

II

Approche psychodynamique (psychanalytique)

4

Présentation de l'approche

L'approche psychodynamique regroupe des pratiques qui vont de la psychanalyse traditionnelle aux psychothérapies psychanalytiques longues ou brèves. La théorie générale sous-jacente à ces pratiques psychothérapeutiques est commune mais différentes variantes se sont progressivement distinguées. Elles se réfèrent plus spécifiquement à différents sous-modèles, et s'appliquent à des troubles impliquant à des niveaux divers les événements actuels, l'histoire individuelle et familiale, et les conditions du développement.

Évolution de la théorie et des pratiques psychanalytiques

La contribution de la psychanalyse aux soins en psychiatrie a maintenant un siècle d'histoire. Son activité s'est développée considérablement après la Seconde Guerre mondiale. Plusieurs modèles et variantes cliniques associés à divers aspects nosologiques et aux différentes étapes de la psychothérapie se sont progressivement construits.

La naissance de la psychanalyse se situe à la fin du 19^e siècle avec les publications successives des ouvrages suivants : « Études sur l'hystérie » (Freud et Breuer, 1895), « L'interprétation des rêves » (Freud, 1900), « Psychopathologie de la vie quotidienne » (Freud, 1901) et « Fragments d'une analyse d'hystérie » (Freud, 1905a ; Bonaparte et coll., 1956). Ces textes soulignent l'importance du conflit psychique entre exigences internes contraires et de la censure, ainsi que celle de leurs liens avec l'histoire infantile, dans l'origine de l'angoisse et des symptômes. Freud apporte à cette notion déjà présente dans les œuvres philosophiques et littéraires, notamment celles des 17^e et 18^e siècles, une méthode d'observation et d'investigation sur laquelle se fonde le traitement. La psychanalyse s'inscrit ainsi dès son origine comme une description et une approche de la réalité psychique et des conditions dans lesquelles certaines de ses particularités peuvent être à l'origine d'un processus pathologique.

L'approche générale de Freud peut être considérée comme biologique, au sens large du terme, et dynamique même si elle ne vise pas à situer les bases structurelles et physiologiques cérébrales des phénomènes psychiques (Freud, 1895). Cette approche postule que le sujet et ses fonctions psychiques, soumis à des demandes externes et internes (Freud, 1915a), recherchent des solutions bien au-delà de la conscience (Freud, 1900) et des tendances spontanées de l'organisme (l'interruption du déplaisir) (Freud, 1895 et 1920) et les organisations mentales et même neuronales sont susceptibles de se reconfigurer au cours de ce processus. Ces demandes peuvent être conflictuelles et l'aboutissement peut être la résolution ou l'échec, sous la forme de l'expression d'un symptôme. L'approche thérapeutique découle directement des éléments précédents qui relèvent de l'observation commune. Elle consiste à apporter une aide psychologique externe et à organiser un cadre particulier dans lequel la pensée va pouvoir se déployer et ses principaux traits pourront être décrits « grâce à l'emploi d'un petit nombre de formules psychologiques » (Freud et Breuer, « Études sur l'hystérie », cas d'EvR, 1895). Cette démarche narrative, interactionnelle avec le psychanalyste qui complète et interprète – « co-pense » avec l'analysant – (Widlöcher, 2001),

ouvre à une prise de conscience (*l'insight*) d'éléments pré-psychiques (au sens des sciences cognitives actuelles). Cette prise de conscience s'accompagne d'une ré-expérience thérapeutique (le transfert) de certaines modalités de relation à soi et aux autres.

L'intervention du psychanalyste dans ce processus est loin d'être passive. Sa « co-pensée » est en permanence adaptée au matériel qui lui est livré. Elle lui permet de considérer comment les mécanismes de défense (Freud, 1894, 1895 et 1896 ; Freud et Breuer, 1895), les fantasmes (Freud, 1900 et 1915b), les comportements et les symptômes se sont constitués jusqu'à produire de véritables organisations pathologiques, elles-mêmes sources de vulnérabilités et de difficultés secondaires et tertiaires. Surtout, elle lui permet d'évaluer sur quel mode la relation que le patient entretient avec lui (et souvent parallèlement avec son entourage) est engagée (le transfert) et d'y répondre au bon niveau.

La théorie du conflit psychique et les pratiques psychanalytiques qui en découlent (portant en particulier sur l'activité associative) sont issues de la cure des névroses. Cette théorie s'est complétée d'un second axe majeur : celui des différentes étapes du développement psychologique, de ses conditions et de ses avatars potentiels (sous la forme de « fixations » à une étape particulière, ou d'un véritable déficit développemental). La conceptualisation de ce second axe et ses applications dans la pratique clinique se sont faites au fur et à mesure que se posait la question de nouvelles indications : troubles du développement, narcissiques et borderline, psychoses, affections psychosomatiques. On trouve une première typologie du développement conçu dans une perspective psychodynamique dans les « Trois essais sur la sexualité » (Freud, 1905b). Elle sera progressivement enrichie par de nombreux travaux, émanant notamment de psychanalystes d'enfants confrontés à des troubles graves concernant l'accès à la symbolisation (Klein, 1932), la dépression anaclitique et la construction de l'individualité (Spitz, 1965), l'importance des espaces transitionnels dans la construction du rapport à la réalité (Winnicott, 1977), celle des premières relations interindividuelles et leurs conséquences dans l'élaboration du sentiment de sécurité et des liens avec autrui (Bowlby, 1969)... plus récemment le rôle de l'accordage affectif dans l'élaboration du sentiment de soi (Stern, 1985) et celle du fantasme intergénérationnel dans les relations familiales (Lebovici et Mazet, 1989). Il faut citer également ici l'apport de psychologue comme Wallon (1949) et de psychanalystes d'adultes comme Bion (1962) soulignant le rôle du psychanalyste comme contenant des identifications projectives du patient, Lacan soulignant le rôle du stade du miroir et des relations affectives qui l'accompagnent dans la formation du « Je » (1949), ainsi que la distinction de trois registres (symbolique, imaginaire, réel) d'appréhension de la réalité, Kohut (1978) et Kernberg (1984) précisant la place des déficits de l'individualisation du *self* et du moi dans la compréhension des états limites. Les relations psychosomatiques ont été explorées par Alexander (1950) sur la base d'un modèle bio-psycho-environnemental, impliquant la dimension du conflit entre tendances régressives et actives, par l'École de Paris (Marty, Fain, Kreisler...) qui a décrit les conduites démentalisées et leurs conséquences vitales et par l'École de psychosomatique (Thurin, 1997) qui prolonge les hypothèses précédentes en soulignant les conséquences du traumatisme et de la négligence sur la construction du soi et du rapport au monde.

Il existe ainsi trois modèles principaux dans l'approche psychodynamique : le concept conflit-défense-symptôme, le concept de déficience de l'individuation et de structuration du moi, et le concept d'interaction des représentations de soi et de l'objet (Bachmann et coll., 2003). La compréhension de l'origine des troubles, la focalisation de l'évaluation diagnostique et la définition des objectifs thérapeutiques découlent de ces trois modèles.

Les circonstances et les événements de l'histoire individuelle (sexuelle au sens large du terme, c'est-à-dire concernant les investissements et désinvestissements psychiques, qu'ils soient narcissiques, de personnes ou concernant différentes fonctions corporelles notamment génitales), déterminent la valeur affective des représentations. L'organisation psychique qui en résulte présente des traits saillants, mais également déficitaires, qui conditionnent la

lecture du monde (la réalité psychique). Cette réalité individuelle se trouve particulièrement mobilisée quand les facteurs actuels (événement du jour, incident d'ordre sexuel, surmenage, confrontation interindividuelle) ou certaines situations vitales (deuil, séparation, exclusion) rappellent des événements traumatiques, évoquent des fantasmes ou se heurtent à des carences fonctionnelles. Des symptômes, voire des « décompensations » (rupture de l'efficacité de l'ensemble des stratégies psychiques et comportementales mises en place jusqu'à cet événement pour éviter la souffrance), s'expriment alors et révèlent la précarité de l'équilibre antérieur longtemps maintenu avec peine.

La psychanalyse appréhende ainsi les troubles psychiques comme la manifestation, plus ou moins durable et masquée, d'une difficulté du sujet dans son rapport à lui-même et au monde. Cette difficulté peut s'exprimer de multiples façons, du plus simple au plus dissimulé, sous une forme active ou au contraire déficitaire. Cette expression est susceptible, chez un même sujet, d'évoluer dans le temps. L'apparition d'un trouble peut également avoir plusieurs origines. Initialement, par exemple, l'angoisse a une valeur de signal indiquant au sujet une situation qu'il ne peut maîtriser en raison de la charge émotive qu'elle provoque. Ultérieurement, ce symptôme indiquera une situation qui n'est plus seulement réelle, mais qui constitue un rappel symbolique d'une situation de détresse (la séparation, par exemple, et la crainte d'abandon et de mort qui l'accompagne). Par ailleurs, des mécanismes de substitution et de défense peuvent progressivement se mettre en place et contribuer à l'organisation de la personnalité et des modes de relation à la réalité.

C'est dire la complexité de l'évaluation psychodynamique, notamment dans les cas dépistés tardivement, à un moment où une véritable organisation pathologique s'est constituée. Cette évaluation vise la compréhension d'une structure fonctionnelle saisie en tant que telle (Perron, 1998) et s'appuie sur une analyse précise des fonctionnements psychiques pour en situer les traits principaux (notamment dans leur expression relationnelle), leur possible origine, leurs interactions et la façon de les aborder. L'identification précoce de difficultés chez l'enfant et dans les périodes de crise chez l'adulte offre la possibilité d'un abord plus simple et direct. Une autre implication de ce caractère évolutif des organisations pathologiques est qu'il est exceptionnel (sauf à un stade encore très précoce ou dans une situation particulière comme le deuil) que les troubles soient isolés. Dans la majorité des cas, ils sont associés et l'on parle alors de comorbidités.

Cette compréhension de la dynamique psychopathologique organise la pratique. Non seulement la verbalisation peut permettre une réduction de la souffrance et des symptômes, par la prise de conscience, la distance et la possibilité d'action qu'apporte le passage du vécu et du représenté spontané à une approche réflexive structurée, mais elle constitue également la base d'un véritable réaménagement, voire d'une (re)construction de dimensions qui conditionnent l'être au monde (comme l'individuation).

La dimension associative et historique est particulièrement sollicitée dans le traitement des névroses. Elle est accompagnée d'une perspective développementale dans celui des troubles psychotiques et de la personnalité (narcissique ou borderline, notamment). Dans ces cas, la prise de conscience est nécessairement associée à une véritable reconstruction des modes de représentation de soi et de l'autre, et de leurs rapports. La relation thérapeutique est alors conçue pour constituer un cadre d'interaction où peut se dérouler une expérience non pathologique des principales tendances de la personne, ouvrant à l'intégration au moi de nouvelles représentations.

De façon très résumée, la théorie et la pratique ont toujours été indissociables dans l'approche psychanalytique. La théorie a été influencée par de multiples champs de la connaissance, mais la clinique est restée le cadre dans lequel elle pouvait se confronter et progresser. Il est à noter que les données actuelles issues des neurosciences ne contredisent pas ses bases, mais les confortent, ce qui ouvre la possibilité d'un dialogue entre cliniciens et

chercheurs dans lequel l'analyse des trajectoires et des processus aura une place majeure (Kandel, 2002).

Actuellement, en France, les psychanalystes se réfèrent à plusieurs de ces cadres théoriques (freudien, adlerien, jungien, kleinien, lacanien...). Pour une part, ces praticiens se regroupent en deux associations qui font partie de l'Association psychanalytique internationale : société psychanalytique de Paris et l'Association psychanalytique de France. Par ailleurs, les lacaniens se regroupent dans différentes associations dont une association internationale regroupant environ 1 000 personnes (PSN, 1-1 2003 signification ?). Cette diversité se retrouve au niveau de certaines modalités spécifiques de formation et de pratique dans un cadre général qui est commun. Ce rapide tour d'horizon peut être complété par la visite des sites Internet des différentes écoles¹.

Formation

La « psychothérapie psychanalytique » recouvre un champ de pratiques très étendu, allant de certaines pratiques que beaucoup d'auteurs identifient comme des variantes de la cure psychanalytique elle-même jusqu'à des formes empreintes de directivité. Cette diversité des « techniques », avec la flexibilité qu'elle implique, sont au cœur de la formation (Widlöcher, 2001).

Objectifs de la formation

Le terme de formation se réfère ici beaucoup plus à la transmission d'une pratique qu'à la communication d'un savoir. Il existe un certain nombre de capacités essentielles que le praticien, qu'il s'oriente vers la conduite de psychanalyses ou de psychothérapies psychanalytiques, doit acquérir :

- l'écoute associative, qui doit l'aider à s'adapter à la flexibilité technique, est l'objectif principal de cette formation ;
- la conception d'un cadre le plus propice au développement d'un travail psychodynamique pour lequel la définition de critères techniques doit se référer aux processus psychiques attendus ;
- l'indication (pratique du diagnostic et décision thérapeutique) qui se rapporte à la fois à l'évaluation de la structure psychique et à la capacité du thérapeute de concevoir ce qui pourra se jouer dans la relation transférentielle et son habileté à y répondre. Ces deux derniers points impliquent dans les faits un enseignement théorique et une sérieuse expérience clinique initialement supervisée.

Moyens de la formation

La formation des psychanalystes repose sur un trépied classique : analyse personnelle, supervisions de cas traités par le candidat, enseignement théorique au sein d'instituts de formation. Ces instituts sont plus ou moins liés aux sociétés de psychanalyse qui assurent l'animation de la vie scientifique.

L'Association psychanalytique internationale, créée en 1910, avait au départ pour objectif de définir une formation reconnue par tous ses membres. De nombreuses scissions et une vue

¹ Association psychanalytique internationale : www.ipa.org.uk ; Société psychanalytique de Paris : www.spp.asso.fr

plus décentralisée des règles de formation au sein de l'association ont introduit une certaine variabilité dans l'application de ces principes.

Analyse personnelle

Elle demeure une condition rigoureusement nécessaire, bien que sa finalité et sa pratique présentent de notables différences d'une institution à l'autre. Ces différences portent en particulier sur sa nature, thérapeutique ou strictement didactique ou destinée à favoriser l'expérience psychanalytique. Elle est étroitement liée à la pratique générale de la psychanalyse telle qu'elle est exercée dans le groupe qui assure la formation. Ces écarts entre les groupes ont pris avec le temps une telle ampleur que les différentes institutions ne se reconnaissent plus nécessairement dans une commune formation.

Supervisions

Elles ont pour but de familiariser le candidat à la pratique de la psychanalyse. L'objectif n'est ni un pur enseignement technique, ni une forme de psychothérapie, mais de permettre au candidat de transposer dans sa pratique d'analyste l'expérience qu'il a acquise comme analysant.

Enseignement théorique

Si, en France, la règle générale est de s'écarter de tout cadre académique – libre choix des enseignements, séminaires de recherche et d'étude de textes, absence de validation des connaissances –, l'enseignement est, dans d'autres pays, souvent inspiré étroitement des méthodes universitaires, voire intégré dans un enseignement universitaire.

Évaluation

L'évaluation avant le début de l'analyse personnelle n'est plus guère de mise, en particulier en France. Les évaluations avant la pratique des cures supervisées, au décours de chacune des cures et à la fin du cursus conduisent habituellement à l'admission du candidat au sein de la formation (de l'association ?). Toutefois, c'est dans ce domaine que les différences les plus notables s'observent d'un groupe à l'autre.

L'ensemble de la formation, en tenant compte de l'analyse personnelle, s'étale sur cinq à huit ans. Il assure une qualification à des personnes qui ont déjà une formation universitaire et clinique.

Définitions de la psychanalyse et des psychothérapies psychanalytiques

Les différentes définitions évoquées ci-dessous sont conçues dans une perspective pratique qui permet au lecteur de situer le cadre de la psychothérapie, les aspects théoriques particuliers à laquelle elle se réfère et les objectifs plus précisément visés. Durant la première période de la recherche évaluative, les particularités techniques et théoriques étaient rarement précisées. Cela a conduit à présenter les résultats de « la psychanalyse » dans des troubles aussi divers que les psychonévroses, les troubles sexuels, les troubles psychosomatiques et les psychoses (Fenichel, 1930), sans que l'on puisse avoir finalement une idée précise de ce que recouvrait la technique associée à ce terme. Dès lors, les différences observées dans les résultats reflétaient-elles les caractéristiques des troubles ou le fait que la technique était adaptée à certains d'entre eux et pas aux autres ? Les objectifs et la technique en jeu dans le traitement d'une hystérie ne sont pas les mêmes que pour un patient borderline ou schizophrène. Vouloir aborder la question de l'efficacité de la psychanalyse et

de ses variantes implique donc, au-delà de la référence au cadre théorique général, de définir ses principaux aspects dans des applications particulières.

La recherche sur les indications (indissociable de celle sur les résultats) pose concrètement le problème des conditions d'usage de concepts communs (Widlöcher, 1986) (par exemple, le cadre thérapeutique, l'interprétation ou le transfert) dans des situations cliniques particulières, ainsi que celui de l'attitude générale du psychothérapeute (par exemple, soutenant, actif ou neutre). Il s'agit donc d'un travail sur les modalités techniques mises en œuvre dans les différents troubles, pour une définition précise des interventions les mieux adaptées à un patient donné, et au cours des différentes phases de sa psychothérapie. Ainsi, des études concernant la définition et l'usage de l'interprétation ainsi que l'adhésion aux différents protocoles ont été réalisées. Par ailleurs, le débat sur la durée de la thérapie révèle toute la complexité du travail psychanalytique et la nécessité de mieux définir l'indication de psychothérapies longues ou brèves selon la probabilité d'obtenir un résultat favorable.

Définition de la psychanalyse

La psychanalyse peut être définie comme :

- une méthode d'investigation consistant dans la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires (rêves, fantasmes, délires) d'un sujet ;
- une méthode psychothérapique fondée sur cette investigation et spécifiée par l'interprétation contrôlée de la résistance, du transfert et du désir ;
- un ensemble de théories psychologiques et psychopathologiques où sont systématisées les données apportées par la méthode psychanalytique d'investigation et de traitement (Laplanche et Pontalis, 1973).

Suivant les normes formelles françaises, une psychanalyse nécessite un nombre de séances au moins égal à trois par semaine, d'une durée d'environ 45 minutes, le patient étant allongé. Une cure psychanalytique s'étale sur plusieurs années (Widlöcher et Abel Prot, 1996). Les caractéristiques utilisées par le groupe Cochrane sont sensiblement les mêmes : un ensemble de séances régulières avec un psychanalyste entraîné, d'une durée d'au moins 30 minutes, 3 à 5 fois par semaine. La psychanalyse doit avoir été planifiée pour durer au moins un an (MalMBERG et Fenton, 2002). Du point de vue de ses objectifs, la psychanalyse *stricto sensu* est orientée vers les fantasmes inconscients, alors que les psychothérapies psychanalytiques travaillent aussi sur la subjectivité, mais sont également tournées vers le monde. Le transfert n'a pas la même fonction s'il se situe par rapport à soi-même ou par rapport au monde.

Définition des psychothérapies d'inspiration psychanalytique

Les psychothérapies d'inspiration psychanalytique sont des variantes de la cure type qui se sont constituées à partir des besoins spécifiques de patients présentant des formes de pathologies graves ou circonscrites. Elles comprennent les psychothérapies à long terme (*long-term psychodynamic psychotherapy*), les psychothérapies brèves (*short-term psychodynamic psychotherapy*), ainsi que les psychothérapies psychanalytiques d'enfants. L'analyse des études montre que cette distinction par la durée est aussi associée à une distinction des populations traitées.

Ces psychothérapies se définissent selon un certain nombre de critères :

- la théorie sous-jacente de l'approche est psychodynamique ou psychanalytique ;

- l'objectif établi du traitement est l'acquisition d'une prise de conscience (*insight*) et/ou l'obtention d'un changement de personnalité ;
- les techniques spécifiques appliquées mettent l'accent sur le travail d'interprétation et d'analyse du transfert (Svartberg et Stiles, 1991). C'est ainsi que les conflits, les défenses, l'anxiété et les impulsions sont activement abordés, clarifiés et interprétés. La psychothérapie se concentre sur la confrontation du comportement défensif et de l'affect qui se manifeste dans un contexte interpersonnel, de telle façon que les souvenirs réprimés et les idées qui les accompagnent puissent être pleinement vécus dans un cadre de travail intégré affectif et cognitif.

Selon le groupe Cochrane, la psychothérapie psychodynamique se définit comme un ensemble de séances régulières de psychothérapie avec un psychothérapeute entraîné ou sous supervision. Les séances de psychothérapie sont définies suivant un modèle psychodynamique ou psychanalytique. Les séances peuvent s'appuyer sur un ensemble de stratégies, parmi lesquelles l'exploration avec prise de conscience, l'activité de soutien ou de direction, une flexibilité appliquée. Cependant, les psychothérapeutes peuvent utiliser une technique moins stricte que la psychanalyse. Pour être considéré comme une psychothérapie psychodynamique bien définie, le travail doit inclure celui du transfert.

Psychothérapies à long terme

Elles concernent des pathologies complexes, telles que par exemple les troubles graves de la personnalité, en particulier les patients borderline (Adler, 1989 ; Ogrodniczuk et Piper, 1999), les névroses chroniques et les troubles psychotiques. Dans le premier cas, la psychothérapie portera une attention particulière aux déficits qui ont marqué les phases initiales du développement (séparation, individuation, intégration des qualités et défauts de l'objet). Ces déficits se traduisent par des troubles de l'identité et de la relation, qui se répètent dans les situations courantes de la vie et dans la psychothérapie. Celle-ci a dès lors clairement une orientation développementale constructrice. La technique est « expressive », « analytique modifiée », « exploratoire ». Elle fait intervenir l'expression chez le patient et différentes modalités techniques du thérapeute : contenir, confronter, interpréter et soutenir quand c'est nécessaire. Un consensus existe sur l'importance de la stabilité du cadre thérapeutique qui conditionne la possibilité du traitement, ainsi que sur celle des manifestations intenses de transfert et de contre-transfert, que le thérapeute doit être capable de supporter et de manier. Le degré de « soutien » ou de « prise en main » que ces patients requièrent, ainsi que l'usage de la confrontation et de l'interprétation, sont très soigneusement discutés à partir de principes généraux (une psychothérapie psychodynamique ne se limite pas au soutien) ou théoriques (l'intervention sera centrée sur le clivage – Kernberg, 1984 –, la relation d'attachement – Horowitz et coll., 1993 –, le narcissisme – Lazarus, 1982 –) ou pratiques, selon le type de pathologie et le moment de la thérapie. Ainsi, pour Kernberg (1984), le soutien est réservé à des patients qui ont de sévères problèmes antisociaux, qui sont sérieusement désorganisés par les circonstances de l'existence, qui ont une pauvreté des relations interpersonnelles dans leur vie réelle ou une fragilité du moi évidente (cela correspond à un manque de capacités à tolérer l'anxiété ou à contrôler les impulsions). L'interprétation peut être contre-indiquée initialement (vécu persécutif, sorties du traitement) et efficace ultérieurement. Des limites doivent être posées par le psychothérapeute par rapport au passage à l'acte externe. Les actes internes à la thérapie doivent être soulignés et le processus de leur déclenchement soigneusement analysé.

Les névroses chroniques représentent une part importante des cas traités en psychothérapie analytique. Elles s'expriment souvent par des conduites d'échec, des manifestations anxieuses et dépressives et également par des névroses de caractère que l'on retrouve sous le titre de troubles de la personnalité obsessionnelle-compulsive ou histrionique dans le DSM.

Structurellement, les patients névrotiques ont un « moi » constitué et ont accédé à la relation d'objet, mais l'organisation des relations sociales et la gestion de la sexualité restent immatures, sources de conflits et de symptômes (difficultés d'identification et culpabilité sexuelle, fantasmes incestueux, angoisse de castration, ambivalence pulsionnelle dans les relations objectales...). Les objectifs principaux de leur traitement ont été formulés au cours du congrès international de Marienbad (Knight, 1941) : disparition des symptômes ; réelle amélioration du fonctionnement mental ; meilleure adaptation du patient dans sa vie affective et sociale, à partir de relations personnelles plus consistantes et loyales avec des personnes choisies, meilleure utilisation de ses compétences, des capacités de sublimation dans les loisirs et la défense de causes.

Les névroses traumatiques et les états de stress post-traumatiques sont des troubles complexes où l'événement actuel, l'histoire personnelle et familiale, les vulnérabilités particulières qu'ils ont produites ainsi que le champ pulsionnel contribuent non seulement à renforcer l'impact du stress, mais également à produire des conduites défensives très pathologiques. La dimension traumatique est une caractéristique très fréquente des patients traités en psychanalyse, comme en témoigne l'étude de Doidge et coll. (1994). Parmi les 580 patients traités par 117 psychanalystes, 23 % avaient souffert de séparation traumatique durant l'enfance, 23 % avaient été victimes d'agression sexuelle, 22 % d'agression physique et 21 % avaient vécu la mort d'un de leurs parents ou frères et sœurs. L'état de stress post-traumatique n'a pas été systématiquement recherché. En revanche, ils présentaient au début de leur traitement une moyenne de plus de 3 troubles de l'axe I au DSM-III-R, les troubles de l'humeur étant les plus fréquemment retrouvés, et pratiquement tous avaient un trouble de la personnalité. L'approche thérapeutique de ces cas complexes est multimodale. Elle concerne non seulement la dépression et l'anxiété, mais à un niveau plus profond une restauration des capacités de mentalisation et souvent d'établissement de liens avec les autres et le monde. Dans ce dernier cas, elle présente de nombreuses similitudes avec celle des troubles graves de la personnalité.

