-Michel THURIN Inserm U 1178. ED3C : Cerveau, Cognition, Comportement  
Thesis Director : Pr Bruno Falissard Inserm U 1178

French Psychotherapy Practice-Based  
Research Network  
CESP, Inserm, U 1178,  
Univ. Paris-Descartes, USPC, Paris, France  
/ French Federation of Psychiatry  
jnthurin@me.com

### ● BACKGROUND

○ The core symptoms of autism (social deficits, language disorder, and stereotypic behavior) often respond well to intensive behavioral interventions, demonstrating that they are indeed malleable. However, this possibility is not related to an understanding of mechanisms of therapeutic action. Access to this knowledge is a challenge for research and practice (Kazdin 2008). But, by what method ?

○ Designs that seem to be most appropriate and necessary are small *N* or single-case studies focused on change process. With these designs it is possible to identify, describe, infer assumptions about how the therapist's interventions, patient's responses and their interactions (i.e., the therapeutic process) contribute to predict the therapeutic outcome. Single-case research can be of *experimental* type (with manipulation) or *observational* type. There is nothing inherent in single-case designs that requires either direct manipulation or passive observation.

○ Characteristic of all single-case research is a focus on variation within subjects over time and the attempt to understand this variation as a function of other variables that vary *within subject* over time or as a function of variables that vary *across subjects*. According Hilliard (1993), global aggregation across cases must be avoided and the generality of one's findings can be addressed through direct and systematic replication on a case-by-case basis. Actually, different methods, where conceptualisation, modeling and tests succeed, seem open the possibilities of generalisability (Carey & Stiles 2015).

### ● MODELING INVOLVES SEVERAL ISSUES

**1. Epistemological:** the transactional nature of the relationship between patient and therapist determines the therapeutic action's process (Jones *et al.* 1992). The term *process* implies the temporal unfolding of variables within therapeutic dyads. The term *case* or *subject* may refer either to a single individual (the patient or therapist) or to a therapeutic dyad, depending on whether the phenomenon of interest is analyzed at the individual or dyadic level.

**2. Methodological:** single-case measures, at a fine grain level, are collected; measures of the variable(s) are repeated over time; a consensual description of the internal process is obtained from a specific instrument; activity of the therapeutic process and the associated results are described; qualitatively and quantitatively; assumptions about active variables are inferred and tested (Kazdin & Kendall 1998); variations *intra* and *inter subjects* are distinguished. Quasi-experimental single-case studies, carried out in natural conditions as part of a clinical research network, may meet these criteria (Thurin *et al.* 2015); the Child psychotherapy Process Questionnaire (CPQ) (Schneider & Jones 2006) is a central tool of process investigation.

**3. Analytical:** based on data from individual cases, case-to-case comparisons, and secondarily aggregated cases after replication, descriptive and statistical methods can be applied without the direct manipulation of any of the variables studied (i.e., measures of external indicators of change, mediators, moderators, ease profiles, sequential and growth curve analysis, causal chains). Each approach may contribute to modeling.

### ● SINGLE-CASE ANALYSIS

○ Intrasubject design refers to research that focuses on the temporal unfolding of variables within individual subjects. Five steps of data analysis are described:

#### 1. Initial Case Formulation and functional analysis

A case formulation, as a summarization and integration of pre-treatment and first sessions clinical assessment, is realized. Case Formulation is complemented by a functional analysis that describes the relations between clinical features and variables associated outside and in therapy.

#### 2. Longitudinal quantitative assessment of external indicators of change (behavior, development, functioning)

3. The ranking of the 100 variables of the CPQ characterizes the internal process of therapy. Measures follow a normal distribution.

Variables always very characteristic and 20 most characteristic variables at each phase of therapy (e.g. beginning, middle and end) are selected and grouped by theme. They represent the range of potential mediators from the therapeutic dyad. Mechanisms of their potential impact and expected outcomes are inferred.

4. Results. The relationship between 1) the external indicators; 2) the potential mediators; and 3) the moderators are examined and described in the 3 periods of the evaluation. Variation between initial and one year case formulation is assessed.

5. Discussion and conclusions. Threats to internal validity for this case are examined, strengths and limits are presented. Remaining questions are underlined. Below, we present the simplified change process of a case in the 3 study periods: 0-2, 2-6, 6-12 months.



The three graphs above describe the main characteristics of the change process of Caesar, an autistic child who started psychotherapy at the age of 9 years and whose main problems were: high anxiety about the outside, intolerance to frustration and to separation from his mother. Various defense mechanisms are associated: ritualisation, aggressiveness ... Behaviors (upper graph) are evaluated with the BSE-R. Dyadic interaction is presented in the center with a permanent expression during the year and, in the lower part of the graphs, the interactions at 2, 6 and 12 months.

### ● AGGREGATION ACROSS CASES and ANALYSIS

○ Intersubject variation refers to differences between or across subjects. Cross-sectional perspective and direct aggregation across cases are avoided. Intersubject variability may be studied in patterns of intrasubject variability of change. The generality of findings is usually addressed through replication on a case-by-case basis.

○ Two types of replication across subjects are described (Kazdin, 1982). The first, designated *direct replication*, refers to the attempt to replicate the findings in subjects that are similar in terms of the individual-differences variables that are viewed as affecting the phenomenon of interest. The second type of replication, *systematic replication*, refers to the attempt to show that the findings differ in predictable ways when one selects subjects that differ along the critical individual-difference variables. The comparison of subjects highly similar in terms of certain individual-difference variables (sex, age, initial disorder severity), but whose outcome is different is a fruitful way of single-case research.

○ Once the phenomenon of interest is sufficiently well understood at the single-case level, intelligent aggregation over truly homogeneous groups may be possible. Three factors are to be considered when exploring the issue of true *homogeneity*: (a) the nature of the question being asked, (b) how the pattern of intrasubject variation differs across subjects, and (c) the particular aggregational statistic that can be used.

○ The aggregational statistics are multilevel statistics : growth curve, factor analysis, principal component regression, PLS-SEM (Falissard 2014, Hair *et al.* 2014). Below, we present the simplified figure of the main variables involved in the evolution of 60 cases, calculated with PLS-SEM method.



Structural Equation Modeling (SEM) allows the researcher to incorporate unobservable variables indirectly measured by indicators variables. PLS focuses on explaining the variance in the dependent variables when considering the model. This graph shows the relationship between latent variable describing evolution of the clinical status of the child and latent variables describing therapeutic action. The chain is initiated by the initial status of the child, from which therapeutic action is committed. Therapeutic action involves the therapist and the child (dyad).

● Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol*, 63(3), 146-159.  
● Hilliard, R. B. (1993). Single-Case Methodology in Psychotherapy Process and Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 373-380.

● Falissard, B. (2014). Analysis of Questionnaire Data with R: Taylor & Francis Group.  
● Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2014). A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM): SAGE Publications.  
● 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.

● 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.

● Thurin, J. M., Thurin, M., Cohen, D., & Falissard, B. (2014). Approches psychothérapeutiques

de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62, 102-118.

● Kazdin, A. E. (1982). Single-Case Research Designs. Methods for Clinical and Applied Settings: Oxford University Press.



## La causalité des changements au centre de la recherche

Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques psychothérapiques (RRFPP) : Pôle autisme

Jean-Michel Thurin, Monique Thurin  
 jmthurin@internet-medical.com,  
 mthurin@me.com  
 CESP - Inserm U 1178

- **Contexte** : Une intolérance au changement et/ou à la frustration dans le cadre de la psychothérapie de 66 enfants autistes.
- **Rappel de la méthodologie d'évaluation dans le RRFPP**

Une année d'évaluation en groupe de pairs, 4 types d'outils : Formulation de cas, ECAR (symptômes et comportements), EPCA (pathologie, développement), CPQ (processus de la psychothérapie).

- **Comment se constituent les informations qui nous permettent de concevoir des chaînes causales ?**

Les chaînes causales sont issues des hypothèses relatives à (1) la causalité de la psychopathologie et (2) aux processus de réduction des troubles et de reprise développementale.

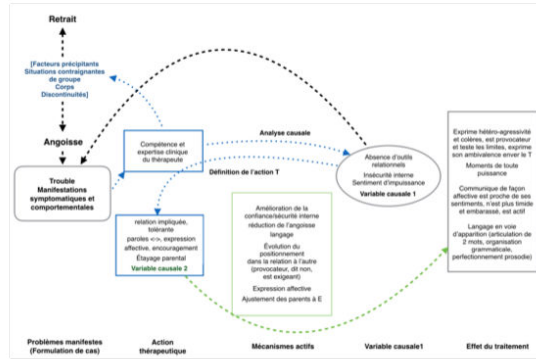
Pour les concevoir, nous disposons des connaissances et des théories existantes auxquelles s'associe la constellation d'éléments issus des formulations de cas et des trois instruments utilisés dans la recherche (ECAR, EPCA, CPQ).

- **Identification du problème posé**

1. Consultation des 66 premières formulations de cas (FC)
  - 25 FC identifiées une intolérance à la frustration et/ou au changement (une situation fréquente habituellement difficile à gérer par l'enfant âgé).
2. Un des 29 items de BECAR, l'item 11, identifiés spécifiquement
  - Consultation des scores aux 4 temps de l'évaluation pour les 25 enfants.
3. Dans le contexte d'une tendance générale à l'amélioration du groupe initial (M: 57 -> 31), sélection des 4 enfants présentés ici : deux enfants dont l'item 11 reste élevé à 12 mois ; deux enfants dont l'item 11, initialement très élevé, s'est réduit au cours des évaluations.

- **Qu'est-ce qu'une chaîne causale ?**

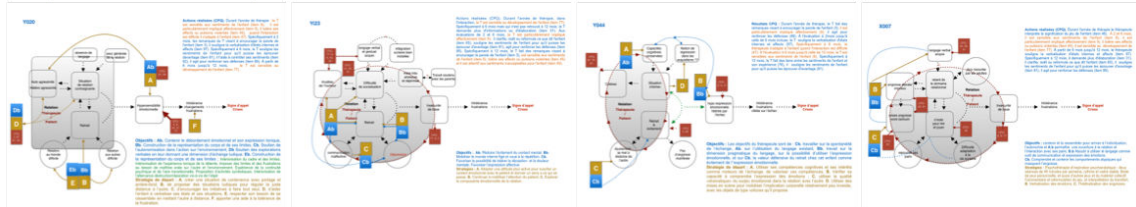
1. Nous nous appuyons sur les éléments qui sous-tendent le problème posé, les symptômes associés et les conditions d'apparition ici de l'intolérance à la frustration ou au changement identifié par le thérapeute
2. Nous posons un premier jeu d'hypothèses sur le dysfonctionnement qui sous-tend le ou les comportements manifestes.
3. Nous cherchons ce que fait le thérapeute, si l'action thérapeutique est susceptible de répondre au dysfonctionnement, par quel mécanisme, et si l'observation se retrouve dans des cas répliqués.
4. Si c'est le cas, c'est un argument pour penser que l'hypothèse a une certaine pertinence. Sinon la théorie provisoire initiale doit être réévaluée.



Un exemple : Chaînes causales 1 et 2, à partir des manifestations émotionnelles aiguës chez un enfant autiste (Y020)

- **Construire une chaîne causale : 4 exemples**

Pour construire la chaîne causale, nous partons du signe d'appel, les crises de colère ou de violence de l'enfant, identifiés par le thérapeute comme étant le résultat, dans certains cas, d'une intolérance au changement et/ou à la frustration. Cliniquement, nous en déduisons un dysfonctionnement, une hypersensibilité sensorielle ou émotionnelle, une insécurité de base... Nous portons attention ensuite à ce qui déclenche ce processus, les situations de relation contraignante, une situation d'échec... et le mécanisme de défense que met en place l'enfant, par exemple, par le retrait et/ou l'évitement. À ce modèle, viennent s'ajouter pour chacun des enfants des spécificités particulières par rapport à sa capacité d'exprimer ses émotions (acquisition du langage par exemple, situation scolaire bien ou mal installée, peur générale de la relation ou dans certaines situations...). L'hypothèse concernant la réduction du dysfonctionnement s'établit à partir de la relation patient/thérapeute et les actions de ce dernier dans les différents aspects du problème concerné (en gris dans les schémas).



**Y020.** Le symptôme d'appel initial n'est pas résolu à 12 mois. Cependant, une réduction à 2 mois, non maintenue, est observée (ECAR). Par ailleurs, langage en voie d'apparition (EPCA), réduction de l'auto-agressivité. L'enfant devient plus actif et exprime sa colère (CPQ), il sort un peu de son repli et développe une relation à l'autre. Avec l'amélioration à 2 mois, nous inférons des progrès à venir...

**Y123.** Le symptôme d'appel initial n'est pas résolu à 12 mois. Cependant, les scores agitation, turbulence, troubles de l'humeur, recherche d'isolement, s'apaisent et l'enfant s'efforce de communiquer (ECAR). Il est moins triste, timide et embarrassé (CPQ). Ces deux descriptions indiquent que l'enfant sort de son retrait et de sa dépression. Il conserve cependant une difficulté forte à partager l'émotion (ECAR)....

**Y044.** Le symptôme d'appel initial est plutôt résolu à 12 mois. Le retrait massif de départ ainsi que le non partage d'émotions sont améliorés, même s'ils demeurent encore avec des scores moyens (2). À l'EPCA, Les colères violentes, voire tantrum ont disparu. L'image du corps s'améliore avec une confrontation du stade de miroir et une propreté acquise. On note également l'acquisition du graphisme....

**X007.** Le symptôme d'appel initial n'est pas complètement résolu mais en bonne voie. Le retrait important de l'enfant a beaucoup régressé et au CPQ on note une confiance établie avec le thérapeute. Les difficultés concernant les relations avec ses pairs et avec le monde scolaire (problème majeur), demeurent, mais une relation privilégiée avec deux enfants est rapportée à 12 mois.