Les psychothérapies à long terme sont également utilisées dans les troubles psychotiques. Leur approche théorique s'appuie sur le principe général d'une perturbation primaire de la relation libidinale à la réalité et de l'établissement des liens objectaux. De nombreux courants de pensée ont contribué à préciser la théorie et les questions techniques concernant l'approche de psychoses (Kapsambelis, 1996). D'un point de vue pratique, les cliniciens s'accordent sur le fait qu'elles nécessitent une adaptation des méthodes psychothérapeutiques individuelles, suivant dix principes qui ont été résumés à partir de la littérature de la façon suivante (Thurin, 1994) : assurer un cadre thérapeutique stable et durable ; établir une relation de confiance avec le patient schizophrène et une communication conduisant à l'instauration d'un véritable dialogue ; être particulièrement attentif aux éléments cliniques verbaux et non verbaux, et à leurs variations ; prendre en compte et comprendre la réalité actuelle, où s'expriment de multiples difficultés avec le monde extérieur et les autres à l'origine d'une grande souffrance et de peurs extrêmes ; étayer, aider à la mise en contexte et à la distanciation des événements ; soutenir l'assise narcissique et l'intégration des mouvements affectifs ; relativiser la nature idéale (bonne ou mauvaise) des introjections et des relations ; utiliser la psychothérapie comme un espace d'acquisition en interface avec la réalité externe ; n'utiliser l'interprétation qu'avec prudence, et dans une perspective de clarification et de mise en relation, jamais comme des assertions définitives ; respecter la famille et lui proposer une aide si nécessaire. Czermak (2000) insiste également sur l'attention du psychothérapeute à la souffrance du patient et l'ouverture au dialogue qu'elle permet. L'approche est donc phénoménologique, compréhensive et structurante. Roux (2001) et Letarte (2001) soulignent les spécificités de la psychothérapie dans le cadre d'une équipe hospitalière et de soins institutionnels. Bachmann et coll. (2003) précisent que la fréquence des séances ne doit pas excéder une à trois séances par semaine,

avec une durée totale minimum de deux ans et que les thérapeutes ont besoin d'un haut niveau de tolérance à la frustration et d'indépendance vis-à-vis de satisfactions narcissiques.

Psychothérapies brèves

Les psychothérapies brèves sont peu utilisées en France. Il est nécessaire néanmoins de les définir brièvement car une grande partie des études d'évaluation des résultats des psychothérapies psychanalytiques se réfèrent précisément à leur pratique. Par ailleurs, le lecteur trouvera dans leur présentation la transposition clinique de différents aspects théoriques qui interviennent dans le déroulement d'une psychothérapie dynamique. Leurs indications (et contre-indications) très précisément définies et leurs objectifs volontairement limités correspondent presque à des cas d'école. On pourrait même se demander (Gillieron, 1996) si chaque thérapeute n'a pas créé sa propre méthode en fonction de son économie personnelle, en choisissant les patients correspondants. Elles varient des formes les plus directives et centrées sur l'événement (Bellak et Small, 1965 ; Horowitz et coll., 1984), jusqu'à celles qui sont plus typiquement interprétatives et centrées sur la personnalité (Davanloo, 1978 ; Sifneos, 1981). Ursano et Hales (1986) distinguent ainsi cinq catégories de psychothérapies psychodynamiques brèves, auxquelles il faut ajouter celles de Strupp et Binder (1984) et les psychothérapies interpersonnelles psychodynamiques, ainsi que l'investigation psychodynamique brève de Gillieron (1996).

Concernant la psychothérapie focale de David Malan, élève de Balint (Tavistock Group ; Malan, 1980), et dont l'indication est un conflit interne présent depuis l'enfance, le début du traitement est précédé d'une phase d'évaluation très importante. Celle-ci concerne notamment la congruence entre le conflit actuel et le « noyau » ou le conflit de l'enfance. L'identification des facteurs précipitants, des expériences traumatiques précoces ou de patterns répétitifs conduit à la définition du conflit interne qui doit être le point focal du traitement. Plus grande est la probabilité que l'aire de conflit se manifeste au cours du transfert, plus le résultat sera positif. Le « triangle du transfert » (le transfert, la relation actuelle et la relation passée) conduit à la restauration de la santé du patient. Les critères d'exclusion concernent différents troubles : tentative de suicide, toxicomanie, hospitalisation à long terme, plus d'une série d'électro-convulsivo-thérapie (ECT), alcoolisme chronique, symptômes obsessionnels sévères chroniques avec incapacité, symptômes phobiques sévères, importants passages à l'acte d'autodestruction ou de violence. Les patients sont également exclus de la psychothérapie focale si le thérapeute anticipe certaines aires de problèmes telles que : impossibilité de contact avec le patient ; nécessité de travail prolongé pour générer la motivation du patient ; nécessité de travail prolongé pour pénétrer des défenses rigides ; inévitable implication dans des questions complexes ou situées profondément ; dépendance sévère ou autre forme de transfert intense non favorable (tentative permanente de détruire le cadre thérapeutique, par exemple) ; intensification anticipée de troubles dépressifs ou psychotiques. Le nombre de séances recommandé est généralement de 30, et même de 20 pour les patients avec un résultat favorable. Dans quelques cas publiés, la thérapie a été étendue à un an.

La psychothérapie brève par provocation d'anxiété de Sifneos au *Massachusetts general hospital* de Boston (Sifneos, 1966), se concentre exclusivement sur le conflit œdipien. Durant la phase initiale du traitement, le thérapeute doit établir un bon rapport avec le patient afin de créer une bonne alliance thérapeutique. Le thérapeute utilise des confrontations provoquant l'anxiété pour clarifier les questions qui concernent le patient à propos de la situation de sa vie précoce et du conflit actuel. L'utilisation de confrontations dans une perspective d'attaque directe des défenses du patient distingue cette catégorie de psychothérapie des autres psychothérapies à court terme. Le patient doit avoir une intelligence au dessus de la moyenne et avoir eu au moins une relation significative avec une autre personne durant sa vie. Ce critère tend à exclure les patients présentant des troubles

narcissiques. De plus, le patient doit être très motivé pour changer – et non seulement pour obtenir une réduction des symptômes – et exprimer une plainte principale spécifique. Durant l'évaluation, il doit se montrer capable d'interagir avec le psychiatre qui l'évalue, d'exprimer ses sentiments et de montrer une certaine flexibilité. La « motivation » est définie comme la capacité du patient à reconnaître la nature psychologique de ses symptômes, une tendance à l'introspection et une honnêteté par rapport aux difficultés émotionnelles, ainsi qu'une volonté de participer à la situation de traitement. En plus, la motivation inclut la curiosité, une volonté de changer, une volonté de faire des sacrifices raisonnables et une attente réaliste des résultats de la psychothérapie. Les traitements par provocation d'anxiété comportent généralement de 12 à 16 séances, et ne vont jamais au delà de 20 séances. Les séances durent 45 minutes.

La psychothérapie en temps limité de Mann et Golman (1982) est généralement précédée de 2 à 4 séances d'évaluation avant de commencer véritablement. Ces séances sont consacrées à formuler au patient sa problématique centrale, et à spécifier le contrat thérapeutique et le but de la thérapie. Mann et Golman utilisent les techniques classiques de psychothérapie psychanalytique : analyse des défenses, interprétation du transfert et reconstruction génétique (développementale). Les critères d'exclusion sont la dépression grave, la psychose aiguë, une organisation de la personnalité borderline et l'incapacité d'identifier une question centrale. Ultérieurement, Mann et Golman ont ajouté à ces critères la force du « moi ». Les patients qui ont de la difficulté à s'engager et à se désengager rapidement du traitement sont exclus. Cela concerne les patients schizoïdes, certains patients obsessionnels, certains patients narcissiques et certains patients dépressifs qui ne sont pas capables de former une alliance thérapeutique rapide, ainsi que des patients avec des troubles psychosomatiques qui ne tolèrent pas facilement la perte. La psychothérapie est limitée à un total de 12 heures de traitement, distribuées selon les besoins du patient. Elle peut se dérouler sous la forme de séances hebdomadaires d'une demi-heure pendant 24 semaines ou de séances d'une heure deux fois par semaine pendant 6 semaines.

La psychothérapie dynamique à court terme et à large focus de Davanloo (1978) s'adresse aux patients avec un point central œdipien, de perte ou multiple. En particulier, elle s'adresse aux patients souffrant de névroses obsessionnelles et autres névroses. Ses données indiquent que 30 à 35 % de la population ambulatoire souffrant de troubles psychiatriques peut bénéficier de ce mode de traitement. Le premier entretien est consacré à la formulation d'une évaluation diagnostique clinique, dynamique et génétique, ainsi que des possibilités thérapeutiques. Le traitement comprend entre 5 et 40 séances, selon l'aire de conflit du patient (œdipienne *versus* focus multiple). En général, les traitements durent de 15 à 25 séances. Il n'est pas recommandé de situer une date de terminaison spécifique, mais plutôt de dire clairement au patient que le traitement sera court. Des périodes de temps plus courtes (5 à 15 séances) sont choisies pour des patients avec un conflit essentiellement œdipien, des durées plus longues (de 20 à 40 séances) pour des patients plus sérieusement atteints.

La psychothérapie adaptative brève est une thérapie plus cognitive qui se concentre sur l'identification du pattern le plus inadapté et son élucidation dans les relations passées et actuelles, et tout particulièrement dans la relation entre le patient et le thérapeute. L'objectif est de rendre le patient capable de développer une prise de conscience sur les origines et les déterminants de ce pattern, de façon à produire des relations interpersonnelles mieux adaptées.

La psychothérapie de Strupp et Binder (1984) porte sur les transactions interpersonnelles et se focalise sur une analyse linguistique du récit de leurs relations en distinguant quatre catégories d'actions : les actions propres, la réaction des autres attendue, la réaction des autres réelle, les actions propres retournées contre soi.

Les psychothérapies interpersonnelles issues de l'école interpersonnelle de psychiatrie qui s'est constituée avec Meyer et Stack Sullivan se concentrent sur les événements interpersonnels plutôt que sur les événements intrapsychiques ou cognitifs. De ce fait, elles occupent une place un peu particulière, avec une approche théorique qui peut être plutôt dynamique ou cognitive. Dans son approche psychodynamique, la psychothérapie interpersonnelle est étroitement reliée à la perspective des relations d'objet : la compréhension des objets internes s'appuie sur l'analyse des relations interpersonnelles actuelles du patient, incluant la relation avec le praticien. De plus, cette psychothérapie est particulièrement attentive au retrait et au détachement, aires qui sont rapportées à des défenses dans le modèle psychodynamique. Cependant, le travail est centré sur les déficits interpersonnels plutôt que sur le conflit intrapsychique.

Dans la technique de Gillieron (1996), l'investigation psychodynamique brève est centrée sur les premiers entretiens de psychothérapie. Elle a pour objectif de mettre en évidence, avec le patient, la nature du changement psychique recherché et les meilleurs moyens pour y parvenir. Ses premières conséquences sont de permettre au patient d'élaborer une demande de soins adaptée aux origines du conflit, de renforcer l'alliance thérapeutique et quelquefois de résoudre la crise qui a amené le patient à consulter (Lescourgues et coll., 2000).

Traitements psychodynamiques de l'enfant

Le développement de la psychanalyse a été très différent dans ses applications chez l'adulte et chez l'enfant.

La première analyse d'enfant a été celle du petit Hans entreprise par Freud en 1909 et les premiers développements de la psychanalyse des enfants sont dus aux travaux d'Anna Freud (1895-1982), de Mélanie Klein (1882-1960), de Spitz (1887-1974) et de Winnicott (1896-1971).

Avant la fin du 19^e siècle, les troubles mentaux de l'enfant sont toujours référencés à ceux de l'adulte ; il ne leur est pas reconnu de vraie spécificité. Ce n'est qu'après 1860 que des services sont réservés aux enfants et que des mesures pédagogiques sont mises place grâce aux initiatives de certains psychiatres.

En France, on peut dater le début de la psychiatrie infantile à 1925 avec la création de la clinique annexe de neuropsychiatrie (rue de Vaugirard à Paris). Georges Heuyer, qui en a la charge, devient le rassembleur de tous ceux qui, venus de disciplines diverses, ont en commun le souci de l'enfance inadaptée. Il est le premier à introduire la psychanalyse dans un service de pédopsychiatrie à partir de 1926 tout en prenant en compte l'aspect psychosocial des troubles de l'enfant. Édouard Richet (1890-1940) a également joué un rôle essentiel en introduisant la psychanalyse dans le domaine de la psychiatrie infantile, se refusant à séparer la psychanalyse de la médecine, de la psychologie et de la psychiatrie. Ainsi, une discipline nouvelle prend forme dans son manuel d'étude, « Le développement psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent » qu'il nomme « Psychopédeutique » à laquelle collaborent médecins, pédagogues et psychologues. Il s'y réfère à la psychanalyse avec laquelle il prend néanmoins quelques distances. Georges Heuyer organise en 1937 la première conférence internationale de psychiatrie de l'enfant à Paris dans le cadre de la Conférence internationale de l'hygiène mentale.

En 1946 est créé le premier centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) au sein du lycée Claude Bernard. Il est construit sur le modèle des centres de guidance infantile se développant depuis les années 1920 aux États-Unis. Ce CMPP s'appuie sur les préceptes d'Anna Freud sur l'éducation psychanalytique avec un fonctionnement associant médecins, psychologues et membres de l'Éducation nationale. Le second est créé en 1949 par Henri Sauguet : c'est l'Institut Claparède (prototype des CMPP actuels) fonctionnant avec une

équipe multidisciplinaire (psychiatres, psychologues, assistantes sociales, rééducateurs). Ces centres pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux. Leur existence sera officiellement reconnue en 1956.

Les écoles psychanalytiques ont largement discuté la possibilité de réaliser des psychanalyses infantiles. Anna Freud estime que l'analyse des enfants doit être utilisée uniquement dans les cas où les chances de guérison spontanée sont faibles. Pour Mélanie Klein, les indications de la psychanalyse chez l'enfant sont moins précises et s'opposent aux conceptions d'Anna Freud. Elle signale qu'on ne doit pas hésiter à pratiquer des cures psychanalytiques « précoces » (avant l'âge de 3 ans). Mélanie Klein considère les jeux de l'enfant comme la traduction extérieure de ses fantasmes. Dans la situation psychanalytique, ils permettent une interprétation de son agressivité primordiale et de la culpabilité qu'elle déclenche.

La distinction entre la psychanalyse authentique et les nombreuses psychothérapies qui s'en inspirent est difficile à établir lorsqu'on traite l'enfant. Par ailleurs, on ne peut séparer pour l'enfant les techniques psychothérapeutiques des conceptions psychanalytiques. Beaucoup de psychanalystes mettent en œuvre des psychothérapies courtes dont les principes et la technique s'éloignent des cures qui méritent le nom de psychanalyse. Cependant, dans leurs travaux les auteurs ne distinguent pas nécessairement la psychanalyse proprement dite et les psychothérapies psychanalytiques.

Procédures techniques : méthodes de la psychanalyse infantile

Les conditions de prise de contact avec l'enfant sont souvent délicates car ce dernier peut se voir imposer par ses parents un traitement dont il ignore le but alors qu'il ne souffre pas de son propre comportement. Auprès de l'enfant, le psychanalyste doit rechercher les moyens de créer le transfert. La méthode fondamentale que représente la règle des associations libres chez l'adulte ne peut s'appliquer à l'enfant. C'est ainsi que la valeur symbolique du jeu de l'enfant a été prise en considération. De même, les diverses phases du jeu peuvent être rapprochées des différentes idées exprimées par l'adulte au cours des associations libres.

Ainsi le jeu devient l'instrument de prédilection en psychothérapie, incluant les dessins, les jouets représentant êtres humains, animaux, voitures, maisons... Le jeu est également un moyen pour l'enfant de se défendre contre les affects qu'il éprouve dans la situation thérapeutique. Un des phénomènes les plus fréquents observé en psychanalyse d'enfant est ce qu'on appelle « l'identification narcissique ». La compréhension du transfert et son expression même sont le fruit de l'élaboration thérapeutique. On peut distinguer trois niveaux d'intervention :

- le thérapeute, par sa présence même, contribue à la structuration des éléments du transfert ;
- par ses remarques et interventions, il fait ressortir auprès de l'enfant les caractéristiques de la situation de transfert ;
- enfin, il peut interpréter le transfert, c'est-à-dire remonter de la situation actuelle, vécue avec lui, à la situation passée, revécue en fonction des phénomènes répétitifs. Ces interprétations de transfert n'ont qu'une valeur élaborative.

Une étude approfondie de la situation de départ est nécessaire et il convient d'apprécier dans quelle mesure agressivité et angoisse, déterminant des régressions, sous-tendent les symptômes pour lesquels l'enfant est amené à consulter.

Quel que soit l'âge de l'enfant et même dans les analyses les plus précoces (depuis l'âge de 2 ans et demi), l'enfant vit ses relations avec ses parents en donnant à chacun d'eux un rôle. La première séance a souvent un rôle capital. Il convient de montrer à l'enfant qu'il s'agit là

d'un traitement et de lui en faire sentir la nécessité, non pas en fonction de ses symptômes mais en fonction des difficultés qu'il a dans ses relations avec son entourage. Ce premier entretien permet, la plupart du temps, de décider du type de matériel à employer. Pendant tout le déroulement du traitement, l'attitude de l'analyste est la neutralité.

L'analyste peut intervenir de plusieurs façons :

- il sollicite des associations, soit sur le plan du jeu, soit sur le plan du langage ;
- par des interventions verbales discrètes, il peut souligner auprès de l'enfant tel aspect du matériel et lui en révéler ainsi les points importants ;
- il peut rapprocher certains points d'une même séance ou de séances différentes, ou encore un détail particulier d'une séance d'un événement vécu par l'enfant.

L'interprétation vraie consiste en une élucidation d'une position conflictuelle qui a été revécue dans le transfert en l'explicitant en fonction du passé vécu du sujet. D'autres analystes d'enfants ne donnent pas seulement des interprétations du transfert, mais expliquent des situations extra-transférentielles par des événements passés du caractère conflictuel et de tendance répétitive.

Les séances doivent être en principe fréquentes. Dans les pays anglo-saxons ou d'Amérique latine, il est habituel de prendre un enfant 5 à 6 fois par semaine. En France, beaucoup considèrent que 3 ou 4 séances hebdomadaires seraient indispensables, mais il est souvent impossible de conserver longtemps un tel rythme. Il est courant de voir des analyses d'enfants menées à bien à raison de 2 séances par semaine.

La terminaison de l'analyse détermine des phénomènes groupés sous le nom de « sevrage ». Cette période de sevrage est un véritable raccourci de l'analyse et doit permettre de montrer à l'enfant toutes les projections fantasmatiques et illusives qu'il avait faites sur la personne de son analyste (Lebovici et coll., 1967).

Les psychanalystes peuvent utiliser des méthodes psychothérapeutiques plus simples mais qui sont toutes inspirées par la psychanalyse. On peut distinguer parmi les techniques psychothérapeutiques dérivées de la psychanalyse, tout en rappelant qu'elles sont toutes incluses dans la cure classique, les méthodes suivantes :

- la psychothérapie d'expression, qui fait essentiellement appel au jeu de l'enfant. Le jeu mené en présence d'un adulte a une fonction « régressive » qu'il ne faut pas négliger ;
- la psychothérapie relationnelle, qui joue un rôle essentiel avec tous les enfants ;
- les interprétations psychanalytiques, qui se placent dans le cadre des différentes interventions psychothérapeutiques qui ont toujours en vue la verbalisation des affects.

BIBLIOGRAPHIE

ADLER G. Psychodynamic therapies in borderline personality disorder. *In* : American Psychiatric Press Review of Psychiatry. TASMAR RE, HALES MD FRANCES AJ eds, American Psychiatric Press, 1989

ALEXANDER F. Psychosomatic medicine. Norton, New York 1950. Traduction HORINSONN S, STERN E. La médecine psychosomatique. Payot, Paris 1962

BACHMANN S, RESK F, MUNDT C. Psychological treatments for psychosis : history and overview. *J Am Acad Psychoanal Dynam Psychother* 2003, **31** : 155-176

BELLAK L, SMALL L. Emergency psychotherapy and brief psychotherapy. Grune & Stratton, New York 1965

BION WR. Learning from experience. Heinemann, London 1962

BONAPARTE M, FREUD A, KRIS E. Introduction. *In* : La naissance de la psychanalyse. FREUD S. Paris, PUF, 1986 (1956) : 1-43 Préciser qu'il s'agit de la publication de lettres de S. Freud ? S'agit-il de l'édition de 1956 aux PUF, ou de l'édition de J. Moussaief Masson (année : 1985 ou 1986 ?) ?

BOWLBY J. Attachment and loss. Tavistock Institute of Human Relations, 1969. Attachement et perte I. PUF, Paris 1978 : 540 p

CZERMAK M. L'approche psychanalytique et psychodynamique présente un intérêt. *In* : Les troubles schizophréniques. DE CLERCQ M, PEUSKENS J eds, De Boeck & Larcier, Paris, Bruxelles 2000 : 249-255

DAVANLOO H. Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy. Spectrum Publications, New-York 1978

DOIDGE N, SIMON B, GILLIES LA, RUSKIN R. Characteristics of psychoanalytic patients under a nationalized health plan : DSM-III-R diagnoses, previous treatment, and childhood trauma. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 586-590

FENICHEL O. Ten years of the Berlin Psychoanalytic Institute, 1920-30. Report of therapeutic results, 1930 : 28-40

FREUD S. Les névropsychoses de défense (Die Abwehr-Neuropsychosen, 1894). *In* : Œuvres complètes. Vol. III. PUF, Paris 1989 : 1-18

FREUD S. Esquisse d'une psychologie scientifique (1895). *In* : La naissance de la psychanalyse. PUF, Paris 1986 (1956) : 313-396

FREUD S. Nouvelles remarques sur les névropsychoses de défense (Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen, 1896). *In* : Œuvres complètes. Vol. III. PUF, Paris 1989 : 121-146

FREUD S. L'interprétation des rêves (Die Traumdeutung, 1900). PUF, Paris 1967 (1926)

FREUD S. Psychopathologie de la vie quotidienne (1901). Payot, Paris 1969 : 297 p

FREUD S. Fragments d'une analyse d'hystérie (1905a). *In* : Cinq psychanalyses. Denoël & Steele, Paris 1935 : 7-109

FREUD S. Trois essais sur la théorie de la sexualité (Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, 1905b). Gallimard, coll. « Idées », Paris 1962

FREUD S. Pulsions et destin des pulsions (Triebe und Tribschicksale, 1915a). *In* : Œuvres complètes. Vol. XIII. PUF, Paris 1988 : 161-185

FREUD S. L'inconscient (Das Unbewusste, 1915b). *In* : Œuvres complètes. Vol. XIII. PUF, Paris 1988 : 203-242.

FREUD S., Au-delà du principe de plaisir (Jenseits des Lustprinzips, 1920). *In* : Essais de psychanalyse. Payot, Paris 1951 : 5-75

FREUD S, BREUER J. Études sur l'hystérie (Studien über Hysterie, 1895). PUF, Paris 1981

GILLIERON E. Psychothérapie psychanalytique brève : notre méthode. *In* : Psychanalyse et psychothérapies. WIDLÖCHER D, BRACONNIER H eds, Flammarion Médecine/Sciences, Paris, 1996 : 18-29

HOROWITZ MJ, MARMAR C, WEISS DS, DEWITT KN, ROSENBAUM R. Brief psychotherapy of bereavement reactions. The relationship of process to outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1984, **41** : 438-448

HOROWITZ LM., ROSENBERG SE, BARTHOLOMEW K. Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 549-560

KANDEL ER. La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée. (Biology and the future of psychoanalysis : a new intellectual framework for psychiatry revisited) *Evol Psychiatr* 2002, **67** : 40-82

KAPSAMBELIS V. Psychothérapie psychanalytique des psychoses. *In* : Psychanalyse et psychothérapies. Flammarion Médecine/Sciences, Paris 1996 : 200-222

KERNBERG O. Severe personality disorders. Yale University Press, New Haven 1984

KLEIN M. La psychanalyse des enfants (Die Psychoanalyse des Kindes, 1932). PUF, Paris 1959 : 318 p

KNIGHT R. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiatry* 1941, **98** : 434-446

- KOHUT H. Selected problems of self psychological theory. *In* : Reflections on self psychology. LICHTENBERG J, KAPLAN S eds, Analytic Press, Hillsdale NJ 1978
- LACAN J. Le stade du miroir. 1949. *In* : Ecrits. Le Seuil, Paris 1966 : 93-100
- LAPLANCHE J, PONTALIS JB. Vocabulaire de la psychanalyse. PUF, Paris 1973 : 526 p
- LAZARUS LW. Brief psychotherapy of narcissistic disturbances. *Psychother Theory Res Prac* 1982, **19** : 228-236
- LEBOVICI S, DIATKINE R, FAVEREAU JA, LUQUET P, LUQUET-PART J. La psychanalyse des enfants. *In* : La psychanalyse d'aujourd'hui. NACHT S ed, PUF, Paris 1967 : 170-235
- LEBOVICI S, MAZET PH. À propos de l'évaluation fantasmatique. *In* : L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. LEBOVICI S, MAZET PH, VISIER JP eds, Eshel, 1989 : 472 p
- LESCOURGUES L, BIRMES PH, STERCK G, GILLIERON E, SCHMITT L. Interventions psychodynamiques brèves et dépression en milieu hospitalier. *Ann Med Psychol* 2000, **158** : 648-655
- LETARTE P. Une psychothérapie psychanalytique dans le cadre d'une équipe hospitalière. *In* : Les psychothérapies psychanalytiques en institution : approche psychologique et clinique. BOUCHERAT-HUE V, WIDLOCHER D, COURNUOT J eds, Dunod, Paris 2001 : 140-152
- MALAN D, Individual psychotherapy and the science of psychodynamics. Butterworth, London 1980
- MALMBERG L, FENTON M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane review). *In* : The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford : Update Software
- MANN J, GOLMAN R. A case book in time limited psychotherapy. Harvard University Press, Cambridge Mass 1982
- OGRODNICZUK JS, PIPER WE. Use of transference interpretations in dynamically oriented individual psychotherapy for patients with personality disorders. *J Personal Disord* 1999, **13** : 297-311
- PERRON R. Titre ? *Bulletin de la Société psychanalytique de Paris* 1998, **50** : 39-51
- ROUX ML. Dans quelles mesures les psychoses sont-elles accessibles à la psychothérapie psychanalytique hospitalière ? *In* : Les psychothérapies psychanalytiques en institution : approche psychologique et clinique. BOUCHERAT-HUE V, WIDLOCHER D, COURNUOT J eds, Dunod, Paris 2001 : 187-206
- SIFNEOS PE. Psychoanalytically oriented short-term dynamic or anxiety-provoking psychotherapy for mild obsessional neuroses. *Psychiatr Q* 1966, **40** : 271-282
- SIFNEOS P. Short-term anxiety provoking psychotherapy : its history, technique, outcome and instruction. *In* : Forms of brief psychotherapy. BUDMAN S ed, Guilford Press, New York 1981
- SPITZ A. The first year of life. International Universities Press, New York 1965. De la naissance à la parole. PUF, Paris 1973 : 316 p
- STERN D. Le monde interpersonnel du nourrisson (The interpersonal world of the infant. 1985). PUF, Paris 1989 : 381 p
- STRUPP HH, BINDER JL. Psychotherapy in a new key : a guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic Books, New York 1984
- SVARTBERG M, STILES TC. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy : a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1991, **59** : 704-714
- THURIN JM. Adaptation des méthodes psychothérapeutiques individuelles au traitement au long cours des psychoses schizophréniques. *In* : Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques. Conférence de consensus. Frison Roche, Paris 1994 : 253-275
- THURIN JM. Une vie sans soi - clinique et interprétation des maladies psychosomatiques. Frison Roche, Paris 1997 : 240 p
- URSANO RJ, HALES RE. A review of brief individual psychotherapies. *Am J Psychiatry* 1986, **143** : 1507-1517
- WALLON H. Les origines du caractère chez l'enfant. PUF, Paris 1983 (1949) : 302 p
- WIDLÖCHER D. Métapsychologie du sens. PUF, Paris 1986 : 172 p

WIDLÖCHER D. La formation des psychothérapeutes et ses horizons. *In* : Les psychothérapies psychanalytiques en institution. BOUCHERAT-HUE V, WIDLÖCHER D, COURNUT J eds, Dunod, Paris 2001 : 95-107

WIDLÖCHER D, ABEL PROT V. Psychanalyse et psychothérapies. *In* : Psychanalyse et psychothérapies. Flammarion Médecine/Sciences, Paris 1996 : 11-17

WINNICOTT D. La petite « Piggie », traitement psychanalytique d'une petite fille. 1977. Payot, Paris 1980

5

Aspects méthodologiques spécifiques

L'évaluation des psychothérapies psychodynamiques, commencée à la fin des années 1910 (Coriat, 1917), s'est systématisée dès 1930 ; les 592 analyses menées de 1920 à 1930 à l'Institut psychanalytique (Fenichel, 1930) en sont l'illustration. Le travail des équipes américaines, puis européennes a conduit à la réalisation d'études empiriques scientifiques concernant l'approche psychanalytique.

L'analyse réalisée dans le cadre de cette expertise porte sur les données objectives recueillies en situation clinique. Cette recherche « empirique » ou « naturaliste » s'applique en tout premier lieu à la dimension du soin où elle concerne en particulier les critères d'indication, les effets thérapeutiques et les modes d'action. Elle peut inclure dans ses paramètres certaines variables individuelles, interindividuelles et techniques.

Il existe d'autres conceptions de la recherche en psychanalyse (Leuzinger-Bohleber, 2002 ; Widlöcher, 2003) non exclusives les unes des autres et qui ont bénéficié d'investissements divers de la part des cliniciens : la recherche qui concerne les processus mentaux, leurs enchaînements dans le processus de la cure, tournée vers le progrès de cette dernière, elle s'adresse également à un tiers, réel ou symbolique, personne ou institution, à qui il est possible de rendre compte de cette expérience ; la recherche sur les évolutions techniques et conceptuelles au sein de la psychanalyse (origines et effets des différences), il s'agit d'une recherche planifiée avec des objectifs limités, précis et bien définis à l'avance.

La réalité psychique et le transfert étant au premier plan pour le psychanalyste, il est difficile pour lui de se situer dans une position d'observateur externe ou admettre la présence d'un observateur (fut-ce un enregistrement). La pratique psychanalytique reposant sur un ensemble de modèles, de techniques et de grilles de lecture, le psychanalyste peut avoir le sentiment qu'il est impossible de mesurer les évolutions qu'elle vise. Cette pratique individuelle et adaptée à chaque patient, comment concevoir qu'elle puisse porter sur des groupes semblables ? La recherche « scientifique » implique de pouvoir réexaminer les conclusions d'une étude (par exemple, l'usage et l'effet de l'interprétation chez certaines catégories de patients) et donc de disposer d'instruments validés dans des dimensions très qualitatives. La présentation des résultats des psychothérapies psychanalytiques est donc particulièrement difficile surtout si l'on veut s'inscrire dans une démarche comparative avec d'autres approches psychothérapeutiques dont les objectifs ne sont pas identiques.

La psychanalyse vise des changements profonds de la personne qui s'expriment à différents niveaux. La guérison des symptômes n'en constitue qu'un des aspects. Sa finalité générale (Glover et coll., 1937) rejoint la définition de la santé mentale de l'OMS (OMS, 2001) : « La santé mentale ne consiste pas seulement en une absence de troubles mentaux. Il s'agit d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. » Les critères de jugement sur lesquels porte l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies psychodynamiques vont donc naturellement inclure d'autres dimensions que celles de l'existence ou de la disparition de traits pathologiques. Elles concernent le fonctionnement psychique de la personne et ses acquisitions (par exemple, l'identification, la capacité d'*insight* et de distanciation, l'organisation de sa personnalité, son autonomie psychique,

l'utilisation de ses capacités, la qualité de ses relations interpersonnelles, la possibilité et la nature de ses investissements). Les classifications actuelles (CIM et DSM) se prêtent difficilement à la description des comorbidités qui caractérisent les patients en psychothérapie dynamique et encore moins bien à leur description développementale et fonctionnelle. Ces classifications privilégient une approche statique où les évolutions et les transformations des pathologies peuvent ne pas apparaître.

Trois types de difficultés à évaluer les résultats de psychothérapies psychodynamiques peuvent être soulignés : des difficultés liées aux modalités propres de la pratique qui privilégient la singularité, l'attention sur le monde interne du patient et ses expressions dans la cure ; des difficultés pour la mise en place d'une méthodologie qualitativement bonne qui permette d'appréhender des changements différenciés à plusieurs niveaux et les facteurs qui les influencent, notamment dans les psychothérapies longues ; des difficultés d'interface avec d'autres types de recherche dont les protocoles sont établis à partir de modèles différents (administration d'un traitement strictement déterminé sur un sujet globalement passif et évaluation du résultat sur un symptôme cible ou une pathologie bien délimitée) et valorisant les études de populations.

Ces difficultés pourraient conduire à se poser les questions suivantes : 1) l'évaluation des résultats de la psychanalyse et de ses variantes (les psychothérapies psychodynamiques) est-elle vraiment utile et nécessaire ? 2) Est-elle possible : c'est-à-dire, les principales difficultés méthodologiques évoquées ci-dessus peuvent-elles être résolues ? 3) Existe-t-il une possibilité de comparaison avec d'autres stratégies psychothérapeutiques ?

Utilité et nécessité de l'évaluation des psychothérapies psychodynamiques ?

Dès les années 1940, Knight (1941) précise que si la psychanalyse veut atteindre pleinement sa place de thérapie de valeur parmi les thérapeutiques médicales, ses chefs de file doivent reconnaître la nécessité d'explicitier la technique utilisée et les résultats obtenus. Dans les années 1990, plusieurs auteurs (Bachrach et coll., 1991 ; Barber et Lane, 1995) rappellent le développement de nombreux traitements psychothérapeutiques (basés sur des modèles comportementaux, biologiques, cognitifs, psychodynamiques, systémiques et sociaux) dans les dernières décades et donc la nécessité de positionner l'indication de la méthode psychanalytique dans un contexte où la psychothérapie est considérée comme un traitement médical. Cela implique que les symptômes soient le premier indicateur différentiel du traitement. Mais le débat subsiste et pour d'autres auteurs, la psychothérapie n'est pas une simple application de technique pratiquée de façon prescrite pour arriver à une fin particulière. En outre, les résultats se situent souvent ailleurs que là où ils sont attendus. Enfin, plus récemment, des auteurs (Fonagy, 1999 ; Sandell et coll., 2001 ; Leuzinger-Bohleber, 2002 ; Botella, 2003) ont souligné l'intérêt de la recherche empirique ou clinique de démonstration (différente de la recherche fondamentale d'investigation du psychisme par la psychanalyse), susceptible : d'étudier l'efficacité thérapeutique de la psychanalyse et de montrer sa pertinence scientifique ; de vérifier la validité d'une hypothèse, d'un concept ou d'une notion controversée parmi les analystes ; de construire des interfaces de dialogue avec des disciplines proches (psychiatrie, psychologie, sciences cognitives, linguistique, sociologie et neurosciences).

L'évaluation des psychothérapies psychodynamiques est-elle possible et sur quelles bases ?

La question de savoir si une évaluation des résultats des psychothérapies psychanalytiques est possible a été abordée depuis que ces psychothérapies existent (Freud, 1916 ; Knight, 1941 ; Edelson, 1984 ; Shulman, 1990 ; Bachrach et coll., 1991 ; Krawitz, 1997 ; Waldron, 1997 ; Vaughan et coll., 2000). La difficulté méthodologique de cette évaluation est évidente. Les principaux éléments de cette difficulté soulignés par les « pionniers » sont récapitulés dans le tableau 5.I.

Tableau 5.I: Réflexions méthodologiques des « pionniers » concernant l'évaluation des psychothérapies psychodynamiques

Freud, 1916	Difficulté de l'évaluation statistique à cause de la disparité des cas, de l'intervalle trop réduit entre l'évaluation et la fin de la thérapie pour affirmer qu'il s'agit de guérisons durables, de l'identification potentielle des cas publiés, de l'irrationalité qui accompagne ce qui concerne la thérapeutique.
Coriat, 1917	Il est essentiel de considérer le type de cas qui correspond le mieux à la psychanalyse, de définir des critères permettant de définir la « guérison » dans ces différents types de cas, la durée du traitement et comment les résultats sont analysés.
Jones, 1936	Sur quels critères mener l'évaluation ?
Alexander, 1937	Il existe de nombreuses difficultés pour l'évaluation : <ul style="list-style-type: none"> - la durée longue des traitements psychanalytiques - la difficulté d'enregistrer des centaines de données et des centaines d'heures passées avec des patients variés - le caractère moins tangible des symptômes en psychopathologie, leur importance secondaire par rapport à des désordres encore moins tangibles de la personnalité - la disparition de symptômes manifestes et bien définis ne peut être utilisée comme un signe de résultat que dans un nombre limité de cas - les critères pour juger les résultats thérapeutiques sont nécessairement vagues et abstraits et requièrent un jugement subtil et expert - les critères standard d'un tel jugement manquent - les cas traités par la psychanalyse sont très complexes et diversifiés, et incluent souvent un grand nombre d'entités diagnostiques - les cas dans une catégorie diagnostique peuvent présenter différents niveaux de sévérité
Knight, 1941	La psychanalyse peut-être (et est) utilisée par des analystes avec différents degrés d'expérience et de compétence. Elle reste une procédure thérapeutique relativement non standardisée. Tout rapport des résultats thérapeutiques est ainsi issu de différents individus psychanalystes ayant des degrés d'expérience et d'habileté technique différents avec des cas de sévérité différente. Concernant la nosologie, comment situer les cas « mixtes » ?

La qualité méthodologique des travaux réalisés, loin d'être homogène, n'a cessé de s'améliorer, tout particulièrement depuis une vingtaine d'années. Barber et Lane (1995) distinguent quatre grandes étapes dans cette progression : des études peu élaborées issues de cas uniques ; des revues quantitatives générales à partir des résultats d'études de cas ; des études de recherche d'efficacité par rapport à l'absence de thérapie, dans un contexte de remise en question globale de l'efficacité de la psychanalyse ; des études de recherche sur l'efficacité beaucoup plus sophistiquées.

En résumé, les études réalisées ont apporté une réponse positive à la possibilité de mesurer les effets d'un traitement psychothérapeutique d'orientation psychanalytique, non seulement de façon générale, mais en précisant certains aspects spécifiques. Ce processus est cependant loin d'être achevé et quatre points méritent d'être particulièrement discutés : les dimensions évaluées et les relations entre classifications ; les variables impliquées dans les résultats (spécifiques et non spécifiques) ; la possibilité de réaliser des études d'efficacité dans le cadre des psychothérapies longues ; les critères actuels d'une recherche qualitativement bonne.

Dimensions évaluées et relations entre classifications

Pour le psychodynamicien, les troubles constituent le degré extrême de l'expression d'un dysfonctionnement global du psychisme. Ce dysfonctionnement relève de différentes causes qui interagissent. Schématiquement, elles sont de trois ordres : développemental, traumatique et conflictuel (intrapsychique). Ainsi, interviennent à des degrés divers dans le déclenchement d'un trouble les événements psychologiques de la première enfance (et même quelquefois antérieurs) dans leur cadre d'interaction sociale, leur réactivation par une situation actuelle (perçue suivant une réalité psychique dont les traits dominants sont propres à chaque individu), et les conflits intrapsychiques issus de relations avec le monde externe et avec les pulsions internes (en particulier sexuelles). Cette perspective acquiert toute sa valeur que si l'on prend également en compte les conséquences en cascade liées à chacune des causes.

Ainsi, les conditions particulières qui perturbent et marquent le développement de la personne peuvent s'exprimer très précocement par une altération de la représentation et de la différenciation de soi, et de la possibilité d'établir des relations d'objet de qualité. Dans les cas les plus graves, ce défaut nuit à l'insertion sociale et produit de nouveaux désordres psychologiques, malgré la mise en place de mécanismes de défense et de tentatives d'adaptation plus ou moins pathologiques, comme le retrait et l'évitement des relations affectives chez les patients borderline (Paris et coll., 1987 ; Stone et coll., 1987 réf manquantes).

Dans les cas habituels, la difficulté de la personne à résoudre les tâches présentées par le monde interne et par le monde externe peut s'exprimer dans une « névrose de caractère » qui peut se définir comme une constellation typique de traits qui caractérisent une personne particulière. Ces traits peuvent être exacerbés dans certaines situations difficiles jusqu'à constituer une organisation pathologique de l'ensemble de la personnalité. Quand ils ne permettent plus à la personne de prendre en main les exigences auxquelles elle est soumise, des symptômes peuvent apparaître (Wilczek, 1998 réf manquante : est-ce W et coll 1997 ?). Dans la psychothérapie dynamique, on considère l'amélioration comme le résultat de la résolution d'un conflit psychique et/ou d'un déficit développemental. Dans ce cas, il s'agit d'un véritable changement de la structure psychique.

Place et limites de l'évaluation symptomatique dans les études d'efficacité

Les symptômes d'appel et le syndrome clinique qui les réunit ne constituent qu'un des aspects (« la partie visible de l'iceberg ») du « diagnostic » qu'établit le psychothérapeute psychodynamicien quand il rencontre un patient pour envisager avec lui une psychothérapie. Son évaluation concerne également la structuration du moi, les mécanismes de défense, la conscience de la réalité psychique, la relation à l'affect, l'estime de soi, la qualité des relations interpersonnelles...

Pour ces différentes raisons, il n'est pas évident que ce soit l'amélioration symptomatique qui soit la mesure la plus pertinente à prendre en compte lorsque l'on veut évaluer les résultats d'une psychothérapie psychodynamique.

C'est cependant un aspect qui ne peut être négligé : d'une part, la psychothérapie psychanalytique est incluse dans le champ des traitements médicaux (qui se réfèrent à la notion de symptômes et de maladie) ; d'autre part, l'attente des patients est aussi d'obtenir un soulagement de leur souffrance et de leurs symptômes, sans qu'ils ignorent pour autant que ces aspects ne constituent qu'une partie de leurs problèmes. Par ailleurs, il faut bien reconnaître que la mesure des symptômes est beaucoup plus simple que celle des fonctionnements mentaux humains et de leur organisation temporaire.

Ce caractère nécessaire des mesures symptomatiques et nosographiques ne doit pas faire méconnaître pour autant leurs limites. Elles ont souvent été critiquées comme étant trop globales, mais également trop centrées sur une symptomatologie particulière. Cette approche élimine de fait l'aspect constructif et maturatif de la psychothérapie (Goin et coll., 1995) et limite l'information sur la composition complexe des changements qui peuvent s'y produire (Hoglund et coll., 2000). Rappelons les cinq buts de la thérapie psychanalytique tels qu'ils ont été résumés par Knight (1941) à partir des conclusions du congrès international de Marienbad (1936) :

- guérison symptomatique, c'est-à-dire liberté relative avec ou diminution significative des peurs, détresses, inhibitions et dysfonctionnements handicapants ;

mais également,

- production accrue, avec une capacité améliorée d'utiliser ses énergies agressives dans le travail ;
- amélioration de l'entente et du plaisir dans sa vie sexuelle ;
- amélioration des relations interpersonnelles, moins ambivalentes, plus consistantes et loyales ;
- acquisition d'une conscience suffisante pour prendre en main les conflits psychologiques ordinaires et les stress raisonnables de la réalité.

Concordance entre les différentes approches diagnostiques

La concordance entre traits psychopathologiques, fonctionnement psychodynamique et symptômes psychiatriques est une question complexe. D'abord, elle est susceptible d'évoluer au cours d'une psychothérapie (Jones, *in* Knight, 1941). Ensuite, la normalité ne s'identifie pas à l'absence de symptômes : il est par exemple d'observation commune que certains patients obtiennent une réduction symptomatique en réduisant certaines activités essentielles de leur vie. Enfin, le degré de santé ou de maladie psychologique ne correspond pas étroitement aux catégories diagnostiques ; chacun des principaux diagnostics présente un large éventail de sévérité psychiatrique. Même un diagnostic de psychose recouvre des niveaux de santé-maladie psychologique très différents (Luborsky et coll., 1993).

Une autre difficulté se situe au niveau de la définition nosologique. Dans la pratique clinique, celle-ci se heurte constamment avec le problème de savoir où situer les cas « mixtes ». « Comment classer par exemple une personne présentant un caractère obsessionnel rigide avec de fortes tendances paranoïdes et un état d'anxiété pour lequel elle consulte, et aussi quelques symptômes psychogènes qu'elle attribue à une fièvre tropicale survenue quelques années plus tôt ? » (Knight, 1941).

Il existe également un problème de convergence entre les résultats issus de différents niveaux et modes d'évaluation diagnostique. Plusieurs études ont porté sur cette question.

Wilczek et coll. (1997) ont comparé le « diagnostic DSM » et le « diagnostic psychodynamique » dans une population de 55 patients ayant sollicité un traitement et pour lesquels une indication de psychothérapie avait été posée. Ces patients ont été évalués d'une part à l'aide du DSM-III-R (axes I : troubles nosologiques, II : troubles de la personnalité et V : fonctionnement global), et d'autre part à l'aide de deux échelles, l'une de caractère psychodynamique (*Karolinska psychodynamic profile*, KAPP) et l'autre de personnalité (*Karolinska scales of personality*, KSP), considérée plutôt sous une référence biologique. Les patients avec diagnostic DSM (n = 30) souffraient pour la plupart de dépression. Les traits psychologiques les plus évidents apparaissant avec la KAPP concernaient la relation avec les affects agressifs (inhibition), la dépendance et la séparation, la tolérance à la frustration et le contrôle de l'impulsivité. Un autre aspect concernait les troubles des relations

interpersonnelles (difficulté des relations intimes et réciproques ; capacité de vivre le conflit et l'ambivalence), également corrélés aux troubles DSM et au fonctionnement général (*global assessment of functioning scale*, GAF). Un dernier aspect concernait les sous-échelles « Dépendance et séparation », « Conceptions de l'apparence corporelle », et leur signification pour l'estime de soi, qui était corrélée à des scores élevés au DSM et bas au GAF. Ce résultat peut être interprété comme une réaction dépressive et un fonctionnement global perturbé consécutifs à un deuil narcissique. Cette étude fait apparaître que des approches diagnostiques très différentes peuvent non seulement s'avérer complémentaires, mais introduire des données nouvelles par les corrélations qu'elles révèlent.

Certains auteurs (Goin et coll., 1995) indiquent que certains instruments peuvent être plus sensibles que d'autres : l'entretien semi-structuré de McGlashan (MSI) met en évidence des dimensions (évolution des capacités métalinguistiques et de distanciation par rapport à l'état affectif) qui ne sont pas détectables par la SCL-90 (détresse symptomatique) même si les changements révélés vont dans la même direction. D'autre part, si globalement l'ensemble des patients est amélioré dans cette étude, de fortes différences interindividuelles, apparaissent dans le déroulement de l'évolution. L'étude de Hoglend et coll. (2000) utilise un instrument regroupant cinq sous-échelles cotées de 1 à 100 et portant sur : (1) la qualité des relations amicales et familiales ; (2) les relations sentimentales et sexuelles ; (3) la tolérance affective ; (4) *l'insight* et (5) la résolution des problèmes et la capacité adaptative. Cette étude concerne 50 patients dont les diagnostics à l'axe I du DSM-IV étaient pour la plupart des troubles de l'adaptation, des troubles anxieux et dépressifs ; environ la moitié d'entre eux présentaient un ou plusieurs troubles de l'axe II. Leur fonctionnement global a été évalué à partir du GAF et ils ont également rempli la SCL-90 ainsi que de nombreux autres autoquestionnaires. Un an après le début de la psychothérapie, les changements observés chez la plupart des patients se sont situés dans les dimensions de *l'insight* et de la tolérance affective. Les échelles se sont révélées discriminatives par rapport aux mesures de changement issues de mesures générales de symptômes, et suffisamment fines pour mesurer des changements statistiquement significatifs au cours d'une psychothérapie brève.

À partir du concept de santé-maladie psychologique, Luborsky (1975) a mis au point l'échelle de santé-maladie (HSRS) et ses dérivés (GAS ou GAF). Établie à partir de 24 cas classés selon leur gravité avec un score de 1 à 100, cette échelle permet au clinicien de situer ses patients par rapport à ces cas types en cotant les capacités d'autonomie, la gravité des symptômes, le degré de détresse subjective, les conséquences de l'état du patient sur son entourage, l'utilisation de ses capacités personnelles, la qualité de ses relations personnelles, l'ampleur et la profondeur de ses intérêts. Une revue portant sur plus de 80 études (1993) fait apparaître que la santé-maladie psychologique n'est que modérément corrélée aux diagnostics psychiatriques et que le niveau initial de santé-maladie psychologique est un facteur prédictif du résultat obtenu avec des psychothérapies dynamiques et d'autres types de psychothérapie.

Autres instruments d'évaluation des changements psychodynamiques

Pour compléter les mesures symptomatiques et nosologiques, différents chercheurs (Kernberg, 1973 ; Malan, 1973 ; Luborsky, 1975 ; Horowitz et coll., 1986) ont conçu des mesures susceptibles d'appréhender les fonctionnements psychiques et leur évolution au cours d'un traitement psychothérapique. Les premiers projets reposaient sur des recueils de données et des instruments non standardisés ; des instruments mieux adaptés ont ensuite été élaborés. Ainsi, différentes études ont associé à des dimensions générales (variables démographiques et sanitaires) l'évaluation des symptômes (recherchés dans une pathologie spécifique ou systématiquement), l'évaluation du fonctionnement personnel (en particulier concernant les relations sociales et les passages à l'acte), et des mesures sur les dimensions de croissance telles que la construction du soi, la maturation, la conscience et la prise en compte

des conflits de la réalité, la qualité des relations d'objet, les capacités affectives, la réalisation dans le travail, ou l'accès aux affects et leur intégration dans la personnalité (Monsen et coll., 1995). Des mécanismes de défense, situés à l'interface entre santé et maladie (selon qu'ils sont employés en association ou non avec d'autres), peuvent constituer un élément diagnostique important (Lingiardi et coll., 1999).

Des échelles, comme l'échelle des capacités psychologiques (DeWitt et coll., 1991 ; Sundin et coll., 1994), recherchent les capacités de vie et leurs qualités ainsi que des aspects de fonctionnement défensif (défenses étant comprises dans un sens large).