- **Commentaire**

À partir d'une manifestation d'appel similaire, des éléments communs et des éléments différents sont observés. **Communs** : du côté de l'enfant, le symptôme d'appel n'est pas isolé. Il peut être rapporté à plusieurs causes déclenchantes (telle qu'une situation relationnelle contraignante ou difficile, un échec à la réussite d'une action), qui sont accompagnées d'une communauté de mécanismes de défense (retrait, évitement). Des hypothèses sur des troubles du développement primaire peuvent être également posées (image du corps, contexte psycho-sensoriel, fragilité de l'identité...). **Différents** : le symptôme d'appel peut être accompagné par de l'agressivité, un retrait affectif, des crises d'angoisse ou des colères. L'attitude générale du thérapeute est similaire dans les différents cas et ses actions spécifiques sont ajustées aux problèmes particuliers de chaque enfant. La relation dans la thérapie est ainsi un des axes explicatifs majeurs de l'action thérapeutique.



Pôle Autisme 2017 : Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (RRFPP)  
<http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/>

4. « MODELE GENERIQUE DE LA PSYCHOTHERAPIE » ORLINSKY ET HOWARD INSERM 1992

Modèle générique de la psychothérapie de Orłinsky et Howard (in Inserm 1992)

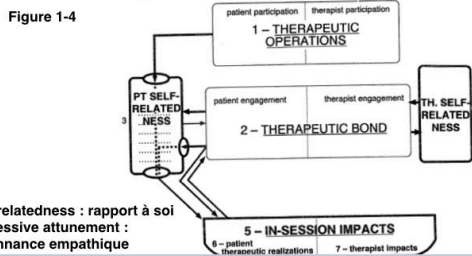
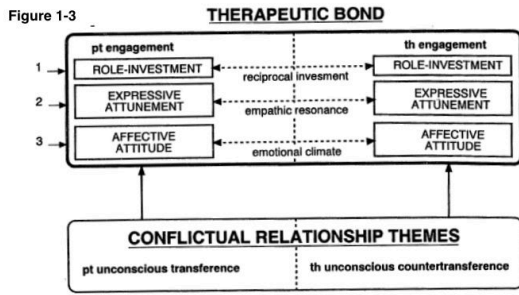
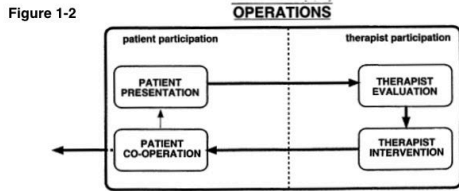
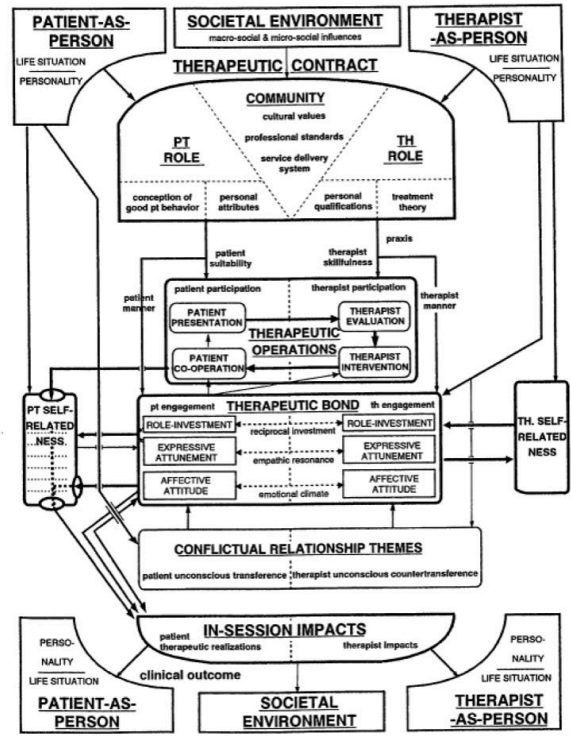


Figure 1-6 – « Entrées », « Processus » et « Sorties » d'après le modèle générique de la psychothérapie.



## 5. LE CAS ANNA

### Données probantes en psychothérapie (2) Méthodologie et analyse : le cas Anna

Jean-Michel Thurin, Monique Thurin, Mabel Guibert\*

#### • Objectifs, choix et conception de la méthodologie

Le pôle autisme du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques s'est constitué à partir de 3 axes principaux :

- réaliser une étude solide intégrant les questions cliniques, de recherche fondamentale et de santé publique ;
- associer les cliniciens et les chercheurs dans la réalisation de l'étude de façon à répondre notamment à des questions qui se posent dans la clinique de la *vraie vie* et peuvent contribuer à un véritable progrès des pratiques ;
- approfondir les connaissances sur les effets, les configurations et les mécanismes de changement au cours du processus psychothérapeutique à partir d'une évaluation des psychothérapies réalisées en conditions naturelles d'enfants souffrant d'autisme.

Au niveau international, la volonté d'une véritable collaboration entre cliniciens et chercheurs s'est progressivement affirmée depuis une dizaine d'années. Nous avons vu qu'elle a commencé à se mettre en place dans plusieurs réseaux de recherche. Dans sa réalisation concrète, elle demande un travail d'interface important et difficile car les cultures sont différentes. Cette différence s'exprime notamment dans la façon dont les questions de la recherche se posent pour le clinicien ou pour le chercheur.

*Pour le clinicien*, ce sont par exemple : « Comment puis-je aider ce patient ? Quelles références théoriques m'évoque-t-il ? Comment vais-je m'y prendre ? Quels progrès a-t-il réalisés ? Dans quels domaines ce patient a-t-il évolué ? Quels changements ultérieurs seraient nécessaires ou désirables ? ».

Pour aborder ces questions, il est intéressé par la conception générale du traitement à partir des entretiens cliniques initiaux et des éléments qui l'accompagnent. L'évaluation précise des changements, les connections qui peuvent être établies entre l'action thérapeutique qu'il a conduite et ses effets, et l'examen de l'influence des facteurs non thérapeutiques sur le fonctionnement du patient (par exemple, un changement dans l'environnement de ses proches, de ses conditions de vie, de l'école) viennent au second plan.

*Pour le chercheur*, les questions sont directes. S'appuyant sur les travaux existant, elles concernent les moyens de traiter les objectifs de l'étude : « Le patient a-t-il changé ? Quels sont, dans le traitement global, les aspects nécessaires, suffisants ou facilitants pour le changement thérapeutique ? Quelles modifications du traitement peuvent être introduites pour augmenter son efficacité réelle ? Quelles procédures ou techniques peuvent être ajoutées au traitement pour le rendre plus efficace ? Quelles sont les caractéristiques du patient qui interagissent avec les effets du traitement ? ».

Pour répondre à ces questions, il est nécessaire d'identifier la méthode et les instruments les plus appropriés. Une conception générale doit être choisie, ainsi que la façon dont elle va être déclinée pour répondre à certains impératifs particuliers.

C'est dans ce contexte d'interface que la méthode générale sélectionnée pour le Réseau a été celle des *études intensives de cas* individuels réalisées dans des conditions naturelles. Deux raisons principales ont conduit à ce choix. La première est le constat issu de l'expertise collective Inserm de 2004 des limites flagrantes des études de laboratoire auxquelles parallèlement on voulait donner le statut de modèle de la pratique en clinique. La seconde est que ces études sont les seules qui

peussent permettre d'appréhender à la fois la diversité des facteurs qui interviennent dans une psychothérapie, leur interaction et leur dynamique. Le praticien gère quotidiennement cette complexité. Pourquoi ne serait-elle pas descriptible et utilisable dans la recherche clinique et fondamentale ?

Dans la conception de cette méthodologie, le « cas » se rapporte à la psychothérapie associant un patient et un thérapeute, et son contexte. Les données sur lesquelles porte l'étude, leur recueil, les dimensions de la formulation de cas, les indicateurs de changement, les facteurs potentiels de changement sont précisés. La présence et l'importance relative de facteurs internes à la psychothérapie (caractéristiques de la psychothérapie) et externes à la psychothérapie (contexte général (socio-familial) et thérapeutique (autre que la psychothérapie)) sont prises en compte et quantifiées.

Un « cahier des charges » sous-tend cette méthodologie. Il concerne :

- le respect de la pratique : celle-ci ne doit pas être perturbée par la recherche. Le principe général est que l'étude se situe dans la continuité du travail clinique et qu'elle lui apporte un bénéfice. Celui par exemple du passage d'une compréhension intuitive à un repérage plus précis des éléments et des changements qui interviennent dans le processus psychothérapeutique ;
- la formulation de cas : elle est particulièrement importante pour définir l'état de l'enfant avant le traitement et la stabilité de cet état, ainsi que les facteurs de contexte susceptibles d'intervenir en eux-mêmes ou en interaction avec la psychothérapie ;
- les indicateurs de changement : ils concernent les dysfonctionnements et leurs manifestations symptomatiques, ainsi que le fonctionnement courant de l'enfant dans sa relation au monde et aux autres (incluant ses initiatives et ses mécanismes de défense), ainsi que ses aptitudes ;
- la description précise des caractéristiques du processus : elle est indispensable si l'on veut éviter le biais majeur de l'attribution à un médiateur « préconçu » des résultats constatés. D'où la nécessité de prévoir dès le départ plusieurs médiateurs candidats et la chronologie de leurs activations ;
- la place des statistiques : les statistiques ne sont pas indispensables (et même souvent inutiles) dans les études de cas individuels. Elles apportent des solutions sur le fait qu'un résultat n'est pas dû à la chance ou à des facteurs externes et deviennent un outil majeur quand les cas sont réunis ;
- le contexte de l'*Evidence-Based Practice* est à prendre en compte. Les études de cas répondent aux critères des *Evidence-Based Case Studies* (déjà en filigrane dans la littérature au moment de la construction du projet) ;
- la validité interne de l'étude : le propos de la conception (*design*) de la recherche est évidemment d'avoir les moyens d'objectiver un changement dans les cas étudiés, mais aussi d'aider à éliminer ou rendre improbables des explications alternatives qui pourraient être avancées pour intervenir dans des changements qui semblent associés à l'intervention.

Dans la recherche à partir du cas isolé, le patient est son propre témoin. S'il change, différentes questions ne peuvent être ignorées : Est-ce qu'il n'aurait pas changé de toute façon (maturation, autres facteurs qui ont pu produire le changement) ? Quels sont les facteurs et les mécanismes qui l'accompagnent ? Leur implication est-elle pertinente au regard des connaissances existantes et leur action propre a-t-elle un degré de plausibilité élevé ?

Pour la Recherche - 6

- Juin-Sept. 2013

Pour répondre à ces questions, le cas individuel permet d'accéder à deux niveaux d'information qui sont complémentaires.

*Isolé*, le cas individuel apporte la « haute définition » à différents niveaux : le diagnostic, les facteurs de contexte actuels et anciens (modérateurs) susceptibles d'avoir un effet sur le déroulement de la psychothérapie, les caractéristiques précises de la thérapie incluant la relation de l'enfant avec le thérapeute, la courbe, la dimension et les modalités de changement.

*Regroupés*, les cas individuels permettent de dessiner des tendances. La part de l'aléatoire et de l'exceptionnel se trouve réduite. La moyenne des évolutions dans différents registres et la constitution de sous-groupes de cas « similaires » rendent possible la recherche des facteurs qui interviennent favorablement ou défavorablement sur les résultats. L'hétérogénéité devient une force. L'attention peut-être portée sur ce qui est différent autant que sur ce qui est commun et les changements qui leur sont associés.

A partir de ces sous-groupes, il est possible de décrire leurs trajectoires de changement et les facteurs particuliers susceptibles d'intervenir. Par exemple, un certain nombre d'enfants ne sont pas du tout engagés en début de thérapie. Cette situation prédit-elle un échec de la psychothérapie ? Si la réponse est non, quels sont les facteurs qui sont potentiellement intervenus pour modifier la situation initiale ? Et si la réponse est oui, Pourquoi ?

Un des effets de cette perspective est de faire évoluer la notion de cas généraux vers celle d'approches spécifiques de cas individualisés par certains caractères.

Nous allons présenter l'analyse d'un cas individuel isolé dont la méthode s'est progressivement enrichie depuis les premières présentations qui ont été faites dans *Pour la recherche 2009* ; 63(4).

L'analyse des cas regroupés sera présentée dans un prochain numéro de PLR.

#### Présentation et analyse d'une étude de cas individuel, celui de la psychothérapie d'Anna

**Point de départ :** Anna est adressée au CAMSP par l'école à l'âge de 3 ans 7 mois, dès sa première semaine de scolarisation. Le symptôme d'appel principal est une motricité globale déficitaire : elle tombe beaucoup, ne sait pas monter sur un banc. Elle a un comportement atypique : repousse les enfants, a des réponses en écholalie et des stéréotypies.

**Extrait de la Formulation de cas initiale :** les parents ne se sont jamais aperçus que l'enfant avait un problème, cependant, ils sont rapidement en très bonne alliance avec la thérapeute. Celle-ci est frappée dès le départ par le regard « transparent et inexpressif » d'Anna : pas de contact, elle regarde les autres comme des objets. Elle a des activités répétitives en boucle en prononçant des phrases incohérentes avec quelques mots inventés, accompagnées de stéréotypies. Il est signalé qu'elle ne souffre pas de retard intellectuel mais dans le domaine relationnel.

#### Anna a-t-elle changé au cours de l'année de l'évaluation de sa psychothérapie ?

Le choix *des indicateurs de changement* dans l'étude prend naturellement en compte la réduction des symptômes. Il se réfère également à des interventions ou à des expériences qui améliorent l'ajustement et le fonctionnement adaptatif, aident l'enfant ou l'adolescent à gérer et à faire face aux stress et aux crises, et plus généralement à naviguer dans les détours de la vie.

Dans cette perspective, trois instruments ont été sélectionnés : l'ECA-r (centré sur l'évaluation des comportements autistiques), l'EPCA (centré sur la pathologie et le développement concernant la représentation de soi, les expressions liées à la relation, et l'acquisition d'aptitudes telles que le langage et le graphisme), et le CPQ pour les fonctionnements psychiques associés à l'insight, à la relation émotionnelle à la réalité, et la relation au monde et aux autres.