Concernant les problèmes interpersonnels qui constituent un des axes symptomatiques majeurs des patients qui commencent une psychothérapie, Horowitz et coll. ont développé un autoquestionnaire d'usage simple, l'Inventaire des problèmes interpersonnels (*Inventory of interpersonal problems* (IIP ; Horowitz et coll., 1988). Les auteurs démontrent la corrélation entre certains types de problèmes interpersonnels et certains styles d'attachement et sa valeur prédictive pour le résultat d'une psychothérapie brève (Horowitz et coll., 1993).

À partir d'un corpus de 150 rêves recueillis sur une période de 5 ans chez une patiente atteinte de troubles graves de la personnalité avec par moments des idées de persécution et des réveils paniques, Thurin et coll. (1996) ont examiné les fonctions potentielles des rêves, leurs relations au conflit central du patient et leur évolution. L'objectivation fine et polyaxiale du rêve permet une évaluation des changements du rêveur par rapport à ses problématiques centrales et de sa capacité de les élaborer au niveau cognitif.

En résumé, des critères d'évaluation autres que symptomatiques ou nosologiques peuvent être pris en compte dans l'évaluation des résultats des thérapies psychodynamique et des instruments d'évaluation des changements psychodynamiques ont été développés. Ces instruments présentent une plus grande sensibilité pour évaluer les changements de la santé psychologique que ceux mesurant l'évolution des symptômes. De nombreux auteurs soulignent la nécessité d'associer mesures de résultats et de processus dans l'évaluation du traitement. Cependant, des mesures répétées afin de détecter des effets spécifiques du traitement ont été peu utilisées jusqu'à présent. Une étude (Jones et coll., 1993) illustre à propos d'un cas de dépression comment le déroulement du processus psychothérapeutique évolue en fonction des interactions et des états du thérapeute et du patient.

Les principaux instruments d'évaluation spécifique à l'approche psychodynamique sont récapitulés dans le tableau 5.II. Leurs caractéristiques essentielles sont décrites dans le tableau 5.III.

Tableau 5.II : Instruments d'évaluation de l'approche psychodynamique

Instruments d'évaluation des changements psychodynamiques
Dimensions et aires psychologiques multiples
- <i>McGlashan semistructured interview</i> (MSI ; Goin et coll., 1995)
Échelles de changement dans les psychothérapies dynamiques (Hoglund et coll., 2000)
- <i>Karolinska psychodynamic profile</i> (KAPP ; Weinryb et Rössel, 1991)
- <i>Minnesota multiphasic personality inventory</i> (MMPI)
Relations interpersonnelles
- <i>Inventory of interpersonal problems – circumflex version</i> (IIP) (Horowitz et coll., 1988 et 1993)
- <i>Core conflictual relationship theme</i> (CCRT ; Luborsky, 1977)
- <i>Adult attachment interview</i> (AAI ; Main et coll., 1985)
Tolérance affective (Monsen et coll., 1995)
Mécanismes de défense et capacités psychologiques
- <i>Defense mechanism rating scale</i> (DMRS ; Perry, 1991)
- <i>Scales of psychological capacities</i> (SPC ; DeWitt et coll., 1991)
Instruments d'évaluation d'utilisation des techniques et d'adhésion à la méthode thérapeutique

Penn adherence-competence scale for supportive-expressive therapy (PACS-SE)
Interpretive and supportive technique scale (ISTS) utilisable pour l'ensemble des psychothérapies psychodynamiques (Ogrodniczuk et Piper, 1999)
Specific therapeutic technique (STT) (Bogwald et coll., 1999)
 Mesure des interprétations de transfert (Bogwald et coll., 1999)

Tableau 5.III : Caractéristiques des instruments d'évaluation

Instruments d'évaluation du fonctionnement global et de la détresse symptomatique	
HSRS	Échelle santé-maladie (<i>Health-sickness rating scales [HSRS]</i>) (Luborsky, 1962 ; Luborsky et Bachrach, 1974). Après avoir déterminé le niveau général de la santé de l'individu (à partir de notes...), un manuel contenant 24 illustrations de cas graduées sur une échelle à 100 points est consulté, et la cotation est réalisée en décidant si la personne en question est plus ou moins en bonne santé qu'une illustration de cas donnée.
GAS ou GAF	Échelle d'évaluation globale ou de fonctionnement global (<i>Global assessment scale [GAS]</i> , Endicott et coll., 1976, et <i>Global assessment of functioning scale [GAF]</i>). Adaptation allégée de l'HSRS. Incorporée à l'axe V du DSM-III-R. Comprend dix niveaux descriptifs et des points d'échelle allant de 1 à 100.
SAS	L'Échelle d'ajustement social (<i>Social adjustment scale [SAS]</i>) (Weissman, 1975) permet d'évaluer le fonctionnement social et l'activité dans un large éventail de domaines incluant le travail à l'extérieur et à la maison, les relations avec les partenaires, la famille et les amis. Cette échelle a une consistance particulière pour mesurer le rapport coût-efficacité d'une psychothérapie (Krupnick et Pincus, 1992)
SCL-90-R	La SCL-90-R (<i>Symptom check list-90-revised</i> , Derogatis, 1983) est un questionnaire à 90 items de type Likert auto-administré. Derogatis a rapporté une consistance interne allant de 0,77 à 0,90 et une fidélité test-retest entre 0,80 et 0,90 sur un intervalle d'une semaine. La SCL-90 est conçue pour mesurer 9 aires majeures de détresse symptomatique : somatisation, sensibilité interpersonnelle, anxiété, anxiété phobique, trouble obsessionnel compulsif, dépression, hostilité-colère, idéation paranoïde, et psychoticisme. L'Index de sévérité globale de la SCL-90-R (GSI) peut être utilisé comme une mesure générale de l'adaptation du patient.
Instruments d'évaluation des changements psychodynamiques	
MSI	<i>McGlashan semistructured interview</i> (Goin et coll., 1995). Le MSI identifie 32 aires psychologiques regroupées en huit dimensions dont l'amélioration peut être considérée comme un but approprié de la psychothérapie psychodynamique. Ces aires incluent des catégories telles que la sécurité de base, la capacité de séparation/individuation et la cohérence du sens de soi.
ECPD	Échelles de changement dans les psychothérapies dynamiques (Hoglund et coll., 2000). Entretien semi-structuré explorant cinq dimensions : relations interpersonnelles amicales et familiales, relations sentimentales et sexuelles, tolérance aux affects, <i>insight</i> , capacités d'adaptation et de résolution de problèmes. Cotation de 1 à 100.
KAPP	<i>Karolinska Psychodynamic Profile</i> (Weinryb et Rössel, 1991 ; in Wilczek, 1998). Le KAPP est un instrument d'évaluation basé sur la théorie psychanalytique qui évalue les modes relativement stables de fonctionnement mental et les traits de caractère, tels qu'ils apparaissent dans la perception de soi et les relations interpersonnelles. Il est constitué de 18 sous-échelles s'inscrivant dans sept dimensions. Dix-sept des sous-échelles sont à un bas niveau d'abstraction et pourraient être considérées comme représentant les traits de caractère ; la dernière sous-échelle se réfère au caractère comme organisation. Chaque sous-échelle est fournie avec une définition et trois niveaux définis. Deux niveaux additionnels intermédiaires peuvent être utilisés, aboutissant à une échelle en 5 points (1, 1,5, 2, 2,5 et 3). Sur toutes les sous-échelles, le niveau 1 représente le niveau le plus normal et le niveau 3 le moins normal. Le KAPP s'est avéré discriminer les patients avec ou sans diagnostic DSM. Il a un pouvoir prédictif par rapport à la façon de réagir à un événement (opération chirurgicale)
CCRT	<i>Core conflictual relationship theme</i> (Luborsky, 1976). Le CCRT tente de mesurer les conflits relationnels et les patterns sur la base de trois composants : les souhaits envers les autres, les réponses des autres et les réponses du moi.
Instruments d'évaluation d'utilisation des techniques et d'adhésion à la méthode thérapeutique	

PACS-SE	<i>Penn adherence-competence scale for supportive-expressive therapy</i>
ISTS	<i>Interpretive and supportive technique scale</i> utilisable pour l'ensemble des psychothérapies psychodynamiques (Ogrodniczuk et Piper, 1999)
TIRS	<i>Therapist intervention rating system</i> (Piper et coll., 1987). Chaque formulation de chaque thérapeute au cours de chaque séance est associée à l'une des neuf catégories qui vont du simple (« mm-hmm ») à des interprétations complexes. Les cinq catégories les plus basse incluent de brèves expressions, réflexions, clarifications, questions et directives qui ne font pas référence aux composantes dynamiques du patient telles que des souhaits, de l'anxiété ou des défenses. Ainsi, elles sont définies comme des interventions, mais pas comme des interprétations. Les quatre catégories supérieures font référence aux composantes dynamiques du patient et sont définies comme des interprétations. Cette méthode nécessite 5 à 6 heures pour une séance de 50 min.
PTS	<i>Perception of technique scale</i> (Ogrodniczuk et Piper, 1999). Cette échelle est basée sur la structure de l'ISTS ; ses 8 items reflètent les traits principaux des formes interprétatives et de soutien de la psychothérapie. Deux sous-échelles, représentant chaque forme de traitement, et une échelle complète inscrite dans la direction interprétative sont dérivées de la PTS. Après chaque séance, le thérapeute et le patient cotent indépendamment chacun des huit items suivant le degré avec lequel le thérapeute est parvenu à produire ces traits clés. Les évaluations sont faites sur une échelle de type Likert à 5 points allant de 0 = pas d'accent à 4 = accent majeur.
GIS	<i>General interpersonal skill</i> (8 items). Outil d'évaluation de la compétence qui mesure l'habileté générale du thérapeute dans une séance donnée sur une échelle allant de 0 (« pas du tout ») à 4 (« très importante »). Les items tentent de mesurer les facteurs de qualité que les adhérents à la majeure partie des modalités de psychothérapie agréeraient, telles que « Le thérapeute répond au patient d'une façon acceptable et compréhensible » et « les interventions du thérapeute paraissent significatives et bien situées dans le temps ».
STT	<i>Specific therapeutic technique</i> (Bogwald et coll., 1999). La STT est conçue pour mesurer l'usage spécifique de la focalisation sur le transfert et son interprétation. Elle présente une bonne fidélité interjuges, même au niveau de chaque item. Elle permet de distinguer deux groupes de traitement et possède donc une validité discriminative. Son utilisation ne concerne pas la mesure d'autres interventions (par exemple de soutien ou d'exploration).

Instrument d'évaluation de l'alliance thérapeutique

CALPAS	La CALPAS est un autoquestionnaire à 24 items qui mesure la force de l'alliance thérapeutique patient-thérapeute. Suivant Gaston (1990), l'alliance est une construction multidimensionnelle de quatre éléments saisis par quatre sous-échelles de la CALPAS : la capacité du patient de travailler délibérément dans la thérapie ; le lien affectif du patient avec le thérapeute ; la compréhension et l'implication empathique du thérapeute ; l'accord que partagent le patient et le thérapeute concernant les buts du traitement. Chaque item est coté sur une échelle Likert à 6 points.
--------	---

Implication des variables spécifiques et non spécifiques dans les résultats

La contribution relative de variables spécifiques (les outils techniques du psychothérapeute) et de variables non spécifiques (les qualités inhérentes à toute bonne relation humaine) dans le résultat d'une psychothérapie brève peut être évoquée à travers l'étude contrôlée de Strupp et Hadley (1979). Une population relativement homogène de 49 étudiants de 17 à 24 ans déprimés ou psychasthéniques au MMPI, recrutée par affiche et parmi les consultants du service de soin est confiée d'une part à des psychothérapeutes professionnels d'orientation psychanalytique et, d'autre part, à des enseignants sélectionnés sur la base de leur réputation pour leur empathie et la confiance qu'ils inspirent chez les étudiants. Le groupe « contrôle » est constitué d'étudiants sur liste d'attente. La thérapie est limitée à 25 heures sur une période de 3 à 4 mois, à un rythme de 2 séances par semaine. Les résultats montrent que les patients ayant une psychothérapie avec les professeurs présentent, en moyenne, une amélioration significativement aussi importante que les patients traités par des thérapeutes professionnels expérimentés. Cette amélioration s'est produite durant la période de traitement et se maintient au moment de l'évaluation de suivi réalisée environ

une année après l'inclusion. Le groupe contrôle manifeste également une amélioration, mais elle tend à être moins importante que celle constatée dans les groupes traités.

Les auteurs constatent qu'il existe toutes sortes de combinaisons entre les variables du patient et celles du thérapeute, que celles-ci donnent naissance à une relation particulière et à un résultat thérapeutique particulier. Il s'avère que les psychothérapeutes les plus professionnels ont eu une attitude finalement très proche de celle des professeurs au niveau de l'écoute et de l'interprétation et ils obtenaient les meilleurs résultats avec les patients les plus motivés. Il faut ajouter que les professeurs ont effectué leur travail thérapeutique sous la supervision d'un groupe de professionnels qui étaient disponibles pour consultation et conseil en cas d'urgence. Les limites de cette étude (Waldron, 1997) résident dans le fait qu'il n'y a pas eu de répartition au hasard des étudiants (les thérapeutes ont traité les étudiants cherchant de l'aide ; les professeurs ont traité les étudiants ayant répondu par annonce). Ces limites concernent également : le faible nombre d'étudiants par groupe, réduisant la valeur statistique des résultats ; une sélection sur des scores élevés aux échelles MMPI de dépression, de psychasthénie et d'introversion sociale ; le choix de professeurs bien perçus sur le campus ; une durée réduite du traitement qui ne permettait pas d'appliquer l'ensemble d'une technique.

Études concernant le rôle des facteurs spécifiques et non spécifiques dans le résultat des psychothérapies psychodynamiques

Les études sur le rôle de facteurs spécifiques et non spécifiques mettent en lumière la complexité des interactions entre différents éléments : variables liées aux patients (notamment à leurs représentations et à leur pathologie), aux thérapeutes (notamment à leur formation et à leur expérience), à l'interaction patient-thérapeute, aux modalités des psychothérapies utilisées. Nous en donnons quelques exemples.

Savoir si les hommes et les femmes répondent de façon similaire à des formes différentes de psychothérapie est une question relativement absente de la littérature. Ogradniczuk et coll. (2001) ont étudié l'effet de deux formes de psychothérapie individuelle brève (interprétative et de soutien), dans une population de patients dont 67 % avaient reçu un diagnostic de l'axe I (dépression majeure 64 %, troubles de l'adaptation 8 %, dysthymie 7 % et trouble panique 7 %) et 60 % un diagnostic de l'axe II (trouble de la personnalité évitante 18 %, obsessionnel-compulsif 16 %, paranoïde 14 %, dépendant 11 % et borderline 10 %). Durant la période de traitement, les patients, qu'ils soient de sexe masculin ou féminin, se sont améliorés. Cependant, les patients hommes se sont améliorés davantage avec la thérapie interprétative qu'avec la thérapie de soutien, alors que la situation inverse a été observée avec les patientes femmes. Au suivi, celles qui avaient suivi une psychothérapie interprétative n'avaient pas le même résultat qu'avec la psychothérapie de soutien, même après 12 mois. Les auteurs suggèrent que les patientes sont plus sensibles à l'aspect collaboratif et personnel de leur relation avec le thérapeute, qu'il est important pour elles de pouvoir exposer leurs problèmes et de recueillir des réponses qui soulignent l'influence des circonstances extérieures sur leurs difficultés actuelles (critères de la psychothérapie de soutien). À l'opposé, les patients de sexe masculin préfèrent une relation plus neutre avec le thérapeute et bénéficient davantage d'interventions qui encouragent l'introspection et l'examen d'émotions inconfortables (critères de la psychothérapie interprétative).

Dans l'étude de Piper et coll. (1990), la qualité des relations d'objet (QRO), définie comme une tendance de la personne à établir, sa vie durant, certaines sortes de relation avec les autres, a été explorée en référence à des critères caractérisant cinq niveaux de relation : génitale, œdipienne, obsessionnelle, dépressive et narcissique/borderline. Ces critères se référaient aux manifestations comportementales, à la régulation de l'affect, à la régulation de l'estime de soi et aux antécédents. Les objectifs de l'étude étaient de rechercher le rôle que

pouvait avoir la qualité des relations d'objet, comme variable primaire indépendante, sur le résultat d'une psychothérapie brève (20 séances de 50 min, à raison d'une par semaine) portant sur les conflits internes liés aux personnes importantes de la vie du patient. Les patients (144) ont fait l'objet de deux évaluations initiales indépendantes : l'une concernait leur diagnostic nosologique, l'autre la QRO (haute ou basse). Concernant le diagnostic, ils souffraient essentiellement de troubles dépressifs, de l'adaptation, et anxieux auxquels étaient associés chez 35 % d'entre eux des troubles de la personnalité. Les patients ont été ensuite répartis entre un groupe « psychothérapie » et une liste d'attente. L'existence d'un effet indépendant lié à la qualité des relations d'objet sur le résultat de la psychothérapie n'a fait qu'approcher la signification statistique. Quand les deux facteurs (psychothérapie dynamique brève et haute qualité des relations d'objet) étaient combinés, environ trois quarts des patients se déplaçaient du niveau pathologique au niveau normal pour les trois mesures normatives (symptômes, dépression, anxiété). L'absence de l'un des facteurs était associée avec des pourcentages plus faibles, et l'absence des deux facteurs était associée aux résultats les plus faibles. Les auteurs ont d'emblée envisagé que cette variable (la qualité des relations d'objet) puisse être impliquée dans l'alliance thérapeutique, la capacité du psychothérapeute de maintenir un objectif et la capacité du patient de travailler avec les interprétations.

Concernant les attentes du patient, la qualité des relations d'objet et l'alliance thérapeutique, les objectifs de Joyce et Piper (1998) étaient d'évaluer : (1) les relations simples entre les représentations du patient et du thérapeute à propos de la « séance typique » et l'alliance thérapeutique ; (2) les relations entre ces représentations et le résultat du traitement ; (3) l'évolution des représentations au cours du traitement et sa valeur prédictive ; (4) les relations simples entre la représentation et l'alliance ou le résultat, face à la prédiction produite par deux autres variables (le niveau de développement des relations interpersonnelles et le niveau initial des symptômes dépressifs du patient). Cette étude a porté sur 105 patients souffrant de troubles de l'axe I pour 72 % (affectifs 27 %, anxieux 6,3 %, impulsivité 7,8 %) et de l'axe II pour 27% pour lesquels une indication de psychothérapie avait été posée par un service psychiatrique ambulatoire d'un hôpital universitaire. Les résultats ont montré que les représentations du patient concernant l'expérience de la thérapie étaient fortement et directement reliées à la qualité de l'alliance thérapeutique, et que les relations entre les représentations et le résultat étaient moins fortes mais restaient substantielles. Quant à la qualité des relations d'objet et à la détresse liée à la dépression, elles n'intervenaient respectivement que peu ou pas du tout dans le résultat. Ainsi, soutenue et encouragée par le thérapeute, une alliance forte peut être le fondement d'un traitement réussi quant à ses résultats.

Concernant, les problèmes interpersonnels et leur relation avec les styles d'attachement, Horowitz et coll. (1993) ont étudiés 36 patients traités dans une unité de soins ambulatoires par psychothérapie dynamique brève (20 séances). Les patients et les thérapeutes ont été invités après la dixième et la vingtième séance à considérer de façon indépendante quels problèmes avaient été abordés et lesquels s'étaient le plus améliorés, en utilisant l'Inventaire des problèmes interpersonnels (Horowitz, 1988). Cette étude montre que le type de problèmes interpersonnels ou personnels constitue une variable prédictive du résultat. Ainsi, les problèmes de soumission amicale (« il est difficile pour moi de dire "non" à une autre personne ») semblent plus faciles à traiter avec la psychothérapie dynamique brève que les problèmes de dominance hostile (« il est difficile pour moi de m'engager à long terme avec quelqu'un ») ou « il m'est difficile de faire confiance à quelqu'un ». De même, la prédominance de problèmes personnels (par rapport aux problèmes interpersonnels) est un indice de difficulté, et sans doute également un indice diagnostique dans la dépression (anaclitique ou introjective). Les résultats suggèrent également des relations entre le type de problèmes interpersonnels d'une personne et son style d'attachement principal (sécure,

préoccupé, craintif, abandonnant). La difficulté de certains patients à décrire clairement leur entourage serait également un indice prédictif du résultat de la psychothérapie.

De nombreux travaux ont suggéré que les facteurs « thérapeutes » pourraient jouer un rôle important par rapport à l'issue de la thérapie, mais les études apportent des résultats qui sont loin d'être homogènes. L'étude de Strupp et Hadley (1979), précédemment évoquée, faisait apparaître que des pédagogues chaleureux pouvaient avoir des résultats comparables à ceux de psychanalystes chevronnés, du moins dans une population qui ne leur était pas étrangère et dont la gravité de la pathologie était modérée.

Bien qu'une riche littérature avance le rôle de l'empathie dans le résultat de la psychothérapie, ce rôle a été peu testé objectivement. Définie pour la première fois par Freud en 1905, l'empathie d'après Shafer (1959) est « l'expérience intérieure de partage et de compréhension de l'état psychologique momentané d'une autre personne ». Dans l'étude de Free et coll. (1985), 59 sujets venus pour un traitement dans le centre ambulatoire du département de psychiatrie de Cincinnati ont été adressés de façon randomisée à l'un des treize thérapeutes résidents (suivis par des superviseurs) pour une psychothérapie dynamique brève focale de 12 séances hebdomadaires. Une évaluation de l'empathie du thérapeute (dans le sens de la qualité de son attention, de sa compréhension et de ses interventions) a été effectuée par les patients, les thérapeutes et les superviseurs (sans accord de cotation). La seule mesure d'empathie corrélée significativement avec les mesures de résultats (SCL-90-R, symptômes cibles et Échelle santé-maladie) était celle des patients, et seulement pour deux de ses variables (hostilité et qualité des relations interpersonnelles). Les auteurs considèrent que les superviseurs étaient plus sensibles à l'approche générale des thérapeutes qu'aux processus intellectuels qui guidaient leurs interventions, alors que les patients y étaient sans doute beaucoup plus sensibles. Ils recommandent l'usage d'enregistrements audio ou vidéo en plus des présentations traditionnelles basées sur des notes prises durant les séances.

Différentes études ont montré un taux plus réduit de sorties prématurées de la psychothérapie avec des thérapeutes mieux formés. L'étude de Lastrico et coll. (1995) a comparé un groupe de 59 psychothérapies analytiques menées par des psychothérapeutes en formation à un groupe de 19 psychothérapies menées par des psychothérapeutes formés. Ces psychothérapies étaient destinées à des patients présentant pour 68,7 % d'entre eux des troubles de l'axe I (dépression majeure, troubles anxieux) et pour 30 % de l'axe II (borderline). Un an après l'entrée dans l'étude, le taux d'interruption précoce de la psychothérapie par les patients était de 40,1 % dans le groupe suivi par des psychothérapeutes en formation et de 16,7 % dans le groupe suivi par des psychothérapeutes formés. Les traitements ont majoritairement eu une évolution favorable ; cependant, le nombre de succès thérapeutiques a été nettement supérieur dans le groupe de patients confiés à des psychothérapeutes formés. Cette discrimination s'établit nettement après la sixième séance ; un des facteurs y contribuant pourrait être la relative sévérité clinique des patients traités.

L'étude d'Aapro et coll. (1994) menée à partir du même centre et portant sur 291 sujets présentant des troubles semblables à ceux précédemment décrits montrait également que les psychothérapies interrompues avaient été effectuées par des thérapeutes ayant moins d'expérience (2,7 ans *versus* 6,7 ans de formation), alors que la gravité de l'anxiété et de la dépression n'entrait pas en compte dans le résultat. Les conduites addictives, antisociales ou alcooliques, les attitudes manipulatrices, l'impulsivité constituaient des facteurs prédictifs d'abandon prématuré, alors qu'en revanche l'autodépréciation, la motivation pour la psychothérapie et les capacités d'introspection constituaient des facteurs favorables. L'alliance aidante de type II (AA2 « nous travaillons ensemble, mon thérapeute et moi ») était clairement corrélée à l'évolution favorable, ainsi que l'authenticité du thérapeute (au sens rogien du terme).

Concernant les variables techniques, Barber et coll. (1996) ont voulu tester si l'adhésion et la compétence pour une technique spécifique de psychothérapie brève – la psychothérapie de soutien-expression (et interprétation) – étaient associées à des changements au-delà des variables du patient. L'étude a porté sur 29 patients ayant reçu un diagnostic de dépression (*Research diagnostic criteria*) à deux reprises dans un intervalle d'une semaine. Les enregistrements de la troisième séance ont été évalués à partir de la *Penn adherence-competence scale for supportive-expressive therapy* (PACS-SE). Il s'agit d'une échelle à 45 items qui mesure jusqu'à quel point les recommandations pour les interventions thérapeutiques ont été suivies durant une séance. Trois autres instruments ont été utilisés : l'autoquestionnaire de l'alliance aidante, le *Beck depression inventory* (BDI) et l'Échelle santé-maladie (HSRS). L'application simple (quantitative) des techniques de soutien et d'expression n'a eu aucun effet. En revanche, l'application relativement compétente des techniques d'expression-interprétation prédisait une réduction conséquente de la dépression, ce qui n'était pas le cas pour les techniques de soutien. Le rôle de l'alliance s'est révélé faible (différence avec l'adhésion). Dans l'étude de Ogrodniczuk et Piper (1999), utilisant un instrument (*Interpretive and supportive technique scale – ISTS –*) destiné à être bref, fiable et aisément applicable aux différentes formes de psychothérapie, les associations ont été recherchées entre l'adhésion (et son niveau) à un protocole thérapeutique, le développement de l'alliance thérapeutique et les résultats de deux formes de psychothérapie psychodynamique brève (soutenante et interprétative, 20 séances de 50 min). Elle a porté sur 144 patients ayant reçu un diagnostic DSM-III-R de l'axe I pour 63 % (61 % avaient des troubles de l'humeur, dont 80 % une dépression majeure, 7 % un trouble de l'adaptation) et/ou de l'axe II pour 60 % (29 % de personnalité évitante, 24 % de trouble obsessionnel-compulsif, 22 % de borderline et 22 % de paranoïde). L'adhésion à la technique thérapeutique (interprétative ou de soutien) apparaît significativement associée avec l'alliance thérapeutique dans la psychothérapie dynamique brève mais n'a, en revanche qu'une relation minimale avec le résultat de la thérapie. Les auteurs envisagent plusieurs explications pour ce résultat : l'importance des facteurs non spécifiques (relation d'aide, explication convaincante et *feed-back*) ; l'adhésion trop rigide à la technique, qui peut être contre-productive ; la possibilité que seules certaines interventions techniques comme l'interprétation ou la résolution de problèmes aient un effet favorable, interventions noyées ici parmi d'autres beaucoup plus accessoires ; enfin, les limites du manuel.

L'étude de Crits-Christoph et coll. (1988) porte sur un aspect encore plus précis de la compétence technique, à savoir la pertinence des interprétations dans le cadre de la psychothérapie dynamique de 43 patients ayant pour la plupart reçu un diagnostic de trouble dysthymique, anxiété généralisée ou de troubles de la personnalité. La notion de pertinence recouvrait ici le degré de congruence entre le contenu des thèmes conflictuels centraux du patient (établis à partir de la méthode du *Core conflictual relationship theme – CCRT –*) (Luborsky, 1977 et 1986) et les interventions du thérapeute, transcrites et cotées par deux juges. Une relation statistiquement significative et modérément forte a été trouvée entre l'interprétation pertinente (formulation du souhait inconscient du patient, du conflit dans les relations interpersonnelles « types » et de son effet rapporté à des expériences de vie similaires) et le résultat du traitement. Il n'a pas été mis en évidence de relation entre la pertinence des interprétations et la qualité de l'alliance thérapeutique, résultat surprenant étant donné qu'une alliance solide est souvent nécessaire pour que les patients tolèrent et utilisent les interprétations.

L'étude de McCullough et coll. (1991) a pris en compte l'effet que l'interprétation du psychothérapeute produisait chez le patient. Ce qui était prédictif du résultat était bien davantage la fréquence et le type des réponses affectives qu'apportait le patient dans les trois minutes qui suivaient l'intervention du psychothérapeute que la nature de l'interprétation. Si cette réponse était une réaction essentiellement défensive, le résultat serait négatif, s'il

s'agissait d'un mouvement affectif positif, il serait positif. Cet effet de l'interprétation, à partir du mouvement affectif qu'elle produit, suggère qu'un thérapeute devrait modifier son approche quand un patient montre une trop grande tendance à des réponses défensives à ses interventions. Inversement, quand les interprétations patient-thérapeute sont suivies d'un affect positif, le thérapeute devrait logiquement considérer qu'il est sur la bonne voie.

Concernant l'alliance thérapeutique et l'amélioration précoce, Alexander et French (1946) ont suggéré que l'expérience émotionnelle corrective produite par un thérapeute chaleureux, attentif, compréhensif et dévoué était favorable à la cure thérapeutique. Luborsky (1984) a également proposé que l'alliance thérapeutique soit un des trois facteurs curatifs de la psychothérapie. Mais comment se construit cette alliance thérapeutique ? Nous avons vu qu'elle pouvait dépendre des représentations du patient et de facteurs liés au thérapeute. En revanche, l'action de facteurs plus techniques n'a pas reçu de véritable confirmation. Barber et coll. (2000) ont voulu examiner le rôle de l'amélioration symptomatique précoce dans la mise en place de l'alliance thérapeutique, et secondairement le résultat. Leur étude a porté sur le traitement par psychothérapie dynamique de soutien-expression d'un groupe de 86 patients présentant des troubles anxieux généralisés, une dépression chronique ou un trouble de la personnalité évitant ou obsessionnel-compulsif. Les résultats suggèrent que bien que l'alliance précoce puisse être influencée par une amélioration symptomatique antérieure, elle reste d'abord un élément prédictif significatif d'une amélioration ultérieure, même quand le changement antérieur dans la dépression est partiellement absent. Du fait de la nature complexe des relations entre amélioration symptomatique et alliance dans le processus psychothérapique, il est probable que ces deux facteurs peuvent se renforcer mutuellement très rapidement.

En résumé, différentes études font apparaître l'interaction de différentes variables dans les résultats, plutôt que leur action spécifique. Il existe cependant des variables qui ont une valeur pronostique sur les résultats du traitement dans la mesure où elles conditionnent sa mise en œuvre et conduisent fréquemment à son interruption si elles ne sont pas prises en compte. Il s'agit de la préparation au traitement, de la qualité initiale des relations d'objet et de la formation des psychothérapeutes. L'adaptation qualitative des interventions techniques est importante et le patient en est, consciemment et inconsciemment (par ses réactions affectives), un bon témoin.

Possibilité de réaliser des études d'évaluation de l'efficacité des psychothérapies longues

Bien qu'ayant fait l'objet d'un investissement considérable en recherche, les traitements psychodynamiques longs n'ont donné lieu que très récemment à des études de population méthodologiquement rigoureuses (Vaughan et coll., 2000 ; Blomberg et coll., 2001 ; Leuzinger-Bohleber, 2002).

Les évaluations réalisées (revues dans Knight, 1941 ; Bachrach et coll., 1991 ; Barber et Lane, 1995) ont porté tout d'abord sur des études de cas, puis progressivement des études plus systématiques ont été réalisées sur des populations. Menée de 1954 à 1972, l'étude Menninger était une tentative ambitieuse (et la première prospective) pour évaluer l'efficacité de la psychothérapie psychodynamique et de la psychanalyse. Elle a évalué les effets à long terme de la psychothérapie chez 42 patients borderline, présentant des psychoses latentes ou des troubles graves du caractère (Wallerstein, 1986). Quatre domaines principaux ont été examinés : les caractéristiques des patients, les thérapeutes, les modalités du traitement et les facteurs d'environnement. L'évaluation initiale consistait en 10 entretiens psychiatriques, des entretiens avec les membres de la famille, une batterie complète de tests psychologiques ancrés sur la théorie psychanalytique de la psychologie du moi, et était suivie d'enregistrements réguliers concernant le traitement en cours (impressions cliniques, rapports des superviseurs). Une nouvelle évaluation était conduite à la fin du traitement par

des cliniciens seniors, puis de nouveau en période de suivi 2 ou 3 ans après, jusqu'à des périodes de temps approchant 30 ans. Parmi l'ensemble des cas, 22 analyses et 22 psychothérapies furent sélectionnées de façon aléatoire. Ces patients étaient très gravement atteints, puisque près de la moitié d'entre eux avaient un score inférieur ou égal à 40 (80 % •60) à l'HSRS (échelle santé-maladie de Luborsky).

L'information issue des enregistrements des thérapeutes était résumée dans un format standard s'accordant avec les principes psychodynamiques et les résultats ont porté sur trois mesures : amélioration globale, résolution du transfert et changement dans la constitution du moi. Plusieurs conclusions émergent de l'ensemble des résultats (présentés dans 60 publications et 5 ouvrages) :

- la relation réelle avec l'analyste joue un rôle important et les événements survenant pendant la situation analytique/thérapeutique sont souvent le pivot d'une évolution vers une amélioration ou une dégradation ;
- les patients sévèrement malades traités par des psychanalystes inexpérimentés n'ont pas obtenu de bons résultats et de façon plus générale les thérapeutes hautement qualifiés ont eu plus de succès que les thérapeutes moins expérimentés ;
- les patients parvenant à un changement substantiel montraient souvent des signes de changement structural, mais seuls certains d'entre eux ont fait la preuve d'une prise de conscience par rapport à leurs conflits centraux ;
- toutes les psychothérapies ont impliqué des éléments de soutien ;
- le résultat de la thérapie est hautement dépendant de la force du moi et du niveau d'anxiété initiaux du patient (Kernberg, 1973).

Les faiblesses de cette étude peuvent être résumées ainsi : les indications habituelles de la psychanalyse *stricto sensu* ont été largement dépassées, les niveaux de formation et d'expérience des analystes étaient très hétérogènes, l'échantillon était de taille relativement faible. De plus, le mode de recueil des données a varié à différentes périodes, les chercheurs connaissaient les diagnostics et les impressions des cliniciens concernant les patients sur lesquels ils faisaient leurs mesures. Par ailleurs, les évaluateurs étaient familiers avec la thérapie et prenaient en compte les variations du style thérapeutique quand ils évaluaient les résultats. Enfin, l'absence de groupes de comparaison a rendu les résultats d'autant plus difficiles à interpréter que ces psychothérapies étaient longues et que de nombreux facteurs pouvaient les avoir influencés.

De nombreuses universités américaines et instituts psychanalytiques ont participé à la recherche sur l'efficacité de psychanalyses et psychothérapies longues en se centrant sur un aspect particulier. Ces travaux sont résumés dans le tableau 5.IV.

Tableau 5.IV : Recherches spécifiques menées par les universités et instituts de psychanalyse américains

Influence de la durée du traitement sur le bénéfice	Université de Columbia, Institut psychanalytique de New York
Développement des capacités d'auto-analyse	Institut psychanalytique de Boston
Caractéristiques du patient et variables du traitement	Université d'Alberta
Méthodologie, définition de concepts et développement de mesures opérationnelles	Université de Pennsylvanie
Facteurs spécifiques et non spécifiques	Universités de Vanderbilt, de Michigan et de Pennsylvanie
Études de processus, interactions patient-thérapeute	Université de Chicago
Facteurs de santé	Université John Hopkins

En résumé, beaucoup d'obstacles méthodologiques, liés à la complexité des éléments impliqués et à l'absence de définitions opérationnelles de concepts usuels, ont ponctué la recherche sur l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques longues. Il en résulte en première approche « beaucoup de travail pour peu de résultats », du moins en termes de preuve de l'efficacité des traitements menés. L'incertitude ne porte pas sur la valeur des données, mais pour une bonne part sur le fait que les évaluateurs utilisaient souvent des échelles d'évaluation « faites maison », de validité et fiabilité inconnues. Fisher et Greenberg (1996) ont résumé en six points les réserves méthodologiques grevant les différentes études qui viennent d'être brièvement présentées : confiance totale sur des cas traités par un seul praticien ; manque de démonstration qu'un traitement standard fiable (psychanalyse) a été réellement mis en place ; absence d'un groupe contrôle sans traitement ou traité autrement ; participation à l'étude de psychothérapeutes sans expérience ; pas de randomisation ; efficacité du traitement déduite d'un taux de réussite attribué par les thérapeutes ou issu de leurs notes.

Le développement de psychothérapies brèves, focalisées sur des problèmes et des populations très spécifiques, a indiscutablement aidé l'évolution des modèles d'évaluation des psychothérapies longues sans que pour autant leurs conclusions dans ce cadre précis puissent leur être généralisées. La conjonction de l'analyse seconde des études menées sur les psychothérapies à long terme et des méthodes développées pour les psychothérapies brèves (qui se sont progressivement affinées) permet d'envisager comme possible (et nécessaire) l'évaluation des psychanalyses et des psychothérapies psychanalytiques longues. Nous en donnons trois exemples.

Leuzinger-Bohleber (2002) a coordonné en 1997 une recherche naturaliste menée à l'initiative de l'Association psychanalytique allemande (DPV). Son objectif principal était d'étudier les appréciations rétrospectives des patients sur leur psychanalyse ou leur thérapie psychanalytique et leurs effets, 4 ans au moins après la terminaison (ces psychothérapies devaient s'être produites durant une période de 4 à 7 ans avant le début de l'étude). Deux sortes de données ont été recherchées : (1) « extra-analytiques » portant sur les symptômes, les changements dans la capacité de se confronter aux événements de vie, l'estime de soi, l'humeur, la satisfaction vis-à-vis de la vie, ainsi que sur l'évaluation globale de leur thérapie, les évolutions concernant leur travail et l'utilisation des services de santé ; (2) « analytiques » évaluant en particulier les réactions de transfert et de contre-transfert, les associations libres, et procédant à des analyses de contenu orientées vers la théorie. Compte tenu du nombre important de patients concernés, deux méthodes de recueil des données ont été utilisées : l'entretien enregistré (129) et le questionnaire détaillé (159) ou semi-détaillé (401). Les entretiens (deux pour chaque ancien patient auxquels s'ajoutait un troisième avec l'ancien analyste) étaient enregistrés et discutés par un groupe de recherche. Sur la base des informations disponibles, deux évaluateurs estimaient le niveau de trouble au début du traitement et au moment où l'étude de suivi s'était mise en place à partir de divers instruments. Un diagnostic était établi à partir de la CIM-10 et confronté à celui posé par l'ancien analyste. Plus de 50 % des patients présentaient des troubles névrotiques, 6 % des troubles psychotiques. Les diagnostics multiples étaient fréquents, mettant en évidence des troubles psychosomatiques et psychopathologiques multiples. L'évolution la plus remarquable est que 84,3 % des anciens patients étaient en ascension sociale. Par ailleurs, ils avaient internalisé leur attitude analytique, se rendant par là capables de poursuivre le processus analytique après la fin de leur cure. D'un point de vue qualitatif, il est apparu que les analystes avaient appliqué leur concepts théoriques au matériel clinique de manière prudente, souple et adaptée. Les psychanalyses qui ont bien fonctionné sont celles où les analystes ont réussi à montrer de l'empathie et à s'adapter de façon flexible, ouverte et

professionnelle aux besoins de leurs patients, plutôt que d'utiliser une technique orientée vers leurs propres convictions ou croyances. De nombreux analystes ont souligné qu'ils considéraient le diagnostic et le degré de perturbation comme moins déterminants que l'observation des potentiels du patient, par exemple de bonnes relations d'objet malgré d'importants traumatismes, des capacités de réflexion sur soi partielles ou des signes de réaction positive aux interprétations. Les états limites, dont la mise en acte était très destructive, ont été traités avec un assez bon résultat lorsque l'analyste lui-même avait eu suffisamment de soutien personnel (sous la forme, par exemple, d'une supervision). Dans le traitement des psychotiques, les analystes ont coopéré avec une institution psychiatrique et ont utilisé une technique modifiée (face-à-face, basse fréquence). Cette recherche a d'abord impliqué d'obtenir l'accord des psychanalystes, qui se sont prononcés à 89 % en faveur de cette étude. La seconde étape a été de déterminer un échantillon représentatif de tous les patients en traitement psychanalytique de longue durée durant cette période et n'a pas posé non plus de problème de recrutement (n = 401).

Blomberg et coll. (2001) rapportent les résultats d'une étude menée en Suède de 1990 à 1998 sur l'efficacité de la psychanalyse et de la psychothérapie analytique portant sur 418 patients (74 en psychanalyse, 331 en psychothérapie analytique d'une durée de deux années ou plus, et 13 en psychothérapies variées à faible dose) et comporte deux groupes contrôles, « en bonne santé » et « normal » (650 personnes). Les modalités du traitement, psychanalyse ou psychothérapie de longue durée, ont été choisies librement par les patients eux-mêmes. Les mesures portaient sur trois types de variables : dépendance économique (utilisation des services de santé, travail...) ; santé (symptômes, relations sociales, vision générale de la vie) à partir de la SCL-90, de la SAS et de l'Échelle du sens de cohérence (*Sence of coherence scale*, SOCS) ; changements structurels internes et prise de conscience. Ces mesures étaient complétées par un autoquestionnaire concernant l'identité thérapeutique des praticiens (cursus, expérience et orientation thérapeutique, représentations des facteurs de changement, style thérapeutique).

Les résultats font apparaître une réduction importante des symptômes à la SCL-90. Cependant, alors que le groupe de psychothérapie n'a atteint qu'un niveau légèrement inférieur à la ligne de signification clinique, le groupe d'analyse a approché de près la valeur moyenne du groupe normal. Concernant la SAS, le développement de l'ajustement social (relativement faible) était pratiquement le même qu'un patient fut en psychothérapie ou en psychanalyse. Il n'était pas homogène, l'échelle concernant le travail s'améliorant beaucoup, alors que les échelles portant sur les relations avec les proches (parents, proches parents, famille étendue) n'évoluaient pratiquement pas. Concernant le facteur « thérapeute », il est apparu que les thérapeutes plus âgés obtenaient de meilleurs résultats avec leurs patients, indépendamment du sexe du thérapeute ou du patient, et indépendamment du fait qu'il s'agisse d'une psychanalyse ou d'une psychothérapie. À propos de leur style, l'attitude classique psychanalytique (importance majeure accordée à la neutralité technique et à l'*insight*) n'est pas optimale, au moins du point de vue des résultats sur les symptômes, pour les patients en psychothérapie.

Vaughan et coll. (2000) ont réalisé une étude de faisabilité destinée : à rechercher si les patients en traitement psychodynamique, incluant la psychanalyse, pouvaient être recrutés et retenus comme sujets pour des études ; à déterminer la compliance du patient et du thérapeute à participer aux mesures d'évaluation, à partir de questionnaires, d'entretiens structurés et de séances enregistrées ; à obtenir des données pilotes sur les changements dans ces mesures après un an de traitement.

Cette étude a enrôlé 9 patients dans une psychanalyse et 15 patients dans une psychothérapie psychodynamique à 2 séances par semaine. Les mesures ont associé les instruments classiques de diagnostic et d'évaluation de la dépression, de l'anxiété, de l'adaptation sociale, des troubles de la personnalité, et des instruments permettant d'évaluer

des domaines considérés comme relevant particulièrement de la psychanalyse et de la psychothérapie psychodynamique : la mentalisation psychologique, le contrôle du comportement, le comportement social, les problèmes interpersonnels et l'alliance thérapeutique (tableau 5.V).

Les mesures de diagnostic ont objectivé des troubles de l'axe I (essentiellement des troubles de l'humeur et anxieux) chez plus de 60 % des patients ; les troubles de l'axe II, présents chez 57 % des patients, étaient rares en l'absence de troubles de l'axe I. Tous les patients qui sont restés (15) en traitement se sont améliorés. Les résultats ont montré une réduction des symptômes, un meilleur fonctionnement mental, une amélioration significative des problèmes interpersonnels après un an de traitement, pas de modification significative des mesures de personnalité, une amélioration significative de la capacité de réflexion, mais pas de véritable évolution du contrôle du comportement. Les mesures de l'alliance thérapeutique n'ont pas révélé de modification de la cotation des patients ; en revanche, il existait une amélioration de celle des thérapeutes.

Concernant la faisabilité d'une étude d'efficacité chez des patients en psychothérapie longue ou en psychanalyse, on peut constater que tous les patients ayant maintenu leur traitement sont restés dans le protocole de l'étude. La difficulté du recrutement des patients appartenant au groupe « psychanalyse » (27 %) par rapport au groupe « psychothérapie » (83 %) semble relever essentiellement des cliniciens. Il existerait encore une forte résistance à ce type d'étude parmi les psychanalystes cliniciens, résistance qu'ils communiquent à leurs patients. La situation pourrait changer si la recherche sur l'évaluation devenait une mission centrale des instituts psychanalytiques.

Tableau 5.V. Instruments utilisés dans l'étude de Vaughan et coll. (2000)

A. Autoquestionnaires

1. Variables démographiques
2. Liste de contrôle 90 (SCL-90) de symptômes
3. Inventaire de dépression (BDI)
4. Inventaire de traits d'état d'anxiété de Spielberger (STAI)
5. Inventaire de satisfaction sexuelle de Golombok (GRISS)
6. Neuroticisme, extraversion, franchise. Modèle de personnalité à cinq facteurs (NEO)
7. Réflexion psychologique (PM)
8. Contrôle du comportement (LCB)
9. Évaluation structurée du comportement social (SASB)
10. Inventaire des problèmes interpersonnels (IIP)

B. Mesures évaluées par des cotateurs

1. Entretien clinique structuré pour le DSM-III-R Axe I (SCID-I)
2. Entretien clinique structuré pour le DSM-III-R Axe II (SCID-II)
3. Échelle d'adaptation sociale

C. Enregistrement audio des cinq premières séances de traitement pour les mesures de cotation

1. Patterns relatifs au Thème conflictuel relationnel central (CCRT)
2. Échelle d'évaluation des mécanismes de défense (DMRS)
3. Échelle d'alliance psychothérapique de Californie - version évaluateur (CALPAS-R)

D. À partir de l'enregistrement de la 5^e séance : mesures par le patient

1. Échelle d'alliance psychothérapique de Californie – version autoquestionnaire (CALPAS-P)
2. Évaluation par l'échelle d'impact de la recherche – version patient (AIRS-P)

E . À partir de l'enregistrement de la 5^e séance : mesures par le thérapeute

1. Échelle d'alliance psychothérapique de Californie – version thérapeute (CALPAS-T)
2. Évaluation par l'échelle d'impact de la recherche – version thérapeute (AIRS-T)

À 6 mois : répétition de C à E ; à 1 an : répétition de A à E

Critères pour une « bonne recherche » évaluative des effets d'une psychothérapie psychodynamique

Bachrach et coll. (1991) ont procédé à une analyse systématique des études d'efficacité de la psychanalyse (incluant les psychothérapies psychanalytiques) depuis ses débuts (Coriat, 1917) jusqu'aux années 1990. Ils remarquent que dès l'origine, les psychanalystes investigateurs ont été conscients de l'importance de l'objectivité, de la fiabilité et de l'indépendance de l'observation. Cependant, à l'exception de l'étude Menninger (Kernberg, 1973) et de toutes les études basées sur la méthodologie de Pfeffer (Pfeffer, 1959), la plupart des études n'ont pas réalisé une exploration soigneuse de la nature individuelle du changement. C'est ainsi que de nombreuses études ont été construites sur des modèles statistiques multivariés plus adaptés à la détermination de tendances générales. La plupart des études ne fournissent aucune indication sur la nature de la contribution de l'analyste au processus du traitement dans des cas individuels, facteur qui concerne beaucoup plus directement les analystes. Alors que les études révèlent une relation substantielle entre le développement d'un processus analytique et le bénéfice thérapeutique, les caractéristiques initiales du patient ne permettent pas vraiment, sauf dans des cas extrêmes, de prédire la nature du résultat.

Bachrach et coll. (1991) proposent cinq critères pour une recherche évaluative : il faut montrer que le traitement évalué a réellement été mis en place ; le traitement doit être conduit par des praticiens suffisamment formés et expérimentés suivant des principes de pratique classiquement acceptés ; il doit être évalué en relation avec les conditions cliniques dans lesquelles il est applicable ; les patients doivent correspondre aux pré-requis du traitement ; les variables pertinentes doivent être spécifiées, opérationnalisées et étudiées systématiquement. Si les caractéristiques des patients ont été plutôt bien spécifiées et étudiées, celles du processus (à l'exception peut-être des conditions de sa mise en place et de l'interaction analyste-analysant) l'ont été beaucoup moins. Quant à celles concernant l'analyste, elles n'ont été étudiées que de façon rudimentaire. Il reste à obtenir des définitions opérationnelles claires et consensuelles de termes tels que l'amélioration, le bénéfice thérapeutique, le processus analytique et même les conditions de terminaison.

Poursuivant le travail engagé par Bachrach, Waldron (1997) a réalisé une revue synthétique de différents moyens permettant d'étudier les résultats de la psychanalyse. Il en tire un certain nombre d'enseignements et de recommandations. Deux niveaux doivent être pris en compte pour accomplir des études évaluatives :

- les principales dimensions cliniques du processus psychanalytique doivent être évaluées de façon fiable par des observateurs extérieurs aussi bien que par l'analyste traitant ;
- les scores issus des cotateurs doivent différencier un traitement d'un autre d'une façon cliniquement significative. En d'autres termes, les évaluateurs doivent être capables de distinguer les caractéristiques du traitement – celles du patient, du thérapeute, ou de l'interaction thérapeute-patient – qui ont des propriétés prédictives importantes.

La psychanalyse est fondamentalement un processus complexe. Les variables observées doivent être multiples. Une intervention technique (comme l'interprétation) ne doit pas être appréhendée seulement en termes quantitatifs, mais également qualitatifs. Cette complexité du problème devrait conduire à une collaboration entre différents chercheurs et cliniciens.

Waldron insiste sur la complémentarité entre études portant sur un cas unique et études de population. Les méthodes statistiques portant sur un échantillon de population permettent de dégager des tendances générales. Elles sont inapplicables lorsque l'objet de l'étude est un événement unique ou rare – une occurrence historique majeure, par exemple. Elles sont également inapplicables quand les nécessités techniques pour obtenir l'échantillon à étudier excèdent de loin les capacités de l'investigateur : la taille de l'échantillon nécessaire pour démontrer la signification de la contribution des variables s'accroît avec le nombre de variables et ces variables peuvent être nombreuses dans les populations étudiées en thérapie psychodynamique.