Juin-Sept. 2013 -

Les cotations concernant ces indicateurs, sauf celles issues du CPQ dont l'évaluation commence à 2 mois, ont été recueillies à partir des 3 premiers entretiens, puis à 2, 6 et 12 mois. Ces cotations successives permettent de suivre l'évolution de chaque dimension au propre niveau de l'enfant et relativement à celle des autres enfants. Par ailleurs, elles informent sur la stabilité des changements observés.

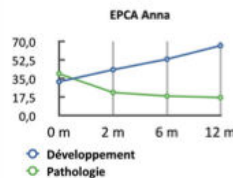
Le fait de disposer des scores moyens du groupe des enfants de la même tranche d'âge permet de situer l'évolution de l'enfant au sein de ce groupe et de repérer un éventuel blocage le concernant.

Concernant Anna, elle démarre avec un score global de comportements autistiques à 48 (vs groupe 39, donc moins sévère que le sien), avec une déficience relationnelle à 58 (vs groupe 47) et un déficit de modulation des émotions à 33 (vs groupe 38). Ces scores sont mesurés avec l'ECA-r.

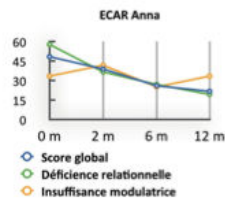
En ce qui concerne son score de développement, il est de 32 (vs groupe 26) et de pathologie : 39 (vs groupe 20) (EPCA).

L'insight est à -35 (vs groupe -20), l'émotion, les affects et les défenses qui les accompagnent sont à 6 (vs groupe 16), la relation au monde et aux autres est à 4 (vs groupe 3).

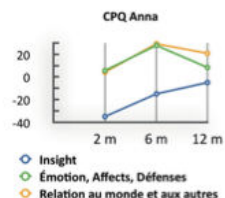
#### Trois graphes en traduisent le déroulement longitudinal



La courbe du développement est régulièrement croissante. Celle de pathologie est décroissante avec une pente initiale forte et plus modérée à partir de 2 mois.



Le score global des comportements autistiques et celui du déficit relationnel se réduisent régulièrement. Le score de modulation émotionnelle reste instable sur la durée de l'année.



L'insight part d'un score très négatif qui se réduit progressivement. Après une évolution favorable forte à 6 mois, l'émotion et les défenses associées reviennent à leur point de départ. La relation au monde et aux autres s'améliore nettement.

#### À un an, les instruments montrent les changements suivants :

Le score de pathologie passe de 39 à 17 (vs groupe 20 à 12), celui de développement passe de 32 à 66 (vs groupe 26 à 44).

Le score global de comportements autistiques a régressé de 48 à 22 (vs groupe 39 à 20), le score de déficit relationnel de 58 à 19 (vs groupe 47 à 24), celui de déficit de modulation des émotions reste à 33 (vs groupe 38 à 21).

Les scores d'insight, d'expression émotionnelle et affective et de relation au monde et aux autres passent respectivement de -35 à 5 (vs groupe -20 à -12), de 6 à 8 (vs groupe 16 à 21) et de 4 à 21 (vs groupe 3 à 16).

7 - Pour la Recherche

<p><b>La Formulation de cas de Anna à 1 an</b></p> <p>Les objectifs de la thérapeute au Temps 0 de l'évaluation étaient de contenir et de tenter de rassembler Anna pour lui permettre d'accéder à l'individuation, à une certaine autonomie, à une ouverture de sa relation et de son interaction avec ses pairs, d'utiliser le langage comme outil de communication et d'expression des émotions. À cela s'ajoutait son souhait de comprendre et contenir les comportements atypiques qui masquent l'angoisse.</p> <p>Pour aboutir à ces objectifs, elle a pensé que les stratégies suivantes seraient efficaces : psychothérapie d'inspiration psychanalytique (deux séances de 45 minutes par semaine, rythme et cadre stable) ; boîte personnelle de jeux, associée à d'autres jeux et à du matériel collectif. Comme interventions, elle a envisagé le commentaire et la reformulation du jeu, l'interprétation du transfert, la verbalisation des émotions et la théâtralisation des angoisses.</p> <p>À un an, ces objectifs semblent avoir été, du point de vue de la thérapeute, pour une part atteints. Il y a beaucoup d'amélioration concernant les angoisses archaïques de chute (elles ont pratiquement disparu). Le regard est de bonne qualité, l'expression rayonnante, le langage s'est perfectionné avec disparition de l'écholalie. Il est devenu un vrai outil de communication. Anna peut exprimer des émotions, elle est plus autonome dans le quotidien. Elle est capable d'humour, se reconnaît dans le miroir, a une meilleure individuation. Il reste à travailler son adaptation à l'école, ses échanges avec ses pairs...</p> <p>La stratégie de la thérapeute a été, selon elle, en rapport avec celle qu'elle envisageait : propositions d'interprétation des dessins, interprétation du transfert, verbalisation des émotions, théâtralisation des angoisses de chute et de morcellement, fermeté du cadre.</p> <p>L'alliance forte des parents avec la thérapeute et l'institution lui semble avoir été un élément favorable majeur. Les parents ont pu beaucoup évoluer dans la compréhension de leur enfant. Ils peuvent maintenant exprimer les conflits, mais aussi les évolutions qu'ils observent. Ils ont pu commencer à émerger en investissant dans une maison et dans le travail, ce qui n'a pas trop troublé l'enfant.</p> <p>Un élément important rapporté par la thérapeute est que l'enfant reconnaît et accepte la thérapie. Anna a des demandes, qui peuvent même concerner l'interprétation de ses peurs : « Serre-moi la chaise ! Pourquoi j'ai peur de tomber ? ».</p> <p><b>Quels ont été, dans le traitement global d'Anna, les aspects nécessaires, suffisants ou facilitants pour le changement thérapeutique ?</b></p> <p><b>Causes et médiateurs de changement</b></p> <p>Démontrer qu'un traitement considéré globalement a été efficace n'explique pas <i>pourquoi</i> il l'a été. Différentes études ont montré que la <i>cause alléguée</i>, c'est-à-dire dans cette configuration l'intervention dont on pense qu'elle est à l'origine du changement, n'est pas nécessairement celle qui l'a produit. La corrélation démontrée d'un ingrédient aux résultats n'établit pas un lien de causalité comme ont pu le laisser penser les premières études de cas et les études comparatives de groupes avec ou sans traitement. D'une part, l'abord de la thérapie dans sa globalité ne permet pas de situer le rôle de ses différents composants. D'autre part, la comparaison avant-après ne permet pas de différencier la chronologie des changements et l'ordre suivant lequel les différents leviers d'action de la thérapie interviennent. Au lieu de tester la thérapie de façon globale en considérant que son action est liée à un facteur spécifique relatif à une théorie, ou à un facteur commun à toutes les approches, l'objectif de la recherche s'est centré sur des processus actifs élémentaires, identifiés comme <i>médiateurs de changement</i>. Ainsi, le terme <i>médiateur</i> se réfère suivant Kazdin (2003) au(x) processus à travers lesquels le changement se produit. Ces processus n'impliquent généralement pas une, mais plusieurs relations causales. L'étude consiste alors à envisager plusieurs médiateurs potentiels (médiateurs candidats) et</p>	<p>à considérer le degré de probabilité qu'ils soient à l'origine du changement.</p> <p>Une méthodologie par accumulation et convergence d'éléments de démonstration a été proposée par Kazdin pour déterminer cette probabilité. Trois éléments vont intervenir notamment : <i>le poids</i> du médiateur candidat (sa présence et son importance), <i>sa pertinence</i> dans le contexte des connaissances actuelles et <i>la chronologie</i> des changements (l'action du médiateur doit précéder le changement).</p> <p><b>Comment définir les médiateurs candidats au sein d'un traitement global ?</b></p> <p>Une partie essentielle du protocole de l'étude menée dans le réseau est la possibilité de caractériser la psychothérapie de façon générale et à différents temps. Cette opération est réalisée en la décrivant à partir des 100 formulations (items) d'un instrument descriptif « ouvert » (pluri-théorique), le CPQ (Schneider &amp; Jones, 2006 trad. fr. 2010). Les 100 formulations concernent l'enfant et son fonctionnement (42 items), le thérapeute et sa technique (42 items) et leur interaction (16 items) (PLR, 66). Leur regroupement définit des configurations particulières du processus psychothérapeutique. Ces configurations peuvent être issues de leurs regroupements naturels suivant leur importance relative au moment de chaque cotation, ou de leur relation à des actions thérapeutiques potentielles. Elles ouvrent sur différents facteurs explicatifs des changements observés. Il est alors possible de commencer à répondre à la question des traits et fonctions qui, dans le traitement global, ont plus particulièrement contribué aux changements survenus chez Anna à partir de 3 approches : 1) recenser les éléments les plus caractéristiques du processus de sa psychothérapie au cours de l'année d'étude ; 2) évaluer l'importance dans la psychothérapie de médiateurs candidats communs ou spécifiques constitués à partir du regroupement des items du CPQ qui leur correspondent ; 3) situer les caractéristiques particulières de la psychothérapie d'Anna en relation avec celles du groupe.</p> <p><b>Application de la méthodologie d'analyse du processus à la psychothérapie d'Anna : 3 approches</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Première approche</i> : recenser les éléments les plus caractéristiques du processus de la psychothérapie au cours de l'année d'étude.</li> </ul> <p>En retenant les formulations du CPQ dont les scores étaient en moyenne les plus élevés, les 18 items suivants se sont trouvés sélectionnés et classés de 4 (score maximal pouvant être atteint) à 2,67.</p> <p>46. Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant .  97. Le thérapeute souligne la verbalisation d'états internes et affectifs.  6. Le thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant.  77. L'interaction du thérapeute avec l'enfant est adaptée au niveau du développement de l'enfant.  12. Le thérapeute mime des émotions implicites ou non élaborées.  81. Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément.  86. Le thérapeute est confiant, assuré.  100. Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations.  52. Le thérapeute établit des règles explicites à propos de la fin de la séance, du week-end qui vient ou des vacances.  72. L'enfant est actif.  25. L'enfant a des difficultés à quitter la séance.  28. Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique.  45. Le thérapeute tolère l'affect ou les pulsions violentes de l'enfant.  65. Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant.  75. Les interruptions, les pauses dans le traitement ou la terminaison de la thérapie sont discutées.  38. Le thérapeute et l'enfant font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagé qu'il s'agisse d'événements ou de sentiments.  13. L'enfant est animé ou en éveil</p>
Pour la Recherche - 8	- Juin-Sept. 2013

48. Le thérapeute pose des limites.

88. Le matériel de la séance est approprié aux conflits de l'enfant.

Le regroupement de ces items décrit un enfant qui est actif, animé et en éveil et a des difficultés à quitter la séance.

Le thérapeute est lui-même confiant et assuré, sensible aux sentiments de l'enfant et il perçoit précisément le processus thérapeutique. Il tolère l'affect ou les pulsions violentes d'Anna, pose des limites, et établit des règles explicites à propos de la fin de la séance. Le matériel de la séance est adapté au niveau du développement de l'enfant et approprié à ses conflits. Les interruptions dans le traitement sont discutées. Ces éléments constituent *le cadre* de la psychothérapie.

Au niveau de *sa technique*, le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément, il participe à la verbalisation d'états internes et affectifs,

mime des émotions implicites ou non élaborées. Il clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant, interprète la signification de son jeu, et établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations. La technique est donc centrée sur le vécu affectif et émotionnel d'Anna, et elle utilise à la fois le mime et l'interprétation du jeu et de la relation thérapeutique.

Le thérapeute et l'enfant font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagé qu'il s'agisse d'événements ou de sentiments.

• *Seconde approche* : évaluer l'importance dans la psychothérapie de médiateurs préconstruits candidats.

Sous la désignation de médiateurs préconstruits, nous rangeons ceux dont l'effet sur les résultats a été démontré de façon générale (qui participent à « la relation et l'alliance thérapeutique ») et ceux qui sont susceptibles d'être spécifiquement actifs dans le domaine de l'autisme.

Facteurs CPQ 2, 6 et 12 mois et place d'Anna dans le groupe				Commentaires
Médiateurs (1)	Situation de l'enfant par rapport au groupe des 50 enfants			
<p><b>Engagement du Patient (EP)</b></p>	Scattergram (EP_02)	Scattergram (EP_06)	Scattergram (EP_12)	Initialement négatif, l'engagement de l'enfant s'élève au dessus de la moyenne
<p><b>Participation du Patient (PP)</b></p>	Scattergram (PP_02)	Scattergram (PP_06)	Scattergram (PP_12)	
<p><b>Transfert du Patient (TP)</b></p>	Scattergram (TP_02)	Scattergram (TP_06)	Scattergram (TP_12)	Initialement basse, la relation transférentielle de l'enfant, devient élevée.
<p><b>Engagement du Thérapeute (ET)</b></p>	Scattergram (ET_02)	Scattergram (ET_06)	Scattergram (ET_12)	Alors que l'engagement de l'enfant s'élève, celui du thérapeute peut se réduire
<p><b>Ajustement du Thérapeute (AT)</b></p>	Scattergram (AT_02)	Scattergram (AT_06)	Scattergram (AT_12)	
<p><b>Interaction P/T (IT)</b></p>	Scattergram (IT_02)	Scattergram (IT_06)	Scattergram (IT_12)	L'interaction thématique est croissante

Tableau 1. La colonne de gauche représente la courbe de chacune des dimensions de la « relation et alliance thérapeutique » à 2, 6 et 12 mois. Les trois colonnes du milieu situent la position de l'enfant par rapport à la médiane du groupe. Le point rouge situe Anna, le trait rouge de la médiane décrit la position où le groupe est séparé en 2 moitiés. La colonne de droite résume les éléments les plus marquants.