Les études de cas nécessitent de définir les buts et la méthodologie, la situation qui va être étudiée, la logique qui lie les observations avec les conclusions, et les critères permettant de déterminer jusqu'à quel point ce lien est satisfaisant. Elles permettent d'étudier les séquences d'interaction entre le psychothérapeute et le patient, la relation entre interprétation et prise de conscience (Gedo et Schaffer, 1989 ; Waldron, 1997), l'évolution du récit et du processus narratif (Nye, 1991). Des outils spéciaux destinés à l'analyse de séries temporelles ont été développés : la segmentation par séances ou unités plus courtes d'interaction sélectionnées au hasard ou à partir d'occurrences particulières (comme les pronoms et les unités thématiques) ; la méthode statistique spécifique à cette approche.

D'après Waldron, l'étude de cas est surtout utile pour savoir comment et pourquoi un phénomène se produit, alors que les méthodes concernant des échantillons de population sont plus adaptées à des questions telles que : qui, quoi, où, comment, combien et à quel point ? L'auteur insiste sur trois points :

- l'utilisation de mesures multiples dans la recherche d'efficacité. Appliquée à la pratique du clinicien, il montre l'intérêt de la mise en relation de l'enregistrement et des notes prises pendant ou après la séance, qui explorent des niveaux différents (la pensée et l'interaction langagière et émotionnelle). Certaines recherches remettent ainsi en question la classique neutralité comme facteur de progrès ;
- l'importance des mesures de qualité de vie qui s'expriment dans la qualité des relations et la capacité d'une implication productive. De multiples méthodes permettent d'évaluer ces variations. Outre les tests psychologiques comme le Rorschach, et l'Échelle santé-maladie de Luborsky (Luborsky, 1975) qui est présentée comme un outil fondamental, l'Inventaire des problèmes personnels d'Horowitz et coll. (1988), l'analyse du thème conflictuel central (Luborsky et coll., 1988), les tests psychologiques et l'analyse linguistique du matériel de la cure (suivant différentes méthodes) peuvent apporter des données très intéressantes. La validité de chaque évaluation est mieux établie à partir de mesures convergentes ;
- la nécessité de groupes de sujets contrôles et d'études de suivi. Les groupes contrôles permettent de s'assurer que les changements observés résultent seulement ou au moins d'abord du traitement. Les études de suivi qui ont été réalisées ont montré que les contacts après coup avec les patients, loin d'être nocifs, pouvaient être bénéfiques pour nombre d'entre eux.

Interface entre recherche évaluative en psychanalyse et d'autres stratégies psychothérapeutiques

La comparaison des résultats obtenus avec des techniques psychothérapeutiques se référant à des modèles différents et dont les objectifs ne sont pas les mêmes est complexe. Le problème se pose à trois niveaux : celui des catégories diagnostiques, celui des dimensions évaluées et

celui des protocoles de recherche. Nous avons vu précédemment que les deux premiers niveaux peuvent avoir des espaces communs (par exemple les symptômes) mais qu'il peut exister des divergences concernant le découpage des troubles et les critères d'évaluation des résultats. Le troisième niveau implique la nature même du traitement et la façon dont il est prescrit ou « engagé ». Pour une psychothérapie psychodynamique, le patient est amené à choisir un psychothérapeute en lequel il peut placer toute sa confiance. L'activité du psychothérapeute doit par ailleurs, pour une grande part, s'adapter au fonctionnement du patient qui ne vient pas seulement pour se débarrasser d'un symptôme gênant, mais pour exprimer sa souffrance et en appréhender les causes internes. Les études montrent qu'il est possible de réaliser une formalisation générale du protocole de la psychothérapie psychodynamique mise en oeuvre pour évaluer ses résultats (Freud l'a fait dès le départ pour les cas qu'il suivait) et qu'il est également possible de concevoir des groupes contrôles qui ne contredisent pas l'éthique la plus élémentaire. Cependant, deux critères « d'excellence » paraissent actuellement inapplicables aux recherches concernant les psychothérapies psychodynamiques : l'application directe de manuels de traitement (différente d'une référence à un manuel précisant ses points essentiels accompagnée d'une supervision) et la randomisation autoritaire des patients dans différents groupes de traitement (Waldron, 1997 ; Bateman et Fonagy, 2000 ; Blomberg et coll., 2001). **La tendance générale est que plutôt que de vouloir comparer des populations définies très globalement et en fait très hétérogènes, la recherche devrait s'efforcer de mieux préciser les caractéristiques des patients qui peuvent leur permettre, à un moment donné de bénéficier dans les meilleures conditions d'une approche thérapeutique spécifique (ajout demandé par JMT, peut être faudrait il revoir le style !).**

En conclusion, il existe la possibilité d'associer à des approches symptomatiques et nosologiques des approches dimensionnelles portant sur le fonctionnement psychodynamique et la santé mentale. Des instruments d'évaluation des changements psychodynamiques ont été développés. Ils ont montré une plus grande sensibilité dans l'appréciation des changements que les mesures quantitatives de symptômes. Concernant les variables impliquées dans les effets des psychothérapies psychodynamiques, les études existantes font surtout apparaître leur interaction, plutôt que leur action isolée. Il apparaît aujourd'hui possible d'identifier les critères d'une recherche qualitativement bonne applicable aux psychothérapies psychodynamiques et ainsi de réaliser des études méthodologiquement rigoureuses pour évaluer l'efficacité des psychothérapies longues.

En plus de la nécessité pragmatique de démontrer l'efficacité dans un cadre de soins, il y a également un besoin de valider les constructions théoriques et les techniques utilisées. Tout en respectant une rigueur scientifique, les chercheurs doivent produire une recherche qui soit pertinente et compatible avec la pratique clinique quotidienne. Cette recherche doit aborder conjointement l'évaluation des résultats et l'évaluation des processus. En effet, si une certaine technique thérapeutique montre qu'elle est efficace, les mécanismes de changement doivent être pris en considération et analysés par rapport à l'approche théorique pour comprendre ce qui se passe dans cette thérapie. Il est indispensable de considérer également les interactions qui se produisent entre certaines caractéristiques des patients et des aspects particuliers du traitement.

BIBLIOGRAPHIE

AAPRO N, DAZORD A, GERIN P, DE COULON N, SCARIATI G et coll. Psychothérapies dans un centre universitaire de formation : étude des facteurs de changement. *Psychotherapies* 1994, 4 : 183-188

- ALEXANDER F. Five-year report of the Chicago Institute for psychoanalysis, 1932-1937 and supplement to the five-year report. Critical evaluation of therapeutic results. 1937 : 30-43
- ALEXANDER FG, FRENCH TM. Psychoanalytic therapy : principles and applications. Ronald Press, New York 1946
- BACHRACH H, GALATZER-LEVY R, SKOLNIKOFF A, WALDRON S Jr. On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 1991, **39** : 871-916
- BARBER S, LANE RC. Efficacy research in psychodynamic therapy : a critical review of the literature. *Psychotherapy in Private Practice* 1995, **14** : 43-69
- BARBER JP, CRITS-CHRISTOPH P, LUBORSKY L. Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 619-622
- BARBER JP, CONNOLLY MB, CRITS-CHRISTOPH P, GLADIS L, SIQUELAND L. Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *J Consult Clin Psychol* 2000, **68** : 1027-1032
- BATEMAN AW, FONAGY P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry* 2000, **177** : 138-143
- BLOMBERG J, LAZAR A, SANDELL R. Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies : first findings of the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis study. *Psychother Res* 2001, **11** : 361-382
- BOGWALD KP, HOGLEND P, SORBYE O. Measurement of transference interpretations. *J Psychother Pract Res* 1999, **8** : 264-273
- BOTELLA C. Propositions pour une recherche clinique fondamentale. In : Le travail psychanalytique GREEN A ed, PUF, Paris 2003 : 27-41
- CORIAT IH. Some statistical results of the psychoanalytic treatment of the psychoneuroses. *Psychoanal Rev* 1917, **4** : 209-216
- CRITS-CHRISTOPH P, COOPER A, LUBORSKY L. The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1988, **56** : 490-495
- DEROGATIS LR. SCL-90-R. Administration, scoring and procedures. Manual-II, Clinical Psychometric Research, Towson MD 1983
- DEWITT KN, HARTLEY DE, ROSENBERG SE, ZILBERG NJ, WALLERSTEIN RS. Scales of psychological capacities : Development of an assessment approach. *Psychoanal Contemp Thought* 1991, **14** : 343-361
- EDELSON M. Is testing psychoanalytic hypotheses in the psychoanalytic situation really impossible ? In : Hypothesis and evidence in psychoanalysis. EDELSON M ed, University of Chicago Press, Chicago 1984 : 61-109
- ENDICOTT J, SPITZER RL, FLEISS JL, COHEN J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976, **33** : 766-771
- FENICHEL O. Ten years of the Berlin Psychoanalytic Institute, 1920-30. Report of therapeutic results. 1930 : 28-40
- FISHER S, GREENBERG RP. Freud scientifically reappraised : testing the theories and therapy. Wiley, New York 1996
- FONAGY P. An open door review of outcome studies in psychoanalysis. International Psychoanalytical Association, Research Comitee, London 1999
- FREE NK, GREEN BL, GRACE MC, CHERNUS LA, WHITMAN RM. Empathy and outcome in brief focal dynamic therapy. *Am J Psychiatry* 1985, **142** : 917-921
- FREUD S. Introduction à la psychanalyse. Petite Bibliothèque Payot, Paris (1916) 1971 : 443 p
- GASTON L. The concept of the alliance and its role in psychotherapy : Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy* 1990, **27** : 143-153

- GEDO PM, SCHAFFER N. An empirical approach to studying psychoanalytic process. *Psychoanal Psychol* 1989, **6** : 277-291
- GLOVER E, FENICHEL O, STRACHEY J, BERGLER E, NUMBERG H, BIBRING E. Symposium on the theory of the therapeutic results of psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 1937, **18** : 125-189
- GOIN M, STRAUSS G, MARTIN R. A change measure for psychodynamic psychotherapy outcome research. *J Psychother Pract Res*, 1995, **4** : 319-328
- HOGLEND P, BOGWALD KP, AMLO S, HEYERDAHL O, SORBYE O et coll. Assessment of change in dynamic psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 2000, **9** : 190-199
- HOROWITZ MJ, MARMAR CR, WEISS DS, KALTREIDER NB, WILNER NR. Comprehensive analysis of change after brief dynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1986, **143** : 582-589
- HOROWITZ LM, ROSENBERG SE, BAER SA, URENO G, VILLASENOR VS. Inventory of interpersonal problems : psychometric properties and clinical applications. *J Consult Clin Psychol* 1988, **56** : 885-892
- HOROWITZ LM, ROSENBERG SE, BARTHOLOMEW K. Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 549-560
- JONES E. Decennial report of the London Clinic of Psychoanalysis, 1926-1936. Results of treatment. 1936, 12-14
- JONES EE, GHANNAM J, NIGG JT, DYER JF. A paradigm for single-case research : the time series study of a long-term psychotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 381-394
- JOYCE AS, PIPER WE. Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 1998, **7** : 236-248
- KERNBERG OF. Summary and conclusions of "Psychotherapy and Psychoanalysis, final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project". *Int J Psychiatry* 1973, **11** : 62-77
- KNIGHT R. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiatry* 1941, **98** : 434-446
- KRAWITZ R. A prospective psychotherapy outcome study. *Aust N Z J Psychiatry* 1997, **3** : 465-473
- KRUPNICK JL, PINCUS HA. The cost-effectiveness of psychotherapy : a plan for research. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 1295-1305
- LASTRICO A, ANDREOLI A, GUEDDARI NS, AAPRO N, DAZORD A. Levels of the training of psychotherapists and results of analytic psychotherapy. *Ann Med Psychol* 1995, **153** : 676-686
- LEUZINGER-BOHLEBER M. Comment évaluer la qualité des traitements psychanalytiques ? Une association de méthodes de recherche psychanalytique et non psychanalytique dans une étude de suivi représentative et multi-perspectiviste de psychanalyses et thérapies psychanalytiques de longue durée. *In* : Conférence annuelle de la FEP, Bruxelles, Wolff, 2002 : 172-197
- LINGIARDI V, LONATI C, DELUCCHI F, FOSSATI A, VANZULLI L, MAFFEI C. Defense mechanisms and personality disorders. *J Nerv Ment Dis* 1999, **187** : 224-228
- LUBORSKY L. Clinician's judgments of mental health. *Arch Gen Psychiatry* 1962, **7** : 407-17
- LUBORSKY L. Clinicians' judgements of mental health : specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bull Menninger Clin* 1975, **35** : 448-480
- LUBORSKY L. Helping alliances in psychotherapy : The groundwork for a study of their relationship to its outcome. *In* : Successful psychotherapy. CLAGHORN JL ed, Brunner/Mazel, New York 1976 : 92-116
- LUBORSKY L. Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy : the core conflictual relationship theme. *In* : Communicative structures and psychic structures. FREEDMAN N, GRAND S eds, Plenum Press, New York 1977 : 367-395
- LUBORSKY L. Principles of psychodynamic psychotherapy : a manual for supportive-expressive treatment. Basic Books, New York 1984

- LUBORSKY L. The core conflictual relationship theme method : guide to scoring and rationale. Unpublished manuscript, 1986
- LUBORSKY L, BACHRACH H. Factors influencing clinician's judgments of mental health. Eighteen experiences with the Health-Sickness Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1974, **31** : 292-299
- LUBORSKY L, CRITS-CHRISTOPH P, MINTZ J, AUERBACH A. Who will benefit from psychotherapy ? Predicting therapeutic outcomes. Basic Books, New York 1988
- LUBORSKY L, DIGUER L, LUBORSKY E, MCLELLAN AT, WOODY G, ALEXANDER L. Psychological health-sickness (PHS) as a predictor of outcomes in dynamic and other psychotherapies. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 542-548
- MAIN M, KAPLAN N, CASSIDY J. Security in infancy, childhood and adulthood : a move to the level of representation. In : Growing points in attachment theory and research. BRETHERTON I, WATERS E eds, *Monogr Soc Res Child Dev* 1985, **50** : 66-106
- MALAN D. The outcome problem in psychotherapy research : a historical view. *Arch Gen Psychiatry* 1973, **29** : 151-158
- MCCULLOUGH L, WINSTON A, FARBER BA, PORTER F, POLLACK J et coll. The relationship of patient therapist interaction to outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy* 1991, **28** : 525-533
- MONSEN J, ODLAND T, FAUGLI A, EILERTSEN DE. Personality disorders : changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychother Res* 1995, **5** : 33-48
- NYE C. Discourse analysis of narrative process in a psychoanalytic case. Presented to the meeting of the Society for Psychotherapy Research, June 1991
- OGRODNICZUK JS, PIPER WE. Measuring therapist technique in psychodynamic psychotherapies. Development and use of a new scale. *J Psychother Pract Res* 1999, **8** : 142-154
- OGRODNICZUK JS, PIPER WE, JOYCE AS, MCCALLUM M. Effect of patient gender on outcome in two forms of short-term individual psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 2001, **10** : 69-78
- OMS. Renforcement de la promotion de la santé mentale. Aide mémoire n° 220, révisé 2001. <http://www.who.int/inf-fs/fr/am220.html>
- PARIS , 1987**
- PERRY JC. Defense Mechanisms Rating Scale. Cambridge Hospital-Harvard Medical School, Boston 1991
- PFEFFER AZ. A procedure for evaluating the results of psychoanalysis : a preliminary report. *J Am Psychoanal Assoc* 1959, **7** : 418-444
- PIPER WE, DEBBANE EG, DE CARUFEL FL, BIENVENU JP. A system for differentiating therapist interpretations and other interventions. *Bull Menninger Clin* 1987, **51** : 532-550
- PIPER WE, AZIM HF, MCCALLUM M, JOYCE AS. Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1990, **58** : 475-481
- SANDELL R, BLOMBERG A, LAZAR A, SCHUBERT J., CARLSSON J., BROBERG J. Traduction de l'exposé « Problèmes méthodologiques posés par l'évaluation des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse » APEP, 2001
- SHAFER R. Generative empathy in the treatment situation. *Psychoanal Q* 1959, **28** : 347-373
- SHULMAN DG. Psychoanalysis and the quantitative research tradition. *Psychoanal Rev* 1990, **77** : 245-261
- STONE , 1987**
- STRUPP HH, HADLEY SW. Specific vs nonspecific factors in psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1979, **36** : 1125-1136

SUNDIN E, ARMELIUS B, NILSSON T. Reliability studies of scales of psychological capacities : a new method to assess psychological change. *Psychoanal Contemp Thought* 1994, **17** : 591-615

THURIN JM, THURIN M, WIDÖCHER D, TIEDER-KAMINSKY S, KAMINSKY P, GRUMBACH A. Analyse descriptive et comparative des rêves au cours d'une psychothérapie. Fonctions du rêve, relations au conflit central du patient, évolution. Étude de faisabilité d'une méthodologie clinique en sciences cognitives appliquée au domaine de la psychopathologie. Rapport du CNEP 94 CN 40 – Inserm, 1996 : 333 p

VAUGHAN SC, MARSHALL RD, MACKINNON RA, VAUGHAN R, MELLMAN L, ROOSE SP. Can we do psychoanalytic outcome research ? A feasibility study. *Int J Psychoanal* 2000, **81** : 513-527

WALDRON S. How can we study the efficacy of psychoanalysis ? *Psychoanal Q* 1997, **66** : 283-322

WALLERSTEIN RS. Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy. Guilford, New York 1986

WEINRYB RM, ROSSEL RJ. Karolinska Psychodynamic Profile. KAPP. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1991, **363** : 1-23

WEISSMAN MM. The assessment of social adjustment. A review of techniques. *Arch Gen Psychiatry* 1975, **32** : 357-365

WIDLÖCHER D. L'esprit de recherche en psychanalyse. In : Le travail psychanalytique. GREEN A ed, PUF, Paris 2003 : 17-25

WILCZEK A, WEINRYB RM, GUSTAVSSON PJ, BARBER JP, SCHUBERT J, ASBERG M. Symptoms and character traits in patients selected for long-term psychodynamic psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 1997, **7** : 23-34

WILCZEK , 1998

6

Bilan des études d'évaluation

La littérature sur l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies dynamiques (longues ou brèves) dans différentes pathologies psychiatriques peut être analysée, selon les critères définis pour cette expertise, dans les six grandes catégories de troubles suivantes : troubles « névrotiques », schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire et troubles de la personnalité. Au total, 11 méta-analyses ont été retenues concernant des troubles spécifiques ainsi que 3 méta-analyses concernant les psychothérapies brèves appliquées à plusieurs troubles. Les résultats sont complétés par ceux issus de travaux avec groupe contrôle (10 études), ou sans (11 études). Le tableau 6.I résume les principales études et méta-analyses prises en considération.

Tableau 6.I: Récapitulatif des principales études analysées pour l'évaluation de l'approche psychodynamique (psychanalytique)

Pathologies	Études retenues : méta-analyses, revues systématiques et études contrôlées
Troubles névrotiques	1 méta-analyse : Andrews et Harvey, 1981 1 étude contrôlée : Blay et coll., 2002
Schizophrénie	3 méta-analyses : Malmberg et Fenton, 2002 ; Wunderlich et coll., 1996 ; Mojtabai et coll., 1998
Troubles de l'humeur	3 méta-analyses : Leichsenring, 2001 ; Robinson et coll., 1990 ; McCusker et coll., 1998 3 études contrôlées : Burnand et coll., 2002 ; Guthrie et coll, 1999 et 2001
Troubles de la personnalité	1 méta-analyse : Leichsenring et Leibing, 2003 2 revues systématiques : Bateman et Fonagy, 2000 ; Adler, 1989
• Personnalité borderline	3 études contrôlées : Bateman et Fonagy, 1999 ; Woody et coll., 1985 ; Munroe- Blum et Marziali, 1995
• Personnalité évitante	1 étude contrôlée : Winston et coll., 1994 ;
Troubles anxieux	
• Trouble panique	1 revue de cas : Milrod et Shear, 1991 1 étude contrôlée : Wiborg et Dahl, 1996
• État de stress post- traumatique	1 étude contrôlée : Brom et coll., 1989
Plusieurs troubles confondus	3 méta-analyses : Anderson et Lambert, 1995 ; Crits-Christoph, 1992 ; Svartberg et Stiles, 1991

Le choix d'une évaluation des résultats de psychothérapies psychodynamiques à partir de catégories isolées de troubles (classification du DSM-IV) peut être discuté. En effet, la majorité des patients qui s'engagent dans une psychothérapie psychodynamique le font à l'occasion d'une dépression ou d'un symptôme particulier qui sont susceptibles de s'améliorer rapidement. En revanche, la psychopathologie sous-jacente (troubles de la personnalité, addiction, conduites à risque...) pose des problèmes autrement complexes qui vont devoir être abordés de façon à la fois focale et globale. De façon générale, la pathologie initiale d'appel est alors rapidement oubliée et le résultat de son traitement non évalué car

les objectifs se sont déplacés vers la recherche d'une meilleure santé mentale impliquant différentes dimensions qui ont été évoquée précédemment. L'étude de Doidge et coll. (1994) portant sur les caractéristiques de 580 patients traités en psychanalyse fait apparaître que le nombre moyen de troubles de l'axe I DSM-III présents au début de leur traitement était de 4,16 et qu'ils étaient accompagnés dans 71,4 % des cas d'au moins un diagnostic de l'axe II. Cette même constatation est également évoquée dans des études plus récentes (Vaughan et coll., 2000 ; Blomberg et coll., 2001). Enfin, les grandes catégories recouvrent des troubles différents (il existe différents types de dépressions ou de schizophrénies) qui non seulement peuvent varier au niveau de leur sévérité, mais concernent finalement des cas dont l'abord thérapeutique ne peut être le même. Ainsi, par exemple, certaines dépressions peu « bruyantes » rangées sous le terme de dysthymie posent des problèmes thérapeutiques beaucoup plus complexes que ceux de la dépression dite « majeure ».

Résultats des études d'évaluation concernant une ou plusieurs catégories de troubles

Nous présenterons pour chaque pathologie en premier lieu les méta-analyses (si elles existent), les revues systématiques d'études contrôlées et les études contrôlées, puis les autres études. Chaque étude sera présentée, chaque fois que cela est possible, en précisant successivement son objectif général, la population concernée et le cadre du traitement ; la technique utilisée, le sous-modèle théorique de référence et les objectifs spécifiques correspondants ; la méthodologie utilisée ; les résultats ; les commentaires.

Méta-analyse concernant les patients « névrotiques »

Une seule méta-analyse (Andrews et Harvey, 1981) traite de l'efficacité des psychothérapies pour les patients « névrotiques » (le contenu de ce terme n'est pas précisé). Reprenant la méta-analyse de Smith et coll. (1980), elle porte sur 292 tailles d'effet (mesure standard d'amélioration) issues de 81 études contrôlées publiées entre 1941 et 1976, concernant 2 202 patients exprimant des « plaintes névrotiques » (tableau 6.II). Parmi ces patients, 88 % avaient des névroses ou de vraies phobies, et 12 % des troubles émotionnels somatiques. Elle ne concerne que des patients qui ont recherché eux-mêmes une psychothérapie ou qui ont été adressés par un référent pour le faire. La moyenne d'âge des patients est de 30 ans, de genres masculin et féminin répartis de façon équivalente.

La moyenne des tailles d'effet est de 0,72, ce qui indique que chez des personnes ayant eu une psychothérapie, l'amélioration moyenne est de 72 % supérieure à celle observée chez les sujets du groupe témoin. Les psychothérapies psychodynamiques obtiennent une taille d'effet moyenne de 0,72. La taille d'effet moyenne pour le placebo est de 0,55.

Cette méta-analyse montre l'efficacité générale des psychothérapies psychodynamiques et comportementales chez les patients « névrotiques ». Les psychothérapies de « conseil » et de « développement », qui apportent soutien et confort, n'obtiennent pas ce résultat. Cependant, les facteurs spécifiques et non spécifiques qui ont contribué à l'amélioration ne sont pas pris en compte. La durée des traitements est très variable, tout comme l'âge des patients (près d'un tiers de la population des études retenues a été traitée dans une école ou un collège). La sévérité des troubles traités par chaque approche n'est pas précisée. La nature des bénéfices obtenus reste assez vague, du fait même de la dispersion des outils de mesure utilisés. Comme le soulignent les auteurs, on regrette l'absence du questionnaire général de santé (GHQ de Goldberg, 1972) qui aurait permis une véritable évaluation clinique du résultat.