Ces médiateurs regroupent chacun les formulations du CPQ ( $\pm 8$ ) qui caractérisent une dimension potentielle de l'action thérapeutique en distinguant 3 ensembles : 1) l'engagement du patient, sa participation à la thérapie, son transfert avec le thérapeute, l'engagement du thérapeute, son ajustement, l'interaction patient-thérapeute (pour la relation et l'alliance thérapeutique). 2) l'expression et la modulation des affects ; la communication la verbalisation et la symbolisation ; les interventions relatives au sens des expériences vécues et des comportements ; les conseils et interventions relatives aux comportements. 3) les ingrédients spécifiques des approches psychodynamique et cognitivo-comportementale.

La courbe de croissance de chacun des médiateurs candidats participant à la relation et l'alliance thérapeutique est présentée dans le tableau 1.

Initialement négatif, l'engagement de l'enfant s'élève au-dessus de la moyenne ; la participation de l'enfant est négative à

6 mois, mais se positive à 1 an ; la relation transférentielle de l'enfant, devient élevée ; alors que l'engagement de l'enfant s'élève, celui du thérapeute peut se réduire ; l'interaction thématique entre le thérapeute et l'enfant est croissante et se situe très largement au dessus de la médiane.

L'action thérapeutique (tableau 2) centrée sur l'émotionnel se situe à un niveau élevé ; les interventions concernant le langage se situent autour de la médiane, avec une réduction à 12 mois ; les interventions relatives au sens sont au dessus de la médiane ; les interventions cognitivo-comportementales sont très réduites ; l'approche est clairement psychodynamique.

• *Troisième approche* : situer les caractéristiques de la psychothérapie d'Anna en relation avec les caractéristiques communes à l'ensemble des psychothérapies d'enfants autistes menées dans le cadre de l'étude, et aux profils de celles qui se rapportent à des situations spécifiques. Par exemple, une implication particulièrement forte ou faible de l'enfant, un enfant

Facteurs CPQ 2, 6 et 12 mois et place d'Anna dans le groupe			Commentaires	
Médiateurs (2)	Situation de l'enfant par rapport au groupe des 50 enfants			
<p>Expression, consc. des affects (ECA)</p>	Scattergram (ECA_02)	Scattergram (ECA_06)	Scattergram (ECA_12)	L'action thérapeutique reste centrée sur l'émotionnel à un niveau élevé
<p>Com., verbalis., langage (CVL)</p>	Scattergram (CVL_02)	Scattergram (CVL_06)	Scattergram (CVL_12)	
<p>Interprétation/signification (IS)</p>	Scattergram (IS_02)	Scattergram (IS_06)	Scattergram (IS_12)	Les interventions d'interprétation / signification sont au dessus de la moyenne
<p>Conseil et comportement (CC)</p>	Scattergram (CC_02)	Scattergram (CC_06)	Scattergram (CC_12)	Les interventions cognitivo-comportementales sont très réduites
<p>PPD</p>	Scattergram (ppd_02)	Scattergram (ppd_06)	Scattergram (ppd_12)	L'approche est clairement psychodynamique
<p>TCC</p>	Scattergram (tcc_02)	Scattergram (tcc_06)	Scattergram (tcc_12)	

**Tableau 2.** La colonne de gauche représente la courbe de chacune des dimensions de la « technique thérapeutique » à 2, 6 et 12 mois. Les trois colonnes du milieu situent la position de l'enfant par rapport à la médiane du groupe. Le point rouge situe Anna, le trait rouge de la médiane décrit la position où le groupe est séparé en 2 moitiés. La colonne de droite résume les éléments les plus marquants.



qui va bien ou l'inverse, un enfant qui reste dans une relation d'attachement ou établit une distance avec le thérapeute. La correspondance à ces différents profils de psychothérapie est exprimée par un score à 4 facteurs (F1, F2, F3, F4) issus d'une analyse factorielle, qui s'établit de 0,84 à 0,28 pour le facteur commun (F1), de 0,73 à 0,1 pour le facteur 2, de 0,66 à 0,01 pour le facteur 3 et de 0,45 à 0,00 pour le facteur 4. Si l'on se réfère au score minimum de 0,28 qui caractérise le facteur commun, 19 enfants sont concernés par le facteur 2, 10 enfants par le facteur 3 et 11 enfants par le facteur 4.

Pour Anna, les scores sont respectivement pour F1 : 0,75, F2 : 0,22, F3 : 0,21 et F4 : 0,27, ce qui signifie que la psychothérapie de cette enfant utilise les éléments les plus caractéristiques communs, mais également des éléments des 3 sous-groupes d'enfants s'inscrivant dans des profils de psychothérapie particuliers. Ainsi, Anna devient attentive aux interactions sociales et s'engage dans le jeu du faire-croire à 12 mois (F2), la qualité de son jeu devient imaginative à 6 mois et fluide à 12 mois (F3). Par ailleurs, elle a des difficultés à quitter la séance, exprime des sentiments d'approbation envers sa thérapeute à 2 mois, évite d'être en compétition ou en rivalité avec elle, répond à ses remarques, insiste sur son indépendance à 6 et 12 mois.

De son côté sa thérapeute est restée neutre. Elle a interprété la signification du jeu d'Anna et a encouragé sa verbalisation d'états internes et affectifs tout au long de l'année. Elle n'a plus fait de commentaires sur le comportement non verbal d'Anna et ne lui a plus donné de conseils à partir de 6 mois, elle a commencé à aborder la signification des fantasmes à 12 mois (F2), a discuté des fonctions corporelles à 2 et 12 mois (F3).

Nous avons vu par ailleurs, directement à partir des éléments les plus caractéristiques, que le thérapeute mimait les émotions implicites ou non élaborées de l'enfant plutôt que de les aborder sur un mode conceptuel, qu'il établissait des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations, que les pauses et les interruptions étaient discutées.

#### **Quels sont les changements qui sont apparus au cours du temps et à quel moment ?**

Les principaux changements qui sont apparus au cours du temps dans le processus sont les suivants : Anna s'engage rapidement et participe plus lentement aux activités de la thérapie. Son interaction avec sa thérapeute, incluant la relation transférentielle et les dialogues, devient forte à 6 mois. Elle devient attentive aux interactions sociales et s'engage dans le jeu du faire-croire à 12 mois, la qualité de son jeu devient imaginative à 6 mois et fluide à 12 mois. Le thérapeute cesse de donner des conseils à 6 mois et il peut articuler son approche aux capacités de distanciation et d'imagination dans le jeu d'Anna.

Les aptitudes acquises durant l'année sont les suivantes : la recherche de vrais échanges relationnels, une bonne tonalité d'échange avec le regard, l'acquisition de la propreté sphinctérienne (la propreté sphinctérienne était acquise mais impliquait de fortes angoisses de perte qui ont disparu), la confirmation du stade du miroir, l'existence du langage verbal, l'apparition du NON, le perfectionnement de la prosodie (mélodie, intonation et accents), le graphisme et la fermeture du cercle, la quasi disparition des stéréotypies.

*Quelles modifications du traitement peuvent être faites pour augmenter son efficacité réelle ? Quelles procédures ou techniques peuvent être ajoutées au traitement pour le rendre plus efficace ?*

Nous n'avons pas de réponse à ces 2 questions. Les résultats sont très importants [comparativement à des enfants du même âge].

#### **Sur quels éléments reposent les validités interne et externe de cette étude de cas ?**

##### **Validité interne**

Elle se réfère à la mesure dans laquelle on peut éliminer les explications, autres que celles attribuées à la psychothérapie, pour expliquer les résultats. Ces explications alternatives peuvent concerner :

*Les événements* : aucun événement notable, autre que la psychothérapie n'est mentionné durant l'année d'étude.

Toutefois, le déclenchement des troubles d'Anna a été attribué par ses parents à l'entrée à l'école qui a produit des difficultés et une angoisse importante de séparation. Leur amélioration peut avoir été renforcée conjointement par la tolérance émotionnelle et l'attention de la thérapeute aux fins de séance, la très bonne alliance thérapeutique des parents et l'intervention d'un AVS pour l'accompagner à l'école.

*La maturation* : même si ce facteur est à prendre en compte, il n'est certainement pas à l'origine des changements très importants qui se sont produits chez Anna, notamment au niveau des comportements autistiques.

*La répétition des tests* : Les évaluations par les cliniciens avec le CPQ partent d'une répartition aléatoire des items. Pour les autres instruments, la diversité des items et des dimensions qu'ils contribuent à décrire élimine le biais d'habituation.

*Usage des instruments* : leur usage n'a fait l'objet d'aucun changement, les courbes sont différentes d'une dimension à l'autre et les résultats sont convergents d'un instrument à l'autre sur les dimensions communes.

*Biais de sélection* : Il n'existe pas. L'entrée d'Anna en psychothérapie a été provoquée par le signalement de ses problèmes importants à son entrée à l'école. Le diagnostic réalisé par la psychiatre a été confirmé par le CRA.

##### **Validité externe**

La validité externe se réfère à la mesure dans laquelle les résultats d'une expérience peuvent être généralisés ou étendus au-delà des conditions de l'expérience.

Cette étude s'est déroulée dans des conditions naturelles. Concernant les autres menaces à la validité externe :

*Traitements multiples* : Anna n'a bénéficié d'aucun traitement complémentaire lors de l'année d'évaluation (orthophonie et psychomotricité). Elle a ensuite fréquenté des ateliers du Sessad avec des éducateurs.

*Généralisation à travers les sujets* : l'analyse précédente a montré que les changements importants survenus chez Anna reposent pour une part importante sur le cadre dans lequel la psychothérapie s'est déroulée et les conditions dans lesquelles il s'est constitué (compétence du thérapeute, soutien familial, engagement d'Anna, ajustement des actions spécifiques à ses besoins et à son développement).

On peut faire l'hypothèse que si des conditions analogues sont réunies avec un autre enfant, des résultats du même ordre peuvent être obtenus.

*Généralisation à travers le temps* : Les changements se sont maintenus au delà des interventions. Une évaluation ultérieure serait nécessaire pour vérifier que l'amélioration s'est maintenue et poursuivie dans le temps.

*Réactivité à la procédure d'évaluation* : la procédure d'évaluation a sans doute un effet stimulant pour le thérapeute auquel l'enfant peut être également sensible. Mais de façon générale, cette situation n'est-elle pas à un certain degré cette de toute thérapie pratiquée par le clinicien qui s'y trouve engagé ?

##### **Conclusion**

L'analyse du cas Anna met en lumière la méthodologie utilisée pour cerner les changements qui peuvent être observés et attribués à la psychothérapie sur une durée d'une année. Anna a changé mais dans quels domaines et comment ? Il va sans dire que la complexité de la vie d'une personne ne peut trouver une réponse univoque à cette question. Cependant, nous nous sommes appliqués à extraire des éléments probants.

Ce sont d'abord les mesures de gravité des symptômes, d'évolution du développement et des acquisitions, et des fonctionnements psychiques impliqués dans la relation de l'enfant avec le monde. Toutes les courbes concernant ces « indicateurs de changement » montrent une amélioration d'Anna, excepté l'émotionnel qui reste instable.

Dans la formulation de cas finale, il est noté que toutes ces améliorations ont bien été perçues par la thérapeute et ses pairs qui indiquent également qu'il reste à travailler « son

adaptation à l'école et ses échanges avec ses pairs ». Il est sans doute important ici de rapporter que, jusqu'à son entrée à l'école, l'enfant n'avait pas eu de contact avec d'autres enfants, mais essentiellement avec ses parents et parfois avec quelques autres adultes.

Ensuite, l'implication des mécanismes à l'œuvre dans la thérapie est un des points forts de l'analyse de l'évaluation des changements. La psychothérapie n'est pas considérée globalement. Ce sont les médiateurs potentiellement actifs dans le traitement et ayant une probabilité d'être à l'origine d'un changement qui sont observés. C'est la puissance de l'instrument de processus utilisé (CPQ) qui a permis d'aborder finement cet aspect. Les 100 formulations du CPQ, évaluées trois fois au cours de l'année permettent d'établir des configurations particulières de la psychothérapie susceptibles d'être les facteurs explicatifs qui ont conduit aux changements observés. Seuls les scores importants sont conservés. Ils ont d'abord décrit l'enfant, le thérapeute et ses actions qui étaient au centre du processus psychothérapeutique. Ensuite, le poids des items a fait ressortir l'importance des médiateurs préconstruits qui se distinguent en 2 grandes catégories : l'alliance thérapeutique et les actions du thérapeute (cf. tableaux 1 et 2). Enfin, la comparaison du cas Anna avec le groupe. Cette démarche est essentielle pour vérifier et objectiver la disparité des cas mais aussi leur regroupement spécifique. Les cas sont différents, ce qui n'empêche pas de retrouver des similarités entre certains d'entre-eux. L'analyse factorielle est très éclairante à ce niveau.

Pour terminer cette évaluation, nous avons présenté les éléments opposables aux validités interne et externe. Aucun ne semble remettre en question le rôle majeur de la psychothérapie dans l'évolution d'Anna. La modélisation de l'enchaînement des changements reste à faire.

Pour compléter les points que nous avons soulevés, ajoutons que la psychothérapie d'Anna s'est poursuivie avec la même thérapeute jusqu'à l'âge de 6 ans et 4 mois à partir duquel elle a intégré une autre structure, un CMPP avec un autre thérapeute.


Sa thérapeute a eu des nouvelles d'Anna qui a été intégrée au CE1 après une année de CLIS et sa thérapie continue. Elle fait maintenant une initiation musicale. Dans un rencontre fortuite avec sa thérapeute, Anna lui a rappelé ce qu'elles faisaient ensemble, disant qu'elle avait beaucoup aimé. Elle l'a également appelé par son prénom et son nom. Les progrès semblent bien avoir été maintenus plusieurs années plus tard... ●

\* et son groupe de pairs Aviva Cohen et Patricia Rochut

#### Bibliographie relative aux Réseaux de recherche

- Agency for Healthcare Research and Quality** <http://www.ahrq.gov/>  
**AHRQ & NIMH.** Practice-Based Research Networks (PBRNs) and the translation of research into practice (2003).  
<http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PAR-04-041.html>  
**Amenta M & Messeca S.** Le groupe de recherche italien. *Pour la recherche* 2012 ; 73-74 : 5-6.  
**Audin K, Mellor-Clark J, Barkham M, Margison F, McGrath G, Lewis S, Cann L, Duffy J, & Parry G.** Practice research networks for

- effective psychological therapies. *Journal of Mental Health* 2001 ; 10 (3) : 241-251.  
**Barkham M, & Mellor-Clark J.** Bridging evidencebased practice and practice-based evidence: Developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2003 ; 10 : 319-327.  
**Barlow D.** Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *American Psychologist* 1996 ; 51(10) : 1050-1058.  
**Borkovec TD., Echemendia RJ., Ragusea SA., & Ruiz M.** The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2001 ; 8:155-168.  
**Castonguay L, Nelson D, Boutselis M, Chiswick N, Damer D, Hemmelstein N, & Borkovec T.** (2010). Clinicians, researchers, or both? A qualitative analysis of therapists' experiences in a practice research network. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training* 2010 ; 47 : 345-354.  
**Castonguay LG, Boswell JF, Zack SE, et al.** Helpful and hindering events in psychotherapy: a practice research network study. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training* 2010 ; 47(3) : 327-344  
**Davis MM, Keller S, DeVoe JE, Cohen DJ.** Characteristics and lessons learned from practice-based research networks (PBRNs) in the United States. *Journal of Healthcare Leadership* 2012 ; 4 : 107-116.  
**Greenberg et al.** Clinical Psychology Review : Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review* Volume 26, Issue 6, October 2006, Pages 657-678.  
**Henton I.** Practice-based research and counselling psychology: A critical review and proposal. *Counselling Psychology Review* 2012 ; 27(3):11-28.  
**Carroll KM, Rounsaville BJ.** Bridging the Gap: A Hybrid Model to Link Efficacy and Effectiveness Research in Substance Abuse Treatment. *Psychiatr Serv.* 2003 ; 54:333-339.  
**Kutner et al.** The Practice-Based Research Network as a Model for End-of-Life Care Research: Challenges and Opportunities. *Cancer Control* 2005 ; 12(3) : 186-195. <http://www.moffitt.org/CCJRoot/v12n3/PDF/186.pdf>.  
**Lucock M, Leach C, Iveson S, Lynch K, Horsefield C, Hall P.** A systematic approach to practice-based evidence in a psychological therapies service. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2003 ; 10 (6) 389-399.  
**Ruiz MA., Pincus AL, Borkovec TD, Echemendia RJ., Castonguay LG & Ragusea SA.** Validity of the Inventory of Interpersonal Problems for predicting treatment outcome: An investigation with the Pennsylvania Practice Research Network. *Journal of Personality Assessment* 2004 ; 83, 213-222.  
**Schneider KJ.** Challenges and collaborative possibilities of the PRN: A view from depth therapy. (Comment on The Pennsylvania practice research network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy effectiveness research, by T. Borkovec, R. Echemendia, S. Ragusea, & M. Ruiz). *Clinical Psychology: Science and Practice* 2001 ; 8(2) : 180-183.  
**Thurin JM, Falissard B & Danion JM.** Projet Inserm de Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques. *Pour la Recherche* 2007 ; 55, 1-16.  
**Thurin JM, Thurin M & Midgley N.** Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network. *Counselling and Psychotherapy Research* 2012 ; 12(3) : 187-193.  
**Williams RL, Rhyne RL.** No Longer Simply a Practice-based Research Network (PBRN): Health Improvement Networks. *J Am Board Fam Med* 2011 ; 24 (5) : 485-488.

 <p style="text-align: center;">POUR LA RECHERCHE</p> <p style="text-align: center;">ffp@internet-medical.com tel : 01 48 04 73 41 - fax : 01 48 04 73 15</p> <p><b>Remerciements</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ A la Direction Générale de la Santé dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.</li> <li>■ A la S.J.P. et à la S.F.P.E.A., pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.</li> </ul> <p>Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7695</p>	<p style="text-align: center;"><b>ABONNEZ-VOUS !</b></p> <p style="text-align: center;">Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP, de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)</p> <p style="text-align: center;"><b>(4 numéros - abonnement 2014)</b> à</p> <p style="text-align: center;"><b>Fédération Française de Psychiatrie</b> <b>Bâtiment B - Hôpital Sainte Anne</b> <b>1, rue Cabanis - 75014 PARIS</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Secrétaire de rédaction et maquette : Monique Thurin</i></p>
<p>Pour la Recherche - 12</p>	<p style="text-align: right;">- Juin-Sept. 2013</p>

## 6. ANALYSES QUANTITATIVE ET QUALITATIVE DES MEDIATEURS A PARTIR DU CPQ

Tableau 30 : Extraction des médiateurs à partir des variables du CPQ les plus caractéristiques

À partir des 26 items du CPQ cotés comme les plus caractéristiques des psychothérapies des 66 enfants, plusieurs médiateurs potentiels sont extraits : « enfant », « cadre », « ajustement du thérapeute », « contenance/expression des affects », « verbalisation/symbolisation ». Parmi les 26 items, l'un d'entre eux décrit « l'enfant moyen » comme actif et animé (moy = 1,39 ; SD = 1,27). Les mécanismes de changement associés aux interventions psychothérapeutiques et les résultats attendus sont présentés.

Situation de l'enfant et action psychothérapeutique	Causes et mécanismes de changement proposés	Résultats attendus
<b>CADRE et ATTITUDE GÉNÉRALE DU THÉRAPEUTE</b>		
Le thérapeute est impliqué affectivement (9r), sensible aux sentiments de l'enfant (6), confiant et assuré (86). Ses formulations sont exploratoires (37r), il s'abstient de porter un jugement négatif envers l'enfant (18 r). Il évite de transmettre des informations personnelles (21 r) et ne récompense pas l'enfant pour ses changements de comportement (55 r)	L'attention, la sensibilité et l'implication du thérapeute soutiennent le sentiment de soi de l'enfant. Le caractère exploratoire et sans jugement de ses formulations lui ouvre la possibilité d'une expression affective sans se mettre en danger (R 44, R 61).	L'enfant s'engage dans la relation thérapeutique (64, R 42) et s'y exprime « en sécurité » (R 7). Sa contenance (R 70), son expression verbale et affective (R 40, R 56), son inscription relationnelle et cognitive (R 26, 19) s'améliorent.
<b>AJUSTEMENT DU THÉRAPEUTE</b>		
Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique (28) Son interaction avec l'enfant est adaptée à son niveau de développement (77). Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, il s'adapte à l'enfant (47). Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant (88).	L'enfant est acteur. C'est le thérapeute qui s'adapte à lui, à ses préoccupations et à son niveau de développement. Les rapports d'influence entre le thérapeute et l'enfant sont évités, cette interaction facilite le dynamisme et l'affirmation de l'enfant.	L'enfant s'exprime, est actif (72), en éveil (13), curieux (8) et participant.
<b>CONTENANCE / EXPRESSION DES AFFECTS</b>		

Situation de l'enfant et action psychothérapique	Causes et mécanismes de changement proposés	Résultats attendus
<p>Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les vivre plus profondément (81).</p> <p>Il tolère son affect ou ses pulsions violentes (45) et ne répond pas à ses provocations (24r).</p>	<p>La capacité du thérapeute de tolérer les affects violents et provocateurs de l'enfant et d'y répondre calmement ouvre un nouvel espace. L'enfant peut exprimer sa rage et son opposition (1) sans danger (84) et y trouver une signification dont il n'avait pas conscience.</p> <p>En soulignant les sentiments de l'enfant, le thérapeute exprime qu'il comprend son vécu et qu'il peut l'aider à les éprouver plus profondément (81).</p>	<p>L'enfant prend conscience de ses sentiments. Il les exprime (33) et intègre leur signification aux représentations de ses expériences du monde et des autres. Ce processus participe à la construction de la représentation de soi et de ses sentiments, et à leur effet sur les autres (63).</p> <p>La relation et le jeu deviennent un moyen de gérer des situations difficiles et associées à l'identification (64, 51).</p>
<b>VERBALISATION SYMBOLISATION</b>		
<p>Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant (3).</p> <p>Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant (65) ou son comportement non verbal (2). Le thérapeute fait des liens entre les sentiments de l'enfant et son expérience (76), interprète la signification du jeu de l'enfant (46),</p>	<p>Par sa médiation, le thérapeute facilite la communication et verbalisation de l'enfant</p> <p>Les répétitions, reformulations, clarifications introduisent et consolident une signification partagée. Des relations conscientes s'établissent entre expérience et affect ressenti, dans la relation et à travers le jeu.</p>	<p>Le langage apparaît et s'améliore. L'enfant se sent compris (41) et comprend les commentaires du thérapeute (R 5). Il entre dans le langage partagé et en interaction forte à partir de son vécu (49). Les progrès se confirment dans la gestion affective (R 70), la représentation de soi (59) et la réduction de l'angoisse de soi (R 61). L'enfant semble conscient de ses difficultés internes ou bien les comprendre (53)</p>

Tableau 31. Évolution des énoncés du CPQ entre T0 et T12 traduisant l'évolution des 66 enfants

Ce tableau présente l'évolution des 66 enfants sur l'année à partir des 15 items du CPQ les concernant à T0 et T12 qui sont les plus caractéristiques. Parmi 15 ces items, 10 restent présents. L'analyse des mesures souligne des modifications d'ordre quantitatif et qualitatif qui montrent une évolution très favorable :

Énoncés présents à T0	Énoncés présents à T0 et T12	Énoncés présents à T12
<p><b>Énoncés présents à T0, pas à T12</b></p> <p>L'enfant parle de façon confuse (54) ; L'enfant évite de demander un conseil ou une information (19) ; L'enfant évite de discuter des relations importantes avec lui pour lui (63) ; Le jeu de l'enfant est concret et fixé (au lieu de « s'engage dans le jeu du faire-croire » (71) ; L'enfant exprime des sentiments positifs et amicaux envers le thérapeute (1).</p>	<p><b>Énoncés présents à T0 et T12 (avec des mesures différentes)</b></p> <p>L'enfant donne le sentiment qu'il se sent compris par le thérapeute (41, il comprend ses commentaires (5). Il est actif (72), animé ou éveillé (13), confiant et en sécurité (44 r), assuré et à l'aise (61). Il dirige vers l'extérieur ses sentiments agressifs (85 r) ; Il ne semble pas comprendre ses difficultés internes (53), ne fait pas d'effort pour retenir ou gérer les sentiments qu'il éprouve (70). Il exprime une attente d'être félicité ou protégé (22)</p>	<p><b>Énoncés étant apparus à T12</b></p> <p>Les communications de l'enfant son chargées d'affect (40) ; L'enfant semble joyeux et transmet une humeur de bien être ou de bonheur (94) ; L'enfant exprime ses sentiment de façon modulée et équilibrée ou fortement en relation à un problème particulier (56) ; L'enfant évite ou ne semble pas capable d'être en compétition, en rivalité avec T (39) ; L'enfant répond aux remarques du T avec un jeu, des commentaires ou associations (42).</p>

Dix énoncés les plus caractéristiques décrivant l'enfant restent présents à T0 et T12. Entre T0 et T12 une évolution importante de leurs scores se produit.

- (41) l'enfant donne le sentiment qu'il se sent compris pas le thérapeute (expérience, sentiments) [T0 : 1,92 -> T12 : 2,17]
- (72) l'enfant est actif [T0 : 1,58 -> T12 : 2,03]
- (44) l'enfant semble confiant, non sur la défensive et en sécurité dans sa relation avec les autres [T0 : 1,09 -> T12 : 1,52]
- (85) l'enfant dirige sa colère ou ses sentiments agressifs vers l'extérieur [T0 : 1,18 -> T12 : 1,52]
- (53) L'enfant semble ne pas être conscient ou ne pas comprendre ses difficultés internes [T0 : 1,92 -> T12 : 1,30]
- (61) L'enfant est assuré, à l'aise, même quand confronté à des situations difficiles [T0 : 0,73 -> T12 : 1,30]
- (13) L'enfant semble enthousiaste, en effervescence ou éveillé d'une façon ou d'une autre [T0 : 1,18 -> T12 : 1,30]
- (5) l'enfant comprend visiblement les commentaires du T. [T0 : 0,76 -> T12 : 1,17]

- (70) L'enfant ne fait pas l'effort de retenir ou gérer les sentiments qu'il éprouve ou n'y parvient pas. [T0 : 0,98 -> T12 : 0,92]
- (22) L'enfant exprime une attente d'être félicité ou protégé [T0 : 0,59 -> T12 : 0,89]

Entre T0 et T12, cinq énoncés ont disparu parmi les 26 items les plus caractéristiques de départ. Ils sont les suivants :

- (54) L'enfant parle de façon confuse ;
- (19) L'enfant évite de demander un conseil ou une information ;
- (63) L'enfant évite de discuter des relations importantes avec lui pour lui ;
- (71) Le jeu de l'enfant est concret et fixé (au lieu de s'engager dans le jeu du « faire-croire ») ;
- (1) L'enfant exprime des sentiments positifs et amicaux envers le thérapeute

À T12, cinq énoncés sont apparus. Ils sont les suivants :

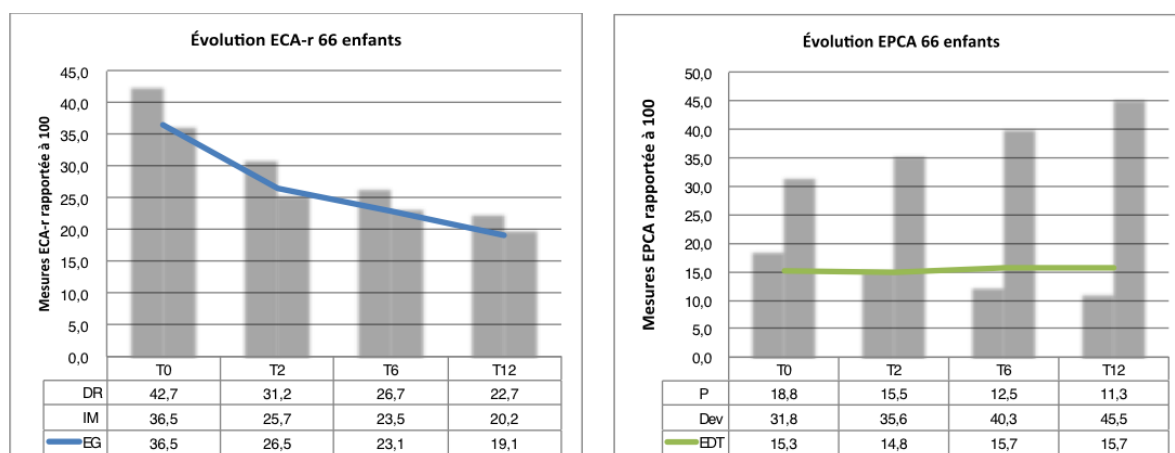
- (40) Les communications de l'enfant son chargées d'affect
- (94) L'enfant semble joyeux et transmet une humeur de bien être ou de bonheur
- (56) L'enfant exprime ses sentiments de façon modélée et équilibrée ou fortement en relation à un problème particulier
- (39) L'enfant évite ou ne semble pas capable d'être en compétition, en rivalié avec le T.
- (42) L'enfant répond aux remarques du T avec un jeu, des commentaires ou des associations.