Cette méta-analyse, qui est une ré-analyse des résultats de deux méta-analyses (Smith et Glass, 1977 ; Smith et coll., 1980), fait bien apparaître comment des biais méthodologiques majeurs peuvent se glisser dans les études contrôlées et réapparaître dans une méta-analyse. Les principaux biais concernent le recrutement des personnes (au sein d'une population normale, souffrant d'un symptôme particulier ou au sein d'une population psychiatrique traditionnelle), l'absence de définition précise des troubles, la variété des indicateurs et des mesures sélectionnés et les spécificités d'indication des différentes psychothérapies. Concernant le recrutement, certaines études portent sur des sujets sélectionnés parmi la population à cause de leur score élevé d'anxiété confrontés à des rats ou de leur peur de parler en public, elles sont de nature différente de celles portant sur des populations cliniques où les patients réels ne coïncident pas toujours avec les critères d'inclusion et où la technique s'adapte à leur spécificité. Paradoxalement, les premières risquent d'être mieux considérées parce que leurs qualités méthodologiques formelles sont meilleures. Les auteurs soulignent également l'absence fréquente de données concernant la sévérité du diagnostic qui conditionne en fait le choix de la thérapie et la durée du traitement. Une psychothérapie peut ainsi très bien avoir des résultats pour un certain degré de sévérité et pas pour un autre, y compris de sévérité moindre. Un acquis non négligeable de cette étude est que l'efficacité des « psychothérapies actives » se manifeste d'autant plus que la pathologie est importante. Les études de suivi montrent que les résultats sont stables pendant plusieurs mois, puis déclinent ensuite lentement, avec une diminution de la taille d'effet estimée à 0,2 unité par an. Par ailleurs, une rechute ne signifie pas nécessairement que le traitement a échoué et encore moins qu'il est terminé. L'analyse de l'efficacité sur une courte échelle de temps peut représenter un biais important car elle ne situe pas précisément les objectifs qui sont recherchés en fonction de la population concernée. Cet aspect apparaît également dans les méta-analyses sur les résultats des psychothérapies « courtes ou brèves ». Il est en effet naïf de penser que les psychothérapies brèves peuvent être adaptées aux troubles de la personnalité et aux névroses chroniques. Certains de ces états requièrent un traitement prolongé et intensif. Il est essentiel que de tels traitements puissent être un axe central de la recherche évaluative.

En conclusion, Andrews et Harvey remarquent que leur méta-analyse apporte des données trop générales pour répondre à la question : « Quel traitement pour quel patient ? ».

Tableau 6.II : Méta-analyse de Andrews et Harvey (1981) concernant les « névroses »

Critères inclusion/exclusion	Description	Résultats
Critères inclusion : 88 % névroses ou vraies phobies 12 % plaintes somatiques émotionnelles. Aucune étude ne concernait seulement des dépressifs. Sollicitation du traitement par la personne elle-même	81 essais contrôlés entre 1941 et 1976 2 202 personnes présentant des plaintes névrotiques et ayant sollicité un traitement. Âge moyen : 30 ans (7-52 ans) Durée traitement : moyenne 18 h/15 semaines	292 tailles d'effets moyenne = 0,72 psychothérapies psychodynamiques = 0,72 <u>Psychothérapies</u> <u>Comportementales : 0,97</u> psychothérapies de développement = 0,35 placebo = 0,55
Critères exclusion : pseudo phobies, psychotiques, délinquants, criminels, toxicomanes, handicapés, personnes normales	Thérapeutes expérimentés	

Études concernant les effets de la psychothérapie brève dans des groupes de patients « névrotiques »

L'étude prospective de Junkert-Tress et coll. (2001) concerne l'effet d'une psychothérapie dynamique brève (PDB) sur des patients souffrant de troubles névrotiques, somatoformes et

de la personnalité. Elle porte sur 75 patients recrutés en clinique ambulatoire. Il s'agit d'une étude naturaliste sans groupe contrôle, chaque sujet étant son propre témoin. La technique de PDB utilisée est celle de Strupp et Binder (1984). Elle est focalisée sur l'analyse des manifestations du transfert à la fois dans la relation actuelle thérapeute-patient et dans les relations conflictuelles qui se produisent en dehors de la dyade thérapeutique. Elle s'appuie sur le modèle théorique suivant lequel la détresse psychologique et les problèmes d'interaction seraient renforcés par des comportements interpersonnels mal adaptés ayant leur origine dans les relations avec les objets primaires de la petite enfance. L'enfant introjecterait (reprendrait à son compte et s'identifierait à) l'image qui lui est renvoyée de lui-même et le comportement qui l'accompagne. Ces conduites, qui s'auto-perpétuent, pourraient être également identifiées chez les patients avec des troubles somatoformes, les symptômes étant souvent considérés comme un résultat de leur caractère interpersonnel significatif.

Cette étude s'appuie sur tout un ensemble de mesures, autoquestionnaires et inventaires validés, utilisés par les thérapeutes : SCL-90-R, *INTREX Introject Questionnaire* (Benjamin, 1974 et 1984), *GAF, Impairment scale* (Shepank, 1994).

Les résultats montrent que la détresse psychologique était considérable au départ, sans aucune différence significative entre les groupes diagnostiques (tableau 6.III). Une réduction de la détresse symptomatique a été mise en évidence à la fin de la thérapie, tant pour l'échantillon entier que pour chaque groupe diagnostique. La détresse est légèrement remontée puis est restée stable. Concernant la représentation de soi, cette étude a utilisé l'introjection comme une des bases de la structure de la personnalité. Elle a évalué les changements concernant la représentation que les patients avaient d'eux-mêmes et la façon dont ils s'évaluaient (en pire ou en mieux). Cette représentation a été mise en relation avec les changements au niveau des symptômes. L'association d'une amélioration symptomatique et de changements dans la représentation de soi introjectée diffère suivant les groupes diagnostiques. Ainsi, dans le groupe somatoforme, un comportement plus adapté a été rapporté à la fin de la thérapie et durant la période des 6 mois de suivi, et cela parallèlement à l'amélioration symptomatique. Dans le groupe névrotique, les affiliations négatives se sont considérablement réduites, ainsi que l'index de gravité symptomatique. Dans le groupe des troubles de la personnalité, l'évolution de l'introjection vers le meilleur et la réduction de l'identification de l'image de soi au pire ne sont apparues qu'avec retard et se sont renforcées durant la période de suivi. Les symptômes cliniques ont peu changé, mise à part l'attitude hostile envers soi qui, après une période de renforcement durant la thérapie, s'est améliorée lentement durant la période de suivi. Le handicap des patients s'est réduit dans les trois groupes, jusqu'à atteindre le seuil de la normalité. Le fonctionnement global s'est amélioré dans tous les groupes diagnostiques. Cet effet est resté stable. Un intérêt majeur de cette étude est d'avoir étudié à la fois les changements symptomatiques et les modifications structurales, en particulier au niveau de la représentation de soi et de son association avec ses propres comportements et ceux des autres qui y sont associés.

La conclusion des auteurs est que l'approche « Strupp et Binder » de la PDB est très efficace pour les patients avec troubles somatoformes. De façon convergente avec d'autres résultats empiriques, les patients avec des troubles névrotiques en ont également bien tiré profit, tandis que ceux qui présentaient des troubles de la personnalité n'ont obtenu qu'un effet positif faible. Cependant, l'absence de groupe contrôle réduit la portée de ces résultats.

Tableau 6.III : Étude de Junkert-Tress et coll. (2001) sur les effets de la psychothérapie brève pour les troubles névrotiques, somatoformes et de la personnalité

Critères d'inclusion/exclusion	Description	Résultats
Critères inclusion : troubles de la	Taille échantillon : 75 (87 – 12 sorties	Cette forme structurée de

personnalité (n = 24), troubles somatoformes (n = 24) et troubles névrotiques (n = 27) incluant troubles de l'humeur (moyens, phobiques et anxieux)	de l'étude) Âge moyen : 36 ans Durée traitement : 25 séances 42 thérapeutes avec expérience psychothérapie 2 ans et plus, formés au modèle de « Conduite inadaptée en cercle » de Strupp et Binder avec manuel	psychothérapie psychodynamique, complétée par une supervision régulière centrée sur le comportement interpersonnel actuel du psychothérapeute pourrait être efficace dans les troubles somatoformes névrotiques et de la personnalité
---	---	---

L'étude contrôlée de Blay et coll. (2002) a cherché à étudier les résultats à long terme de la psychothérapie dynamique brève de groupe (PDBG) en comparaison avec une approche clinique standard chez 84 patients présentant des troubles psychiatriques mineurs : troubles affectifs (moyens à modérés), anxieux, somatoformes, problèmes d'adaptation et sexuels. Les critères d'inclusion étaient ceux du DSM-IV et la durée des troubles devait être inférieure ou égale à 5 ans. La psychothérapie d'orientation psychodynamique reposait sur les principes de Sifneos (1987). Cette psychothérapie est centrée sur le conflit œdipien, et ses indications sont l'anxiété, la dépression, les phobies, la conversion, les traits obsessionnels compulsifs moyens et les troubles de la personnalité impliquant des difficultés interpersonnelles bien délimitées. Le thérapeute utilise des confrontations provoquant l'anxiété pour clarifier les questions qui concernent le patient à propos d'événements précoces de sa vie et du conflit actuel, avec l'objectif de l'aider à identifier et à élaborer (comprendre, distancier et pouvoir aborder) des problématiques telles que l'anxiété ou les conflits interpersonnels. Les techniques de groupe ont inclus le questionnement, des confrontations limitées, l'expression de sentiments intenses issus de la discussion, la recherche des conduites répétitives, l'analyse du transfert et des modes de résistance.

Tous les patients inclus dans ce groupe ont participé à 8 séances de psychothérapie (deux fois par semaine pendant un mois). Pour faciliter l'adaptation et la participation des membres du groupe, chaque séance commençait par la projection d'une vidéo de 20 à 30 minutes. Ces vidéos abordaient les thèmes suivants : relations personnelles, travail, religion, alcoolisme, relations familiales, sexualité, violence et honnêteté. Les patients étaient répartis de façon randomisée entre un groupe expérimental et un groupe contrôle. Une première évaluation a été réalisée à partir du questionnaire général de santé (*General health questionnaire* GHQ-12, Goldberg, 1972). L'évaluation a été réalisée à deux périodes : rapidement après la fin du traitement et à deux ans de suivi.

Sur la base du GHQ, le groupe PDBG a montré à la fin du traitement une amélioration significative chez 23 des 42 patients (54,8 %) *versus* 11 des 41 (26,8 %) du groupe « approche clinique standard ». La différence du taux total d'amélioration était de 28 %. En revanche, aucun effet différentiel au suivi n'a été trouvé entre le groupe PDBG et le groupe de gestion clinique standard. Les conclusions des auteurs sont donc que la psychothérapie psychodynamique de groupe apparaît avoir des effets positifs à la fin du traitement, mais que les changements obtenus ne sont pas stables (tableau 6.IV).

Tableau 6.IV : Étude contrôlée de Blay et coll. (2002) sur la psychothérapie psychodynamique de groupe pour les troubles psychiatriques mineurs

Critères d'inclusion/exclusion	Description	Résultats
Critères inclusion : psychothérapie brève ; score d'au moins 4 sur les 12 items du GHQ ; présentant un des types suivants de troubles du DSM-IV : troubles affectifs (moyens à modérés), anxiété, troubles somatoformes, problèmes d'adaptation et sexuels ; durée de	Psychothérapie suivant les principes de Sifneos Taille échantillon : 84 patients Âge moyen : 20-60 ans M et F Durée traitement : 8 séances initiées par film vidéo Thérapeutes : psychiatres entraînés	La psychothérapie dynamique brève de groupe constitue un traitement supérieur à celui de la gestion clinique à la fin du traitement. Les résultats ne sont pas maintenus à deux ans. Les auteurs regrettent l'absence de groupe contrôle pour identifier le rôle

l'épisode inférieure ou égale à 5 ans et expérimentés Critères exclusion : patients présentant une psychose évidente, déficience d'apprentissages, trouble grave de la personnalité, mésusage de drogue et d'alcool, démence et autres troubles organiques du cerveau, maladie médicale sévère ou instable pouvant créer une modification marquée de l'état mental	propre de la psychothérapie et l'influence de sa durée par rapport à celui (non spécifique) du groupe. Une méthode standardisée de traitement aurait favorisé la généralisation des résultats, de même que le suivi des événements de vie et des traitements éventuels durant la période de suivi.
--	--

Méta-analyses concernant la schizophrénie

La schizophrénie est sans doute la pathologie mentale où la compétence du psychothérapeute, ses qualités humaines et d'interaction sont le plus mises à l'épreuve, du moins en début de traitement (Diatkine, 1973). La construction théorique et technique s'est constituée pour une part essentielle à partir de cas individuels relatés (par exemple, Secheyne, 1968 ; Pankov, 1973 ; Winnicott, 1977 ; McDougall et Lebovici, 1984). La psychothérapie requiert un cadre particulièrement stable dans la durée, une implication et une alliance forte du patient et du psychothérapeute. Dans ce contexte très individualisé, les études de population sont par définition très difficiles à réaliser et peu nombreuses. Lorsqu'elles existent, elles souffrent souvent de biais méthodologiques pour plusieurs raisons : les protocoles psychothérapeutiques psychodynamiques sont faiblement standardisés, les cotuteurs ne sont pas réellement externes, les psychothérapeutes ne sont pas vraiment formés et/ou sont isolés du reste de l'équipe thérapeutique (Letarte, 1994). En outre, il existe des facteurs de contexte (autres traitements, cadre dans lequel a lieu la psychothérapie – hôpital, centre ambulatoire de soins, cabinet – implication de l'environnement soignant, familial et social). Les études de suivi posent des problèmes massifs d'exécution, d'analyse, de présentation et d'interprétation (May, 1976). Les méta-analyses amplifient ces caractéristiques.

Trois méta-analyses ont été retenues pour la schizophrénie. La méta-analyse de Malmberg et Fenton (2002) concerne les études impliquant les personnes souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie (incluant les troubles schizoïdes, schizo-affectifs et schizophréniformes) ou une maladie mentale psychotique de sévérité similaire, sans prise en compte de l'âge et du genre. Ses objectifs sont de faire la revue des effets de la psychothérapie psychodynamique individuelle ou de la psychanalyse, avec ou sans soin standard, en comparaison avec : le soin standard (antipsychotiques, apprentissage d'outils) ; d'autres interventions psychosociales ; l'absence de soins. Il a également été proposé de voir s'il existait des différences de réponse entre les patients hospitalisés et ambulatoires ; les patients vivant seuls ou en famille ; les personnes dont c'était le premier épisode de schizophrénie par rapport à celles dont la maladie est de plus longue durée ; les techniques psychanalytiques strictes et les techniques intégrant une activité de soutien et de direction. Contrastant avec ce programme ambitieux, cette méta-analyse fait surtout apparaître l'importance du manque de données (tableau 6.V). Une fois mises de côté les études qui ne répondent pas aux critères de Cochrane (essais randomisés en simple aveugle de psychothérapie psychodynamique individuelle ou de psychanalyse concernant les personnes souffrant de schizophrénie ou de maladie mentale sévère, précision des critères nécessaires pour répondre aux questions de la méta-analyse) ou non encore terminées, il ne reste qu'une seule étude susceptible d'être incluse dans la méta-analyse (May, 1976) et permettant les comparaisons d'efficacité suivantes : psychothérapie psychodynamique (PPD) *versus* médicament, PPD associée à médicament *versus* médicament seul et PPD individuelle *versus* PPD de groupe. Les principaux résultats de cette étude sont un nombre réduit de suicides

dans le groupe PPD (1 *versus* 3 dans le groupe médicament, mais la signification statistique n'est pas atteinte) ainsi que dans le groupe PPD + médicament (0 *versus* 3 dans le groupe médicament). Ceux qui ne recevaient pas de médicament à l'hôpital (un des groupes de l'étude), continuaient à être moins enclins à recevoir des médicaments en dehors de l'hôpital à trois ans. En revanche, le niveau de santé obtenu par PPD seule est inférieur à celui obtenu par médicament seul. Cette étude n'apporte évidemment aucune possibilité de généralisation. L'échantillon est composé de 92 à 160 patients, ce qui est très peu par rapport au nombre de patients souffrant de schizophrénie et de troubles mentaux sévères ayant bénéficié d'une psychothérapie psychodynamique. En outre, l'étude de référence principale date de 1976. Il s'agit de patients hospitalisés dans des conditions qui ne sont pas précisées. Il est difficile de savoir jusqu'à quel point les participants de l'étude de May ressemblent à ceux qui sont vus normalement en pratique clinique, avec des critères d'entrée dans l'étude tels que « pas d'amélioration probable » et où ceux qui répondaient rapidement étaient exclus.

Aucun essai n'a été identifié ayant étudié l'efficacité d'une approche psychanalytique proprement dite pour les personnes souffrant de schizophrénie. Il n'y a pas de données sur l'efficacité des psychothérapies chez les patients traités en ambulatoire, elles existent uniquement chez les patients hospitalisés. Les auteurs concluent sur la nécessité de développer la recherche évaluative dans ce domaine en veillant particulièrement à la qualité des études. À ce sujet, il est intéressant de signaler le travail d'un groupe de psychiatres français (Gauthier, Odier et Souffir, à paraître 2004) de l'Association de santé mentale dans le XIII^e arrondissement (ASM 13, Paris) qui a mis au point une échelle d'évaluation des états psychotiques chroniques, basée sur une compréhension psychanalytique de la pathologie mentale. Cette échelle repose sur une étude de l'ensemble de la situation du patient : état clinique détaillé, situation sociale, impact des troubles sur la famille, rapport au système de soins, état physique. Elle s'appuie sur des regroupements sémiologiques de conduites, sur le repérage du fonctionnement mental, ainsi que sur le relevé des impressions des équipes de soins dans leur observation du patient lui-même et ses interactions avec son milieu familial et social. À partir de la cotation de 85 patients par quatre juges en moyenne, la validité interjuges a été évaluée et estimée satisfaisante pour cette échelle. L'objectif est de décrire les évolutions favorisées par les différents traitements mis en œuvre, à moyen et à long terme.

La méta-analyse de Wunderlich et coll. (1996) porte sur 31 études menées de 1955 à 1994 (2 161 patients) de langue anglaise ou allemande. Son objectif général est de définir l'influence des méthodes psychosociales sur le sentiment et le comportement de patients schizophrènes. Ces méthodes psychosociales comprennent différentes techniques (psychothérapie non précisée, verbale, psychanalytique, familiale, sociale, cognitive, comportementale, corporelle) et sont évaluées sur des critères différents (symptômes, rechutes, réhospitalisations, acquisitions cognitives, intégration sociale...). Quatre études en langue allemande ou anglaise concernent les résultats de la psychothérapie psychanalytique. La psychothérapie verbale (1 étude, 82 patients) a produit une taille d'effet de 0,19 et la psychanalyse (4 études, 361 patients) une taille d'effet de 0,08 par rapport à une population ne recevant que le traitement hospitalier « habituel », sans méthodes spécifiques d'intervention. Cet effet porte sur différents indicateurs : symptômes, vie et intégration, taux de réhospitalisation. Le cadre dans lequel se sont déroulées ces psychothérapies n'est pas précisé.

La méta-analyse de Mojtabai et coll. (1998) porte sur 106 études et est centrée sur les effets de la combinaison du traitement psychosocial et du traitement pharmacologique dans la « gestion » de la schizophrénie. Les études comparant les traitements combinés par rapport à l'absence de traitement font apparaître des tailles d'effet plus importantes que celles de chacun des traitements utilisés de façon isolée par rapport à l'absence de traitement. Le taux de rechutes des patients ayant bénéficié d'un traitement psychosocial en plus du traitement pharmacologique est significativement plus bas (-20 %) que celui des patients qui n'ont reçu

qu'un traitement médicamenteux. Quarante-six études concernent les psychothérapies verbales : psychothérapies psychodynamiques (10), programmes de réduction de l'émotion exprimée (7), autres traitements verbaux (29). La taille d'effet moyenne des psychothérapies verbales est de 0,37 (respectivement 0,27 ; 0,56 ; 0,38).

L'étude des variables latérales fait apparaître que les études avec des tailles d'échantillon plus élevées produisent des tailles d'effet plus basses, que les études dont les auteurs ont une claire allégeance au traitement expérimental présentent des tailles d'effet plus élevées que celles où cette allégeance n'apparaît pas clairement, que les études réalisées aux États-Unis ou au Canada ont tendance à produire des tailles d'effet plus basses que celles issues de Grande-Bretagne ou d'Europe continentale. D'autre part, les résultats se sont révélés moins bons en cas de comportement désorganisé et meilleurs chez des patients dont la pathologie était plus chronique. Ce dernier point suggère que l'on pourrait envisager différentes priorités de traitement à différents stades de la pathologie.

Tableau 6.V : Méta-analyses concernant la schizophrénie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Malmberg et Fenton, 2002	1 étude retenue (May, 1976) 92 patients hospitalisés Psychodynamique brève (PDB) Répond aux critères de Cochrane, mais manque de précision sur les critères d'entrée	Moins de suicides dans groupe PDB et dans PDB + médicament que dans médicament seul, mais résultat non significatif
Wunderlich et coll., 1996 note : 6/7	31 études, 2 161 patients mesures portant sur symptômes, vie et intégration, taux de réhospitalisation 4 études sur psychothérapie psychanalytique	Thérapie verbale, taille d'effet 0,19 (1 étude) Psychanalyse, taille d'effet 0,08
Mojtabai et coll., 1998 note : 5,5/7	106 études, combinaison traitement psychosocial et pharmacologique 46 études sur thérapies verbales 10 études sur thérapie psychodynamique	Taille d'effet de la thérapie psychodynamique 0,27 ; traitement combiné supérieure à absence de traitement

Études concernant les troubles de l'humeur

Trois méta-analyses (tableau 6.VI) et quatre études contrôlées ont été retenues concernant les troubles de l'humeur.

Méta-analyses pour la dépression

La méta-analyse de Leichsenring (2001) présente les résultats de la psychothérapie dynamique brève (PDB) dans le traitement de la dépression de sujets en ambulatoire en comparaison à une autre stratégie psychothérapique (TCC/TC) considérée comme « contrôle » (il n'y a pas de comparaison avec groupe contrôle sans traitement ou liste d'attente). **Mais cette méta analyse mélange deux formes de psychothérapie la thérapie psychodynamique et la thérapie interpersonnelle (non-psychodynamique) ou IPT). Ce qui rend ses conclusions peu valides.**

Les critères d'inclusion sont au moins 13 séances et un nombre de patients •20. Les évaluations portent sur les symptômes dépressifs, les symptômes psychiatriques généraux et le fonctionnement social. Six études ont réuni ces critères d'inclusion. À l'exception d'une des études, tous les patients qui ont été traités présentaient un diagnostic de dépression majeure. Il s'agissait majoritairement de femmes dont l'âge moyen se situait entre 30 et 40 ans. Il n'existait pas d'information concernant la comorbidité, qu'il s'agisse de troubles

anxieux retrouvés chez 75 à 83 % des patients souffrant de dépression majeure dans les études de Shapiro et coll. (1994) et Barkham et coll. (1996) ou des troubles de la personnalité également fréquemment associés à la dépression. Les psychothérapies psychodynamiques brèves consistaient de façon générale en 16 à 20 séances menées en face-à-face, suivant une fréquence hebdomadaire ou bi-hebdomadaire. Elles s'appuyaient sur le développement d'un transfert positif, l'accent étant mis sur l'ici-et-maintenant. Elles abordaient, suivant leurs caractéristiques propres, des conflits ou des thèmes spécifiques, et leurs représentations intrapsychiques. Dans la majorité des cas, les conflits étaient travaillés à partir de la relation psychothérapeute-patient.

Différents instruments de mesure ont été utilisés : BDI, HRSD, SCL-90-D, RDC, *Longitudinal interview follow-up evaluation* (LIFE), *Geriatric depression scale* (GDS), *Brief psychiatric rating scale*, GAS, SAS...).

Cinq des six études ont fourni des résultats (pré- et post-tests) montrant une réduction statistiquement significative des symptômes dépressifs à la fin de la psychothérapie psychodynamique brève. Ces études ont fait l'objet d'un suivi et dans quatre d'entre elles une réduction stable des symptômes a été rapportée. Toutes les études ont montré une réduction des symptômes psychiatriques généraux. Trois études ont examiné les changements au niveau du fonctionnement social et ont montré son amélioration significative après PDB. Seules trois des études sélectionnées ont fourni les données nécessaires pour calculer les tailles d'effet. Celles-ci varient selon les instruments de mesure utilisés et les études, mais leur caractéristique générale est qu'elle sont très importantes : de 0,94 à 2,80 pour les symptômes dépressifs ; de 1,09 à 1,71 pour les symptômes psychiatriques généraux ; de 0,65 à 1,88 pour le fonctionnement social ; autour de 1,30 pour les problèmes interpersonnels, avec une tendance à se renforcer au suivi de 3 mois. Au total, l'amélioration symptomatique concerne 82 à 100 % des patients et celle du fonctionnement social 75 à 96 %. Le pourcentage des patients guéris ou améliorés après psychothérapie dépend pour une part non négligeable de l'instrument de mesure utilisé. Ainsi, selon les auteurs le BDI favoriserait les TCC aux dépens des PDB, alors que les *Research diagnostic criteria* (RDC) sont davantage indépendants de la forme spécifique de psychothérapie utilisée. Le pourcentage dépend également du moment où la mesure est effectuée. Ainsi l'éventail des guérisons ou améliorations se situe entre 45 et 70 % après traitement et 26 à 83 % après 3 mois de suivi.

La méta-analyse de Robinson et coll. (1990) est centrée sur l'efficacité de différentes formes de psychothérapies (cognitive, comportementale, cognitivo-comportementale, verbale générale) dans le traitement de la dépression. La forme verbale générale inclut des traitements tels que la psychothérapie psychodynamique, les approches centrées sur le patient et d'autres formes de psychothérapies interpersonnelles. Les auteurs abordent d'emblée la question du caractère contradictoire des résultats entre études et envisagent deux options pour l'expliquer : soit un certain nombre de variables ont été négligées concernant la formation et l'expérience du thérapeute, la durée du traitement et les caractéristiques des patients, soit il existe en fait de larges recouvrements entre les techniques utilisées par les psychothérapeutes, quelle que soit l'importance de leurs divergences théoriques. Cette méta-analyse explore à la fois un certain nombre de biais possibles concernant les études (procédures de traitement, sélection des patients, formation des thérapeutes), mais également les conditions et les limites de l'efficacité de la psychothérapie en situation clinique (son efficacité). Vont ainsi se trouver abordés le rôle de la préférence théorique de l'investigateur, le fait que la psychothérapie soit individuelle ou de groupe, l'importance des procédures de screening diagnostique, l'influence d'autres variables telles que la formation du thérapeute, la durée du traitement et les caractéristiques du patient.