**Un tableau similaire peut être réalisé pour chaque enfant**

## 7. CHANGEMENTS COMPORTEMENTAUX ET DEVELOPPEMENTAUX : COMPLEMENT

Pour les 66 cas dont l'étude a été menée à son terme, il n'y avait aucune donnée manquante pour chacun des items des 3 instruments (ECA-r, EPCA et CPQ). Du fait de l'importance de l'âge du début de la prise en charge, nous présentons d'abord les résultats globaux. Nous distinguons ensuite 2 groupes pour la présentation des résultats, celui des enfants de 3 à 6 ans et celui des enfants de 7 à 15 ans.

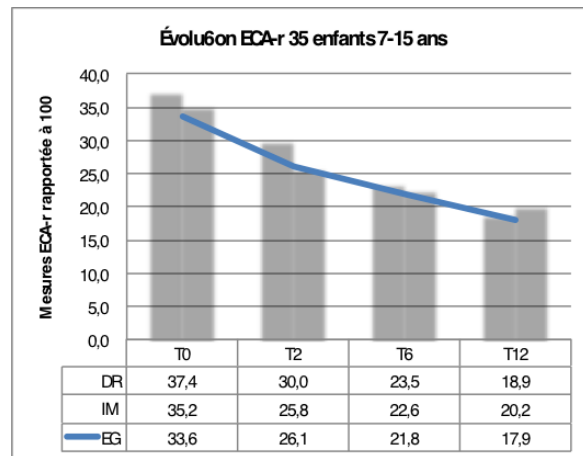
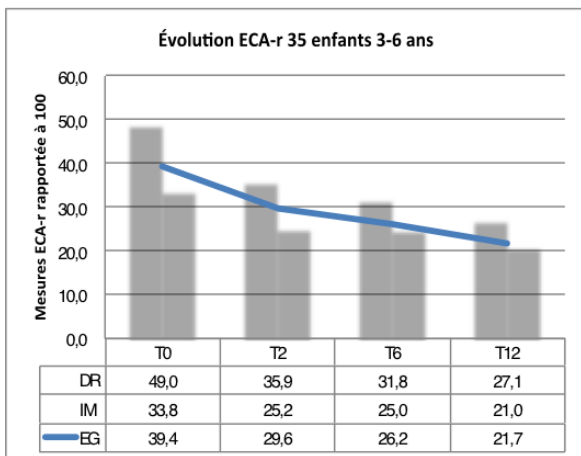
### Résultats globaux



Les moyennes des scores généraux (EG) des comportements autistiques de l'ECA-r se réduisent progressivement de 36,5 (SD = 13,2) à 19,3 (SD = 11,4). Le score de déficience relationnelle (DR) se réduit de 42,7 (SD = 20,9) à 22,7 (SD = 15,6). Le déficit de modulation des émotions (IM) se réduit de 36,5 (SD = 17,9) à 20,2 (SD = 13,0). Pour les 3 dimensions, l'hypothèse nulle d'une variation due au hasard est rejetée ( $p$ -value [bilatérale] < 0,0001).

Les scores de l'EPCA se rapportent à 3 niveaux de changement : la pathologie persistante, le développement acquis et le développement temporaire. Les moyennes des scores de pathologie de l'EPCA se réduisent progressivement de 18,8 (SD = 8,8) à 11,3 (SD = 7,3). Les scores d'Expression développementale transitoire augmentent légèrement de 15,3 (SD = 8,1) à 15,7 (SD = 9,5). Les scores de Développement s'élèvent de 31,8 (SD = 15,4) à 45,5 (SD = 18,6) pour les enfants de 3 à 6 ans et de 42,4 (SD = 13,7) à 52,1 (SD = 15,2).

### Distinction des enfants de 3-6 ans et 7-15 ans à l'ECA-r



Les moyennes des scores généraux (EG) des comportements autistiques de l'ECA-r se réduisent progressivement de 39,4 (SD = 13,1) à 21,7 (SD = 12) pour les enfants de 3 à 6 ans et de 33,6 (SD = 12,9) à 17,9 (SD = 10,4) pour les enfants de 7 à 15 ans.

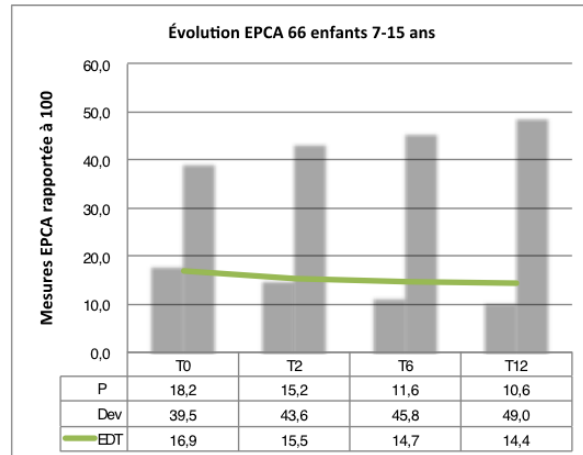
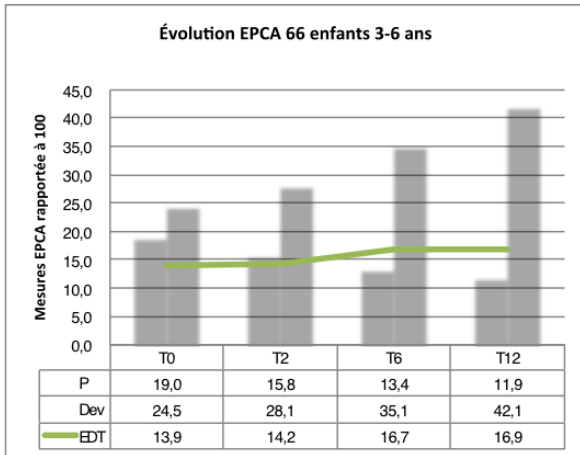
Le score de déficience relationnelle (DR) se réduit de 49 (SD = 18,6) à 27,1 (SD = 17,6) pour les 3 à 6 ans et de 37,4 (SD = 17,3) à 18,9 (SD = 17,6) pour les 7–15 ans.

Le déficit de modulation des émotions (IM) se réduit de 33,8 (SD = 21) à 21 (SD = 15,8) pour les 3 à 6 ans et de 35,2 (SD = 13,2) à 20,2 (SD = 12,7) pour les 7–15 ans.

Les enfants de 7 à 15 ans ont au début de l'étude des scores moyens moins élevés que ceux des enfants de 3 à 6 ans dans les 3 dimensions. Pour les 3 dimensions, l'hypothèse nulle d'une variation due au hasard est rejetée (*p-value* [bilatérale] < 0,0001).

#### *Distinction des enfants de 3-6 ans et 7-15 ans à l'EPCA*





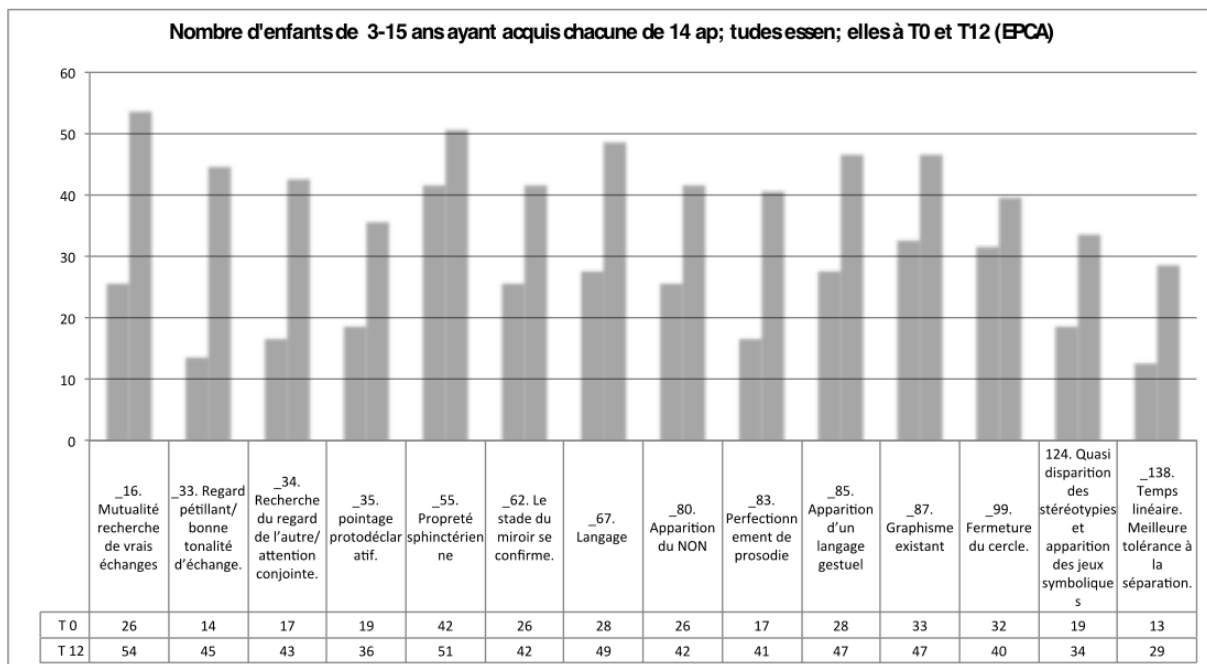
Les scores de l'EPCA se rapportent à 3 niveaux de changement : la pathologie persistante, le développement acquis et le développement temporaire.

Les moyennes des scores de pathologie de l'EPCA se réduisent progressivement de 19,0 (SD = 9,1) à 11,9 (SD = 7,4) pour les enfants de 3 à 6 ans et de 18,2 (SD = 9,8) à 10,6 (SD = 6,6) pour les enfants de 7 à 15 ans.

Les scores de Développement s'élèvent de 24,5 (SD = 15,7) à 42,1 (SD = 19,0) pour les enfants de 3 à 6 ans et de 39,5 (SD = 17,2) à 49 (SD = 18,9) pour les enfants de 7 à 15 ans. Les enfants de 7 à 15 ans ont au début de l'étude des scores moyens légèrement moins élevés pour la pathologie que ceux des enfants de 3 à 6 ans et beaucoup plus élevés pour le développement.

Les scores d'Expression développementale transitoire augmentent légèrement de 13,9 (SD = 7,7) à 16,9 (SD = 9,6) pour les enfants de 3 à 6 ans et se réduisent légèrement de 16,9 (SD = 12,1) à 14,4 (SD = 10,5) pour les enfants de 7 à 15 ans.

### *Signification clinique des changements développementaux*



Cette figure présente l'évolution du nombre d'enfants qui, au cours de l'année d'évaluation, ont acquis les 14 aptitudes élémentaires de base recherchées dans l'ECPA. En bleu, le nombre d'enfants chez lesquels chaque aptitude est présente à T0, en rouge le nombre d'enfants chez lesquels chaque aptitude est présente à T12. Les acquisitions les plus difficiles à acquérir dans le groupe d'enfants sont, d'une part, la disparition des stéréotypies et l'apparition du jeu symbolique (F124) et, d'autre part, la notion du temps linéaire et la tolérance à la séparation (F138). En revanche, la recherche de vrais échanges (F16), la propreté (F55), le langage (F67), l'apparition du langage gestuel (F85) et le graphisme (F87) sont celles qui ont évolué le mieux dans notre groupe de patients.

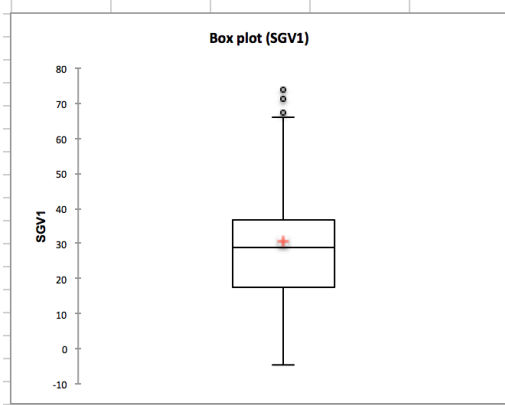
*Score global de variation des comportements et du développement*

Statistiques descriptives :							
Variable	Observations	données ma	données ma	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
SGV1	66	0	66	(4,61)	73,95	30,48	17,42

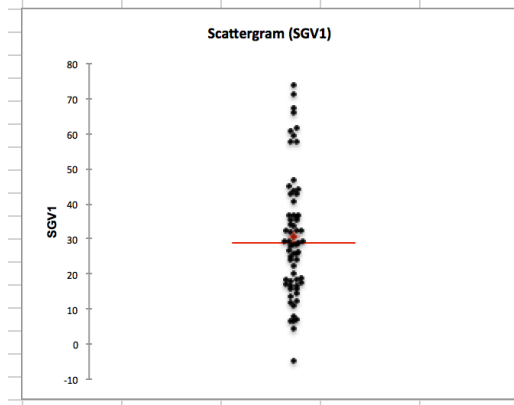
Tableau des percentiles (Fonction de distribution empirique avec remplacement par la moyenne) :

Percentile	Valeur	Sans hypothèse	Sans hypothèse de distribution)
Maximum 100%	73,9		
99%	73,9	67,2	73,9
95%	66,0	57,6	73,9
90%	59,3	43,8	67,2
3ème Quartile	36,9	32,4	46,8
Médiane 50%	28,8	24,0	32,4
1er Quartile	17,3	12,1	24,0
10%	11,1	(4,6)	14,4
5%	6,6	(4,6)	6,9
1%	4,6	(4,6)	6,4
Minimum 0%	-4,606		

Box plots :



Scattergrams :



## 8. PLATEAU TECHNIQUE 66 ENFANTS

code	âge	séances/s	orthophonie	psychomotricité	entretien pédiatre	entretien psychiatre	ateliers	scolarisation
X067	5	1s/s	oui				petits groupes	IME
X069	5	3s/s					nombreuses activités extérieures	oui
X071	14	2s/s (libé)	oui en libéral (antérieure)	oui (antérieure)			IME : autour des activités ménagères	normale jusqu'à 7 ans, puis Clis puis IME
X007	4	2 s/s	non nécessaire	non	à la demande		SESSAD sans précision	matin avec AVS
X030	6	2		1s/semaine			communication avec 2 autres enfants musicothérapie	2j/s à l'HDJ en alternance avec école maternelle
X046	3	1/s ppd						pas encore mais envisagée avec avs
Xi01	10	2s/s 45mn PPD	au début de l'école primaire				activités sportives basket	avec AVS
Xi03	11	3s/s	oui	oui				oui
Xi26	5	3s/s						oui
Xi32	7	2s/s	2s/s	3/s			piscine	oui
Y067	5	2 / s (libé)	2/s (makaton)				suivi en libéral(jeux)	2 J + 2 demi j/s avec AVS
Y002	5	2s/s PPD	oui	oui			oui	oui sans AVS
Y003	6	1/s	1/s en institution et 1 s/15j en libéral	1s/s			1/s : bassin	1 demi J: maternelle avec AVS
Y009	12	3s/s	1/s en libéral	1s/s		1/s avec la famille	piscine, sport, art plastique, etc... psychodrame	HJ : enseignant spécialisé, travail quotidien

Y010	4	2 puis 1	2 s/s interrompu par les parents			mensuel au départ, nombreux annulés	jardin d'enfant 1/s annulé par les parents	2 matinées avec AVS
Y011	11	2 s/s	1/s			1/trimestre et les parents 1/mois	classe de découverte/école	oui
Y078	9	1/s (libé)	1/s en libéral				trampoline ferme pédagogique vélo	IME
Y013	8	2s/s (libé)	1			mensuel (CMP)	multi sport, natation	CLIS
Y014	5	3 puis 2	1 puis 2 s/s	1 s/s 1a puis arrêt	1/an			maternelle : 4j/s. Actuel 2è a de CLIS
Y015	12	2 s/s					oui	HJ
Y083	7	3/s	0	1 s/s		1 / mois	3/s	2h spécialisé
Y018	5	2 s/s : 1 seul, 1 avec la mère	oui	oui + Kiné				avec AVS
Y019	3	1/s		1s/s			trampoline, jeux en hauteur, calendrier	
Y086	11	2 /s				1 / mois	2/s	école hôpital / 3 demi J/s
Y021	5	1/s						
Y022	10	1/s	1 s/s	1 /s à 8 ans puis arrêt		ts les 3 mois	escalade 1/s gr habileté sociale	normal : collège 5ème
Y027	6	2/s				rare		Inst spécialisé 5 j/s
Y096	4	2 s/s	1 s/s en groupe	oui			groupe de vie éveil et cuisine	HDJ
Y031	6	2 s/s		oui			chants mimés et patageoire	HDJ 4m/s 1/2 j/s avec AVS

								puis arrêt
Y098	4	2 s/s (a changé de thérapeute 2f au cours des 12 mois de TED)		oui + Kiné			psychoéducatifs (bulles, bâtons de pluie, tour à boule, balle à ressort)	2m/s avec AVS
Y099	4	2 s/s		1s/s en groupe			pataugeoire atelier musical éveil équitation	4m/s avec AVS
Y034	5	1s/s		oui			atelier groupe	avec AVS
Y035	8		oui				ass. à bras ouvert	non
Y036	5	2 s/s	1/s (Makathon)		1/2 mois (coordinateur des soins)	1/mois entretien familial	1/s (TED)	le matin puis tous les jours avec AVS
Y037	5	1s/s		oui c'est la T				2j/s avec AVS +HDJ
Y041	8	1/s	1/s indiv 1/s groupe			1/an pour synthèse annuelle	4/s : sucré/salé, relaxation, jeux moteurs, sortie ext.	1 heure/s classe normale (musique), 3 s/s : institutrice HJ, 4 matinées/s Unité spécialisée
Y044	7	2	1 s/s	mise en place une année plus tard		1/mois : entretien familial	3/s	5 demi J/s (normale)
Y046	10	2S/S 45mn PPD	OUI					IME
Y050	5	2fs/s - 45mn PPD	2/s : makaton	1 s/s		non		avec AVS : 6 demi j/s
Y054	10	1/s		oui				normale avec avs
Y055	6	1/s ppd	oui	oui			travail de groupe (médiation musique)	oui sans avs (CE1)

Y056	8	1/s 45mn ppd	ou 1/s	en a eu mais n'en a plus	médecin ponctuelleme nt		piscine centre aéré	oui
Y061	3	2fs/s	non	oui à partir de T6 2s/s			oui différents atelier th	oui sans vas
Y062	3	1/s	2/s			consultations régulières		Ecole maternelle matinées avs
Yi02		2/s ppd				oui	communicatio n alternative/ima ges	oui avec avs
Yi05	11	2s/s puis 1/s	oui (public)	oui (public)				avec soutien
Yi06	6	4s/s + ABA depuis 1 an et demi	oui en libéral					école avec soutien inadapté
Yi07	4	2 s/s	oui	oui				école privée avec aide
Yi10	10	3s/s						bonne intégration
Yi11	10	2 s/s				organisation de groupe famille/ensei gnant/enfant	piscine	bonne
Yi12	10	ppd						?
Yi13	6	3s/s						avec soutien
Yi14	13	4s/s						avec soutien, assez bon rendement scolaire
Yi15	8	3s/s	oui				scout, sport	avec soutien
Yi16	8	3 puis 2	oui				sport	oui bonne avec soutien
Yi17	14	1/s	oui					avec soutien

Yi19	7	2 s/s						oui, il est très apprécié
Yi20	3	3s/s	oui					oui avec soutien
Yi22	6	1/s						avec soutien
Yi23	15	1/s				1f/s	scout, musique	très bonne intégration scolaire
Yi24	14	1 puis 2/s	oui	oui				oui
Yi25	6	2 s/s + ABA						avec AVS
Yi28	9	3 puis 2 puis 1 éduc. à domicile 2f/s + TCC 2f/s						école normale
Yi30	13	3s/s					musicothérapie sport	avec soutien
Yi34	5	3 ttes les 2 s psychothérapie PPD +ABA	oui	oui			Karaté	oui
Yi35	4	3/s 45mn ppd						oui



# Table des matières

<b>Remerciements .....</b>	<b>3</b>
<b>Résumé .....</b>	<b>5</b>
<b>Présentation générale de la thèse pour sa soutenance .....</b>	<b>6</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>15</b>
<b>Table des figures.....</b>	<b>17</b>
<b>Sommaire.....</b>	<b>19</b>
<b>OBJECTIFS DE LA THÈSE .....</b>	<b>21</b>
<b>CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET BASES DE LA RECHERCHE EMPIRIQUE SUR LES PROCESSUS DE CHANGEMENT ASSOCIÉS AUX RÉSULTATS EN PSYCHOTHÉRAPIE : PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE .....</b>	<b>24</b>
DÉBUT DES ÉTUDES SUR LE PROCESSUS .....	25
EBM ET PSYCHOTHÉRAPIES : DÉVELOPPEMENT ET RÉPONSES MÉTHODOLOGIQUES.....	26
INTRODUCTION DE VARIABLES DE PROCESSUS ET D'OUTILS CONCEPTUELS .....	30
RECHERCHES SUR LE PROCESSUS DE CHANGEMENT .....	34
DÉVELOPPEMENT DES ÉTUDES DE CAS INDIVIDUELS DE NOUVELLE GÉNÉRATION .....	39
NOUVELLES APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES DE RECHERCHE EN PSYCHOTHÉRAPIE .....	49
ÉVOLUTIONS INSTITUTIONNELLES DES MÉTHODES DE RECHERCHE.....	63
ÉVOLUTION DES MÉTHODES STATISTIQUES .....	68
DONNÉES PROBANTES FONDÉES SUR LES PRATIQUES. ....	69
<b>CHAPITRE 2 : QUESTIONS MÉTHODOLOGIQUES GÉNÉRALES ET SPÉCIFIQUES DANS LA RECHERCHE PROCESSUS-RÉSULTATS EN PSYCHOTHÉRAPIE.....</b>	<b>73</b>
NOUVEAU PARADIGME ET MODÈLES ATTENANT DU PROCESSUS DE CHANGEMENT .....	77
Modèles interactionnel et transactionnel.....	79
Modèle « facteurs de risque » étendu aux « facteurs de changement ».....	80
QUEL STATUT DONNER À LA THÉORIE DANS LA RECHERCHE ? .....	81
Sélection des variables.....	81
Du modèle conceptuel au processus causal.....	83

Modèles théoriques centrés sur le déroulement, l'intégration et le suivi.....	84
CONVERGENCE DES ÉTUDES EXPÉRIMENTALES ET OBSERVATIONNELLES DE CAS .....	89
ANALYSE DU PROCESSUS EN RELATION AVEC LES RÉSULTATS .....	93
Quels sont les objectifs de la recherche sur le processus ? .....	93
Questions méthodologiques générales .....	94
Analyses intra-sujet et inter-sujets de cas individuels.....	95
Conditions pour obtenir un bon niveau de preuve avec les études de cas individuels.....	95
Conditions de l'agrégation des études de cas .....	96
Études quantitatives et qualitatives : distinction et apports spécifiques.....	97
PEUT-ON DÉCRIRE DES ÉTAPES DANS LE PROCESSUS DE CHANGEMENT ?.....	98
Trois étapes principales.....	99
Un enchaînement d'actions thérapeutiques ajustées au patient et à son évolution .....	100
Chronologie de l'action thérapeutique suivant l'accès à l'intrapsychique .....	100
Enchaînement de transactions interpersonnelles .....	101
Alternance d'événements .....	102
ANALYSE DU PROCESSUS ET Q MÉTHODOLOGIE.....	103
Présentation du CPQ par son auteur (Schneider et al. 2009).....	104
Analyse factorielle Q et analyse factorielle R.....	106
Exemples d'utilisation de la méthodologie du Q-sort en psychothérapie .....	109
Apports spécifiques du Q-sort soulignés par Jones et al.....	111
1. Mise en relation des approches de Kazdin et de Jones.....	112
QUELLE EST LA CAUSE PRINCIPALE DES RÉSULTATS OBSERVÉS ? .....	114
Les facteurs communs sont-ils la cause principale des résultats ? .....	114
Un cycle d'observations et d'interventions spécifiques du thérapeute.....	116
L'adaptation du thérapeute est l'ingrédient principal du succès thérapeutique .....	116
Distinction de l'ajustement de l'attitude générale et des interventions spécifiques.....	117
Une adaptation du thérapeute au problème psychologique central du patient .....	118
ÉVOLUTION DES MÉTHODES STATISTIQUES .....	119
La corrélation processus – résultats est-elle un bon indicateur de l'action thérapeutique ? .....	121
Le nombre des variables et la complexité du processus psychothérapeutique sont-ils conciliables avec l'analyse statistique ? .....	126
LES PRATICIENS PEUVENT-ILS ÊTRE DES ACTEURS MAJEURS DE LA RECHERCHE EN PSYCHOTHÉRAPIE ? .....	130
APPORT DE LA MODÉLISATION .....	133
Modélisation et action thérapeutique .....	134

Modélisation concernant la psychothérapie.....	134
Modélisation avec analyse fonctionnelle issue de la formulation de cas .....	137
Modélisation de l'évolution d'un cas en relation à des cas similaires .....	139
Examen du changement longitudinal à plusieurs niveaux : intra-individuel et interindividuel...	141
QUELQUES ASPECTS TECHNIQUES .....	142
<b>CHAPITRE 3 : APPLICATION À 66 ÉTUDES QUASI-EXPÉRIMENTALES PROCESSUS-RÉSULTATS</b>	
<b>NATURALISTES RÉALISÉES À PARTIR D'UNE MÉTHODOLOGIE COMMUNE DANS LE CADRE D'UN RÉSEAU</b>	
<b>DE RECHERCHES FONDÉES SUR LES PRATIQUES .....</b>	<b>144</b>
CADRE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE : LE RÉSEAU DE RECHERCHES FONDÉES SUR LES PRATIQUES	
PSYCHOTHÉRAPIQUES (RRFPP) .....	144
Contexte et positionnement du réseau.....	144
MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE .....	145
Hypothèses préliminaires.....	145
Caractéristiques de l'étude.....	148
2. Description des participants .....	151
Mesures .....	153
3. Instruments .....	156
Mise en relation du processus avec les résultats .....	161
RÉSULTATS ET APPORT DE L'ANALYSE DU PROCESSUS ET DE SA MÉTHODOLOGIE POUR LEUR	
COMPRÉHENSION .....	168
Évaluation générale de l'évolution des syndromes autistiques sur un an .....	168
Intervention potentielle des modérateurs .....	172
Analyse du changement individuel au cours d'une année de psychothérapie.....	193
Analyse du changement à partir d'études de cas répliquées et regroupées .....	223
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>263</b>
<b>DISCUSSION GÉNÉRALE .....</b>	<b>283</b>
1. Q1 - Est-ce que ces données apportent vraiment quelque chose et si oui quoi ? quelle	
valeur (épistémologique) ? .....	283
2. Q2 - Est-ce que des analyses purement qualitatives n'auraient pas été plus informatives ?	
Sinon pourquoi ? .....	289
3. Q3 - Le quanti, pour être fiable, doit-il inclure 1000 à 2000 sujets ?.....	292
POUR CONCLURE .....	293
<b>CHAPITRE 4 : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....</b>	<b>296</b>

RÉSUMÉS, EXTRAITS ET COMMENTAIRES D'ARTICLES CLASSÉS PAR DATES DE PUBLICATION .....	296
1. Rosenzweig (1936).....	296
2. Rogers, C. R. (1942).....	296
3. Sifneos, P. E. (1972).....	296
4. Kernberg, O. F. (1973).....	296
5. Von Bertalanffy (1973).....	296
4. Luborsky, Singer, Luborsky (1975) .....	296
5. Smith & Glass (1977).....	296
6. Gottman, J. & Markman, H. J. (1978) .....	296
7. Gomes-Schwartz (1978) .....	297
8. Hill, C . E. (1978) .....	297
9. Strupp (1980) 1,2,3,4 .....	297
10. Kazdin (1981) .....	299
11. Kazdin, A. E. (1982).....	299
12. Patterson, G. R. (1982).....	299
13. Rutter et Giller (1983).....	299
14. Barlow, D. H. et Hersen, M. (1984) .....	299
15. Kazdin, A. E. (1984).....	299
16. Elkin, Parloff, Hadley & Autry (1985) .....	301
17. Kiesler, D. J. (1985).....	301
18. Baron & Kenny (1986) .....	301
19. Greenberg, L. S. (1986).....	302
20. Greenberg & Pinsof (1986).....	302
21. Kazdin, A. E (1986a).....	302
22. Kazdin, A. E. (1986b).....	302
23. Orlinsky et Howard (1986).....	303
24. Safran et al (1986).....	303
25. Silberschatz & Curtis (1986).....	304
26. Stiles, Shapiro et Elliott (1986) .....	304
27. Strupp (1986) .....	305
28. Vandenbos, G. R. (1986).....	305
29. Wallerstein, R. S. (1986).....	305
30. Lovaas, O . I. (1987).....	305
31. Perry et al. (1987).....	306
32. Jones, Cumming, Horowitz (1988).....	306
33. Stiles (1988) .....	307

34. Elkin, Shea, Watkins et al. (1989).....	307
35. Marmar, Weiss et Gaston (1989) .....	308
36. Pinosof, W. (1989).....	308
37. Silberschatz, Curtis et Nathans (1989).....	308
38. Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1989) .....	309
39. Beutler (1990).....	309
40. Garfield, S. L. (1990) .....	310
41. Goldfried, Greenberg et Marmar 1990.....	310
42. Hill (1990) .....	311
43. Jones et Windholz (1990).....	311
44. Luborsky, L. et al. (1990).....	312
45. Marmar (1990).....	312
46. Shoham-Salomon, V. (1990).....	313
47. Greenberg, L. S. (1991).....	313
48. Persons, Curtis, Silberschatz (1991).....	313
49. Gerin, P. et Dazord, A. (1992).....	314
50. Jones, Parke & Pulos (1992).....	314
51. Orlinsky, D. E. (1992).....	314
52. Patterson, G. R. et al. (1992).....	314
53. Gaston & Marmar (1993).....	314
54. Hilliard, R. B. (1993) .....	314
55. Horowitz, Rosenberg et Bartholomew (1993).....	315
56. Jones, E.E. (1993) .....	315
57. Jones, E. E., Pulos, S. M. (1993).....	316
58. Jones EE, Ghannam J, Nigg JT et Dyer JFP. (1993) .....	316
59. Kazdin, A. E. (1993).....	317
60. Moras, Telfer et Barlow (1993).....	317
61. Silberschatz et Curtis (1993).....	317
62. Spence, Dahl et Jones (1993).....	318
63. Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1994).....	318
64. Pierrehumbert et al. 1995 .....	318
65. Pierrehumbert et al. 1995b .....	319
67. Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., & Shaw, B. F. (1996).....	320
68. Hayes, Castonguay, Goldfried 1996.....	320
69. Howard, K. I. et al (1996) .....	321
70. des Nétumières, F. (1997).....	321

71. Kazdin, A. E. et al (1997).....	321
72. Holmbeck (1997).....	322
73. Ablon & Jones (1998).....	322
74. Borkovec & Castonguay (1998) .....	322
75. Brent et Kolko (1998) .....	323
76. Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998) .....	323
77. Eddy, Dishion, Stoolmiller (1998).....	324
78. Eyberg, Schuhmann, Rey (1998) .....	324
79. Hibbs, E. (1998).....	324
80. Kazdin & Kendall (1998).....	325
81. Kendall & Flannery-Schroeder (1998) .....	325
82. March & Curry (1998).....	325
83. Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). .....	326
84. Francis, Champagne, Liu & Meaney (1999).....	326
85. Goldfried, Borkovec, Clarkin et al. (1999).....	327
86. Kazdin (1999) .....	327
87. Kazdin, A. E. (1999).....	327
88. Kopta, Lueger, Saunders et Howard (1999) .....	328
89. Barber et al (2000).....	328
90. Fishman (2000).....	329
91. Jones, R. E. (2000).....	329
92. Kazdin, A. E. (2000).....	329
93. Audin, Mellor-Clark, Barkham, M. et al. (2001).....	330
94. Borkovec, Echemendia, Ragusea & Ruiz (2001).....	330
95. Blomberg, Lazar & Sandell (2001).....	330
96. Stiles (2001) .....	331
97. Kazdin, A. E. (2001A) .....	331
98. Kazdin (2001b) .....	332
99. Kraemer, Stice, Kazdin, Offord, Kupfer (2001) .....	332
100. Lueger et al (2001).....	333
101. McLeod, J. (2001) .....	333
102. American Psychological Association (2002) .....	333
103. Ablon, J.S., Jones, E. E. (2002).....	333
104. Jacque et Thurin (2002).....	334
105. Kraemer et al. (2002).....	335
106. Lampropoulos et al. (2002) .....	335

107.	Lutz, W. (2002) .....	335
108.	NIMH (2002) .....	336
109.	Shadish, W. R., Cook, T., & Campbell, D. (2002) .....	336
110.	Barkham & Mellor-Clark (2003) .....	336
111.	Kazdin & Nock (2003) .....	337
112.	Stiles (2003) .....	337
113.	Thurin & Baumann (2003) .....	337
114.	Haynes & Williams (2003) .....	338
115.	Ablon, J. S. & Marci, C (2004) .....	338
116.	Edwards et al. (2004) .....	339
117.	Goldfried, M. R., & Eubanks-Carter, C. (2004) .....	339
118.	Hill et Lambert 2004. ....	340
119.	Inserm (2004) .....	340
120.	Leichsenring (2004) .....	340
121.	Schneider, C., Jones, E.E. (2004) .....	341
122.	Thurin, J. M. (2004) .....	341
123.	Thurin M. (2004) .....	341
124.	Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004a) .....	341
125.	Hilsenroth, Blagys, Ackerman et al. (2005) .....	342
126.	Virués-Ortega & Haynes (2005) .....	342
127.	Ablon & Jones 2005 .....	342
128.	Blatt, S.J. & Zuroff, D. C. (2005) .....	343
129.	Falissard, B. (2005) .....	343
130.	Jardin, F., Prat, R. & Tricaud, J. (2005) .....	344
131.	Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. (2005) .....	344
132.	Ablon, Levy, Katsenstein (2006) .....	344
133.	American Psychological Association (2006) .....	344
134.	Fonagy, P. (2006) .....	345
135.	Hume, A. A. et Fox, N. A. (2006) .....	346
136.	Kazdin AE, Whitley MK. (2006) .....	346
137.	Stiles, W. E. (2006) .....	346
138.	Thurin, J. M. (2006) .....	347
139.	Thurin, J. M., Briffault, X. (2006) .....	347
140.	Briffault, X., Thurin, M., Lapeyronnie, B., Thurin, J. M. (2006) .....	347
141.	Kazdin, A. E. (2007) .....	348
142.	Kovess, Sapinho, Briffault et Villamaux (2007) .....	349

143.	Messer, S. B. (2007).....	349
144.	Dupéré, V., Lacourse, E., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2007) .....	350
145.	Hayes, A., Hope, D. A., Hayes, S. (2007) .....	350
146.	Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss (2007) .....	351
147.	Laurenceau, Hayes & Feldman 2007 .....	351
148.	Pachankis J. E., Goldfried (2007).....	352
149.	Stiles, W. B. (2007).....	352
150.	Thurin & Falissard (2007).....	353
151.	Thurin, J.M., Thurin, M., Lapeyronnie, B., Briffault, X. (2007) .....	353
152.	Craig et AL. (2008) .....	354
153.	Höglend, P. (2008).....	354
154.	Kazdin, A.E. (2008).....	355
155.	Knox et al (2008) .....	356
156.	Kuhne, N., Abernot, Y., & Camus, D. (2008) .....	356
157.	McCarthy, K. S. et Barber, J. P. (2009).....	356
158.	Kazdin, A. E. (2009).....	356
159.	Lutz,W. et Hill, C. (2009).....	357
160.	Thurin, M., Lapeyronnie, B., Thurin, J. M., & Ablon, J. S. (2009) .....	357
161.	Iwakabe S, Gazzola N. (2009) .....	358
162.	Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S., Pascaul-Leone, J. (2009).....	359
163.	Schneider, C., Pritzel-Thomas, A., & Midgley, N. (2009) .....	359
164.	Schore, A. N. (2009).....	359
165.	Stiles, W. E. (2009) .....	360
166.	Tasca & Gallop (2009) .....	360
167.	Thurin, JM. (2009) .....	360
168.	Tschacher, W. et Ramseyer, F. (2009).....	361
169.	Gallop & Tasca (2009) .....	361
170.	Elliott, R. (2010) .....	362
171.	Hilsenroth, M. (2010).....	362
172.	Krastinova E., (2010) .....	363
173.	Norcross, J. C. et Wampold, B. E. (2010) .....	363
174.	Schneider, C., Midgley, N., Duncan, A. (2010).....	364
175.	Thurin, M., Thurin, JM., Schneider, C. (2010) .....	364
176.	Shedler, J. (2010) .....	364
177.	McLeod, J., Elliott, R. (2011).....	365
178.	Iwakabe, S. (2011).....	365



179.	Mesibov, G. B. et Shea, V. (2011) .....	366
180.	Tillman, J. et al. (2011) .....	366
181.	Amenta, M. & Messeca, S. (2012) .....	366
182.	Henton, I. (2012) .....	366
183.	Insel 2012 .....	366
184.	Lerner, White & McPartland (2012) .....	367
185.	Pham-Orsetti, H. (2012) .....	367
186.	Thurin, J. M., Thurin, M., & Midgley, N. (2012a) .....	367
187.	Thurin ; J. M. (2012b) .....	368
188.	American Psychological Association (2013) .....	368
189.	Blanc, R. Malvy, J. & Barthelemy, C. (2013) .....	368
190.	Fishman 2013 .....	369
191.	McLeod (2013) .....	369
192.	Hill & Baumann (2013) .....	370
193.	Molinié, M., Gausset, M.-F., de Oliveira, D. et al. (2013) .....	370
194.	Thurin, J. M. (2013) .....	370
195.	Thurin, J. M., Falissard, B., Thurin, M. (2013) .....	370
196.	Thurin, J. M., Thurin, M. Guibert, M. 2013 .....	370
197.	Stiles, W. B., Hill, C. E., & Elliott, R. (2014) .....	370
198.	Falissard, B. (2014) .....	371
199.	Hair et al. (2014) .....	371
200.	Kazdin, A.E. (2014b) .....	371
201.	Kazdin, A.E. (2014c) .....	371
202.	Kazdin (2014) .....	371
203.	Carey, T. A., & Stiles, W. B. (2015) .....	371
204.	Castonguay Muran (2015) .....	372
205.	Castonguay & Muran (2015a) .....	372
206.	Castonguay et al (2015b) .....	373
207.	Kramer, U., & Stiles, W. B. (2015) .....	373
208.	Wampold, B. E. (2015) .....	374
209.	Thurin, J.M. (2016a) .....	374
210.	Thurin, J.M. (2016b) .....	375
211.	Thurin, J. M. (2016c) .....	375
212.	Thurin, J. M. (2017) .....	375

RETOUR BIBLIOGRAPHIQUE SUR LES GRANDES QUESTIONS DE LA RECHERCHE PROCESSUS DE CHANGEMENT.....	376
--	-----

<b>ANNEXES .....</b>	<b>387</b>
1. Définition des médiateurs préconstruits et indicateurs de changements du CPQ.....	387
2. Présentation synthétique de cas en 1 page .....	401
3. Posters.....	404
4. « Modèle générique de la psychothérapie » Orlinsky et Howard Inserm 1992.....	410
5. Le cas Anna .....	411
6. Analyses quantitative et qualitative des médiateurs à partir du CPQ.....	418
7. Changements comportementaux et développementaux : complément .....	422
8. Plateau technique 66 enfants .....	427
 <b>Table des matières.....</b>	 <b>432</b>