De façon générale, la taille d'effet des psychothérapies est de 0,84 par rapport à une liste d'attente et de 0,28 par rapport au placebo. En première analyse également, il existe des différences d'efficacité entre modalités psychothérapeutiques. Cependant, les différences dans la

taille d'effet peuvent être dues à des variations entre études concernant des variables d'arrière fond telles que les caractéristiques de l'échantillon, plutôt que des différences dans l'efficacité thérapeutique.

Cette méta-analyse fait ressortir deux biais possibles qui peuvent entacher la valeur des résultats. D'abord, le recrutement des patients à partir desquels l'efficacité d'un traitement va être évaluée. Il est en effet difficile de considérer que la population des patients « déprimés » sera identique si elle est recrutée par voie de presse (48 % des études), parmi les étudiants d'une université (24 % des études), ou parmi la file active d'un service de psychiatrie, hospitalier ou ambulatoire (16 % des études). Par définition, les premiers seront conscients de leur dépression et motivés pour la soigner, ce qui n'est pas nécessairement le cas des derniers. Cette situation rend difficile la comparaison entre différentes approches, certaines d'entre elles pouvant avoir été utilisées pour des patients moins accessibles au traitement. Il est également difficile de comparer les types de traitement car les études ne précisent pas la gravité de l'état des patients et donc leur accessibilité à la psychothérapie. Par ailleurs, les auteurs font apparaître que l'allégeance du chercheur (préférence du chercheur pour une théorie et la pratique qui en est dérivée) est hautement corrélée avec les résultats des comparaisons directes entre traitements. Ainsi, pour les quatre comparaisons d'études dans lesquelles il existait des préférences théoriques substantielles, il ne restait pas de preuve de la supériorité relative d'un type de thérapie ou d'un autre une fois que l'influence de l'allégeance de l'investigateur était retirée.

D'autres éléments sont intéressants à souligner. Le fait pour un patient d'être inscrit sur une liste d'attente produit déjà un effet psychothérapeutique important, ce qui est un résultat surprenant. Les données ne permettent pas de conclure si l'usage de manuels accroît l'efficacité thérapeutique ou permet une différenciation plus fine de l'efficacité relative des traitements. Les bénéfices de la psychothérapie ne semblent pas s'accroître systématiquement avec la longueur du traitement.

Les tailles d'effet obtenues avec les thérapies individuelles et de groupe sont quasi similaires. Les mesures par autoquestionnaires et évaluateurs indépendants sont aussi quasi similaires (0,81 *versus* 0,70). Les variables démographiques et l'intensité de la dépression ont peu d'impact sur ce résultat, de même que les procédures formelles d'évaluation diagnostique. La taille d'effet varie relativement peu (0,75 à 1,13) selon la source du recrutement, ce qui ne signifie pas grand-chose dans la mesure où seulement 2 études concernent des patients ambulatoires alors que 24 concernent des personnes sollicitées. La psychothérapie semble plus efficace que la pharmacothérapie mais « l'allégeance du chercheur » est un artéfact. L'approche combinée n'est pas plus efficace que chaque traitement seul.

L'aspect le plus intéressant est peut être celui qui concerne la signification clinique des effets de la psychothérapie. Bien que la psychothérapie obtienne de véritables résultats, peut-on dire pour autant que les déprimés atteignent une humeur comparable à celle d'un échantillon de personnes « non dépressives » ? En dépit de leur amélioration relative, les patients déprimés restent plus déprimés que la population générale. Quand les effets de la psychothérapie sont comparés avec ceux des traitements placebo, aucune différence significative n'apparaît. Il est possible que la dépression réponde particulièrement aux facteurs curatifs communs à la fois dans la psychothérapie et les traitements placebo.

Les instruments centrés sur les symptômes spécialement conçus pour évaluer la dépression (comme le BDI) tendent à produire des effets plus importants que les mesures évaluant d'autres aspects. Les études avec moins de patients présentent des résultats positifs plus importants que celles avec beaucoup de patients (biais de publication ?). Il n'y a pas de différence entre les résultats des différents types de psychothérapie à partir d'un diagnostic univoque (dépression). D'après cette méta-analyse, la psychothérapie de groupe semble conduire à des résultats comparables à ceux de la psychothérapie individuelle.

Au total, devant la similarité des résultats obtenus avec des populations et des méthodes différentes, les auteurs se demandent si l'attente du patient d'une amélioration, son acceptation du cadre du traitement ou la qualité de la relation thérapeutique ne constituent pas les mécanismes centraux à partir desquels le changement thérapeutique se produit. Ils envisagent également l'existence d'un facteur intermédiaire commun, comme celui de changements cognitifs, qui serait obtenu en suivant des voies différentes par les différentes psychothérapies. Leur conclusion est que « si les chercheurs veulent progresser dans leur compréhension de la façon dont la psychothérapie bénéficie aux patients, les facteurs communs (aux différentes psychothérapies) devraient devenir un axe beaucoup plus central des futurs efforts de recherche. »

La méta-analyse de McCusker et coll. (1998) portant sur l'efficacité des traitements du sujet âgé en ambulatoire fait surtout apparaître qu'une part importante des effets du traitement psychologique peut être attribuée aux effets non spécifiques de l'attention portée au patient. Il convient néanmoins de rappeler ici qu'une dépression du sujet âgé doit évoquer une maltraitance par agression dont le traitement peut bénéficier d'une psychothérapie structurée.

Tableau 6.VI : Méta-analyses concernant la dépression

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Leichsenring, 2001 note : 3,5/7	Sujets déprimés traités en ambulatoire Groupe contrôle (TCC/TC) PDB : au moins 13 séances et un nombre de patients ≥ 20 Instruments de mesure : BDI, HRSD, SCL-90-D, RDC, <i>Longitudinal interview follow-up evaluation</i> (LIFE), <i>Geriatric depression scale</i> (GDS), <i>Brief psychiatric rating scale</i> , GAS, SAS...	Analyse pré- et post-tests : réduction statistiquement significative des symptômes dépressifs à la fin de la psychothérapie psychodynamique brève. Au suivi, réduction stable des symptômes dans quatre études Tailles d'effet : de 0,94 à 2,80 pour les symptômes dépressifs ; de 1,09 à 1,71 pour les symptômes psychiatriques généraux ; de 0,65 à 1,88 pour le fonctionnement social ; autour de 1,30 pour les problèmes interpersonnels, avec une tendance à se renforcer au suivi de 3 mois Guérisons ou améliorations se situent entre 45 et 70 % après traitement et 26 à 83 % après 3 mois de suivi
Robinson et coll., 1990 note : 5/7	Patients souffrant de dépression ; différents mode de recrutement Groupe de comparaison (liste d'attente et placebo) Traitement verbal prédominant 58 études Nombre de sujets : 2 350 Âge moyen : 40 ans Femmes : 80 %	Tailles d'effet : post-traitement 0,74, suivi 0,70 ; liste d'attente 0,84 ; placebo 0,28 Taille d'effet des verbales générales : 0,49 mais différence annulée par effet allégeance Thérapie individuelle 0,83 ; groupe 0,84
McCusker et coll., 1998 note : 4,5/7	Sujets âgés en ambulatoire Traitement médicamenteux, psychothérapie comportementale, psychothérapie « émotive » comprenant des thérapies psychodynamiques Groupe contrôle : placebo, attention, liste d'attente 40 études retenues patients âgés de 55 ans et plus	Les thérapies « émotives » ne sont pas supérieures au contrôle ; les thérapies psychodynamiques ne sont pas analysées séparément (2 études).

Études de la psychothérapie psychodynamique associée à un antidépresseur dans le traitement de la dépression majeure

L'étude randomisée et contrôlée de Burnand et coll. (2002) évalue, chez 74 patients traités en ambulatoire durant 10 semaines, les effets de la psychothérapie dynamique associée à un antidépresseur (clomipramine) dans le traitement de la dépression majeure, par rapport à cet antidépresseur utilisé seul (tableau 6.VII). L'approche « quantitative » de ces effets est complétée par une approche « qualitative ». Celle-ci explicite d'abord l'approche psychodynamique en situant les bases sur lesquelles reposent son action potentielle, ses interventions et les étapes correspondantes. Les ingrédients effectifs désignés de la psychothérapie psychodynamique sont : un cadre pour la relation thérapeutique, l'empathie et l'expression émotionnelle, la prise de conscience, l'éveil, la facilitation et le renforcement de nouveaux liens interpersonnels. Les interventions appropriées correspondantes pour obtenir ces ingrédients sont : l'accent porté sur la valeur des relations thérapeutiques et leur évolution ; la facilitation de la catharsis affective à travers une écoute empathique de l'expérience personnelle unique du patient et la désignation active (l'expression en termes verbaux) des sentiments majeurs sous-tendant sa détresse ; la reprise des crises de vie présente et passée, qui offre une prise de conscience de la mise en œuvre de modes de relations interpersonnelles mal adaptées et de conflits psychologiques facilitant l'interruption du lien ; la focalisation sur l'idéalisation compulsive des différents styles d'attachement, les objets aimés, les images de soi grandioses et l'ignorance active du caractère déplaisant de tels processus ; la mise à distance d'une importance excessive attribuée à la séparation, à la déception et la perte pour renforcer un meilleur soin de soi ; la recherche d'aide et de nouveaux investissements. Les étapes correspondantes du traitement sont le processus d'alliance et la psycho-éducation, la prise de conscience, la focalisation, l'éveil, le deuil et le réinvestissement de la réalité. Il est alors logique que l'évaluation porte également sur ces éléments (travail d'alliance, *insight*, focalisation, éveil, deuil et réinvestissement de la réalité). Une attention particulière a été attribuée aux « barrières au traitement », conçues comme une forme de transfert (l'impasse narcissique travaillant à travers le processus de deuil). L'alliance thérapeutique, qui en est le pôle opposé, est dans cette perspective définie comme « un processus intersubjectif qui dépend de traits de la personnalité et de la gestion de la résistance, de l'impasse et de la rupture ».

Les mesures ont porté sur l'intensité de la dépression (SCID et HDRS), le niveau de santé-maladie (HSRS) et de fonctionnement global (GAS), ainsi que sur le nombre et la durée des hospitalisations, les journées d'arrêt de travail. L'adéquation de la technique thérapeutique par rapport au cadre et aux objectifs psychodynamiques a été contrôlée. Les évaluateurs étaient indépendants.

Le traitement combiné a été associé à une réduction des échecs de traitement, une meilleure adaptation à 10 semaines, un meilleur fonctionnement global et une réduction du taux d'hospitalisation à l'issue du traitement.

Cette étude, qui prend également en compte la dimension économique, a démontré que la psychothérapie associée permet aussi de faire des économies : diminution des hospitalisations, nombre moins élevé de jours d'hospitalisation, réduction du nombre des jours de travail perdus durant le traitement. Une réduction du coût de 3 311 dollars par patient a ainsi été observée dans le groupe de traitement combiné, associée avec un taux de réhospitalisation réduit et moins de journées de travail perdues ; cette réduction était supérieure au coût lié à la psychothérapie.

Par ailleurs, il est précisé que la psychothérapie est menée par quatre infirmier(e)s « bien outillé(e)s, bien formé(e)s, et sous supervision étroite ». Un élément non négligeable qui pourrait participer à ce succès est que la psychothérapie a été menée par des professionnels « de l'intérieur » bien formés et non par des psychothérapeutes extérieurs à l'institution.

Intérêt des interventions psychodynamiques brèves chez les patients présentant une dépression réactionnelle hospitalisés en urgence

Lesgourgues et coll. (2000) ont tenté d'évaluer, grâce à une étude prospective, l'intérêt d'une prise en charge par intervention psychodynamique brève (IPB) (*versus* psychothérapie de soutien) pour des patients présentant une dépression réactionnelle et hospitalisés en urgence. Deux groupes de patients (n = 34) ont été suivis pendant 10 jours par des thérapeutes en formation (internes) : un premier (n = 17) a reçu une psychothérapie de soutien, un deuxième (n = 17) une IPB (4 entretiens). L'IPB est consacrée en premier lieu à l'élaboration d'une hypothèse psychodynamique sur l'origine des troubles. Celle-ci, qui sera formulée au patient, doit expliquer la crise actuelle vécue et le conflit qu'il n'arrive pas à surmonter. La construction de cette hypothèse se fonde sur la nature de l'organisation de sa personnalité et également sur le type de défense ébranlé au point de mobiliser l'angoisse en période de crise. Les deuxième et troisième entretiens sont consacrés à l'étude des réactions du patient face à l'interprétation initiale. Un quatrième entretien est réservé à l'orientation thérapeutique ultérieure.

Les critères d'inclusion ont été un âge de 18 à 50 ans, une hospitalisation pour dépression réactionnelle (MADRS > 20), avec ou sans tentative de suicide, une absence de psychose, de retard mental ou de pathologie organique grave et/ou chronique et une absence de suivi en psychothérapie dans l'année précédente. Les outils d'évaluation ont porté sur la dépression (MADRS), les événements traumatiques précoces, les caractéristiques socio-économiques, éducatives et anamnestiques de chaque sujet. Ils ont été complétés par un test de Rorschach lors de l'hospitalisation et la passation de l'autoquestionnaire d'alliance thérapeutique de Luborsky (*Haq-II helping alliance*) au dixième jour.

Les résultats montrent que les IPB favorisent l'évaluation clinique de la structure psychique et l'établissement de l'alliance thérapeutique précoce mesurée au dixième jour de prise en charge (104,05 *versus* 90,35 pour les psychothérapies de soutien, sur l'échelle *Haq-II helping alliance*). Le meilleur niveau d'alliance précoce permet une bonne adhésion aux soins ultérieurs. Malgré la faible taille de l'échantillon, les résultats de cette étude soulignent l'intérêt d'une prise en charge psychodynamique dans un contexte de crise. Des études ultérieures incluant un plus grand nombre de patients pourront permettre la mise en place d'une réponse adéquate pour élaborer une prise en charge en post-crise. La possibilité de l'intervention sur le terrain (formation, coût) reste à explorer.

Guthrie et coll. (2001) ont évalué les effets d'une intervention psychodynamique brève (thérapie psychodynamique interpersonnelle brève : PI) chez des patients ayant fait une tentative de suicide par empoisonnement, par rapport à un groupe contrôle bénéficiant d'un « traitement habituel » (en général, adressage à leur médecin généraliste). Cette étude contrôlée a porté sur 119 patients adultes qui s'étaient présentés aux urgences d'un hôpital universitaire. La PI vise à identifier et aider à résoudre les difficultés interpersonnelles qui causent ou exacerbent la détresse psychologique. Elle a été développée par Hobson (1985) et a démontré son efficacité dans le traitement de la dépression (Shapiro et coll., 1994, 1995). Les patients ont participé à quatre séances de psychothérapie à leur domicile.

Les mesures ont porté sur l'idéation suicidaire 6 mois après le traitement (*Beck scale for suicidal ideation*). Une seconde évaluation 6 mois plus tard a porté sur les symptômes dépressifs (BDI), la satisfaction du patient vis-à-vis du traitement et les tentatives de suicide rapportées.

Les résultats montrent que les patients ayant bénéficié de l'intervention, à partir d'une répartition randomisée, ont eu une réduction significativement plus importante de l'idéation suicidaire à 6 mois en comparaison avec le groupe contrôle (réduction moyenne au BDI de

8,0 *versus* 1,5). Ils étaient plus satisfaits de leur traitement et moins enclins à rapporter des tentatives d'autolyse (9 % *versus* 28 % dans le groupe contrôle).

Cette recherche a été complétée par une étude contrôlée randomisée concernant les coûts (Guthrie et coll., 1999) qui a montré l'efficacité des approches psychodynamiques focalisées sur cet indicateur. Elle a porté sur 110 sujets non psychotiques et qui ne répondaient pas au traitement de routine de 6 mois d'un spécialiste en santé mentale. Soixante-trois pour cent d'entre eux étaient des femmes, dont la durée moyenne de maladie était de 5 ans, qui étaient pour 68 % sans emploi ou recevaient des allocations de maladie, et souffraient pour 75,5 % de maladie dépressive. Ces patients ont bénéficié de 8 séances hebdomadaires de psychothérapie psychodynamique interpersonnelle (PI). Le groupe contrôle recevait un traitement habituel de la part de son psychiatre.

Les mesures ont porté sur la détresse psychologique (*Global severity index* : GSI), l'état de santé (*Short-form health survey* : SF-36), la qualité de vie (*EuroQol 5D* : EQ-5D) et une évaluation économique détaillée.

Les résultats ont montré une amélioration significativement plus importante concernant la détresse psychologique et le fonctionnement social que les contrôles 6 mois après l'étude. Les coûts du traitement de base étaient identiques dans les deux groupes. Les sujets qui ont bénéficié de la psychothérapie ont montré des réductions significatives du coût dans l'utilisation des services de soins dans les six mois qui ont suivi le traitement, en comparaison avec les contrôles. Les coûts supplémentaires de la psychothérapie étaient couverts dans les six mois par la réduction de l'usage des services de santé. En résumé, ces résultats préliminaires suggèrent que la psychothérapie psychodynamique interpersonnelle brève peut être rentable en termes de coût chez des patients non psychotiques qui ne sont pas aidés par un traitement psychiatrique conventionnel.

Tableau 6.VII: Études contrôlées et non contrôlées concernant les troubles de l'humeur

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Burnand et coll., 2002 <i>Étude contrôlée</i> note : 7/10	Dépression majeure Nombre patients : 74 Âge : 20-65 ans Durée traitement : 10 semaines ambulatoire Thérapeutes formés	Psychothérapie combinée à médication > médication seule pour plusieurs critères : moins d'échecs, moins d'hospitalisations
Guthrie et coll, 2001 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 6/10	Tentative de suicide Thérapie psychodynamique interpersonnelle brève 119 patients adultes <i>Beck scale for suicidal ideation</i> ; BDI	La thérapie interpersonnelle psychodynamique favorise la réduction de l'idéation suicidaire et des tentatives d'autolyse à 6 mois
Guthrie et coll., 1999 <i>Étude contrôlée randomisée</i> note : 6/10	Troubles mixtes à dominante dépressive Thérapie psychodynamique interpersonnelle brève 110 sujets <i>Global severity index</i> ; <i>Short-form health survey</i> ; <i>EuroQol 5D</i>	La thérapie interpersonnelle psychodynamique réduit les coûts d'utilisation des services de soins par réduction de l'usage des services de santé

Études concernant les troubles anxieux

Deux études contrôlées, un essai en ouvert et une revue de cas ont été retenus pour les troubles anxieux (tableau 6.VIII).

Études concernant le trouble panique

Milrod et Shear (1991) ont conduit une revue de la littérature afin d'identifier des patients avec trouble panique qui ont bénéficié d'un traitement psychodynamique. Trente-cinq cas ont été identifiés qui répondent à la description du trouble panique. Leurs caractéristiques ont été comparées avec celles d'une population actuelle patients atteints de troubles paniques et anxieux. L'information sur la durée du traitement était disponible pour 17 des 35 patients. Pour 13 de ces 17 patients, la durée du traitement avait été inférieure à 4 mois. Pour deux d'entre eux, elle était décrite comme « à long terme », ce qui impliquait plusieurs années de traitement. Pour les deux autres, elle était décrite comme « brève ».

Un des intérêts de cette revue est qu'elle a recensé un protocole en trois phases, émergeant de la description de la prise en charge dans dix cas de trouble panique. À la fin de la phase initiale du traitement, les buts suivants devaient être atteints :

- les symptômes de panique étaient plus maniabiles. Les symptômes étaient souvent moins sévères, mais même s'ils ne l'étaient pas, les patients étaient capables de décrire fidèlement leurs symptômes sous une forme plus organisée qu'antérieurement ;
- les intenses inquiétudes des familles avaient été calmées car elles savaient que le patient était en train d'entreprendre un traitement pour sa pathologie et que les résultats ne seraient pas immédiats. Certaines familles recevaient des suggestions concrètes des thérapeutes, comme ne pas stresser le patient durant la phase initiale du traitement et continuer à poursuivre leur propre vie ;
- une relation thérapeutique avait été établie qui permettait au patient de commencer à reconnaître et à discuter les sensations naissantes qui semblaient avoir contribué au démarrage des symptômes de panique.

La phase moyenne de traitement était marquée par une amélioration symptomatique. Les conflits centraux des patients étaient identifiés et explorés. Dans chacun des traitements identifiés, un lien était établi entre les éléments précipitants ou les fantasmes et l'épisode de panique. Quelquefois un lien était fait à partir de l'exploration d'un événement externe, quelquefois la connexion se faisait à travers l'exploration du transfert. Une expérience centrale terrorisante pour ces patients était leur sentiment de perte de contrôle sur leurs sentiments, et une série d'interventions concernait spécifiquement ces questions.

La phase de terminaison n'était pas régulièrement rapportée. Cependant, dans trois cas, ce fut l'occasion d'une analyse du transfert ambivalent à propos d'une résurgence des symptômes, au moment où la fin du traitement causait chez ces patients une brève réémergence de leurs symptômes originaux d'anxiété. Dans chaque cas, cette approche eut comme résultat la disparition de la panique et le sentiment d'une plus grande stabilité psychologique générale.

En résumé, la plupart des cas s'étaient améliorés de façon importante avec la thérapie, souvent sur une période de temps relativement brève, pas plus longue que la moyenne d'un essai médicamenteux.

Wiborg et Dahl (1996) ont fait l'hypothèse que le taux de rechute après pharmacothérapie serait réduit en associant, chez des patients présentant un trouble panique (TP), une psychothérapie dynamique brève centrée sur la vulnérabilité psychosociale à un traitement médicamenteux établi. Il s'agit d'une étude contrôlée, randomisée : les patients avec trouble panique (défini par le DSM-III-R) ont été recrutés en médecine générale, en psychiatrie ambulatoire et par demande directe. Il est important de préciser ici qu'ils ne présentaient pas de comorbidités telles que troubles de la personnalité, psychose, addiction, dépression majeure primaire... L'hypothèse était que la psychothérapie psychodynamique brève (PDB) pourrait rendre les patients souffrant de trouble panique moins vulnérables aux facteurs psychosociaux qui déclenchent la récurrence de TP après la fin du traitement. L'hypothèse psychopathologique était que les patients avec TP se soumettent pratiquement aux autres. Ils

n'expriment pas leur comportement d'affirmation ou les sentiments négatifs de peur de ne pas être appréciés, aimés ou acceptés. Ces patterns interpersonnels sont des répétitions de patterns comportementaux précoces avec l'entourage auxquels ils attribuent de l'importance et qui ont servi originellement de fonction autoprotectrice. Ils interfèrent maintenant avec le fonctionnement adulte autonome et causent du stress dans les relations interpersonnelles. Le but de la psychothérapie est alors d'aider le patient à développer une prise de conscience des origines et des déterminants des conduites dysfonctionnelles. Cette prise de conscience est nécessaire pour acquérir des conduites plus adaptées de relations interpersonnelles.

Ces patients ont été répartis de façon aléatoire en deux groupes. Le premier suivait un protocole de traitement par clomipramine pendant 9 mois (n = 20), le second recevait un traitement par clomipramine pendant 9 mois et 15 séances hebdomadaires de psychothérapie dynamique brève (n = 20). Les mesures générales de symptômes, en particulier dépressifs (SCL-90), d'anxiété (*State trait anxiety inventory*) et de sévérité globale de maladie (GAS et CGI) ont été réunies au départ et à intervalles réguliers. Les mesures d'évaluation ont été obtenues au début (avant randomisation), à chaque visite hebdomadaire thérapeutique, et à 6, 12 et 18 mois après le début du traitement (par un évaluateur qui ignorait à quel groupe de traitement appartenait le patient).

Les résultats ont montré que tous les patients dans les deux groupes ne présentaient plus d'attaques de panique 26 semaines après le début du traitement. À la fin du traitement médicamenteux, le taux de rechute était significativement plus élevé dans le groupe traité uniquement par la clomipramine durant la période de suivi (75 % *versus* 20 %). On observait une légère amélioration des troubles comorbides dans le groupe clomipramine plus psychothérapie et pas d'amélioration dans le groupe clomipramine seule. Il existait des scores significativement plus bas pour la plupart des mesures d'anxiété dans le groupe clomipramine plus psychothérapie au moment du suivi à 9 mois. En résumé, cette étude démontre que l'association de psychothérapie psychodynamique brève au traitement par clomipramine réduit significativement le taux de rechute du trouble panique (sur 18 mois) en comparaison avec le traitement par clomipramine seule.

L'étude de Milrod et coll. (2001) complète, par des données concernant le suivi à 6 mois, celle publiée quelques mois plus tôt (Milrod et coll., 2000). Il s'agit de la première étude systématique de psychothérapie psychodynamique comme monothérapie du trouble panique. Étant donné l'usage prévalent et la large disponibilité de ce type de traitement, il existe un besoin urgent de telles études (qu'il faut réaliser avec un groupe contrôle). Il s'agit de la présentation complète d'un essai ouvert de psychothérapie psychodynamique avec manuel pour le traitement du trouble panique, la psychothérapie psychodynamique centrée sur la panique (PPCP). La psychothérapie comprend trois phases : traitement de la panique aiguë, traitement de la vulnérabilité à la panique et terminaison. Parmi la myriade d'interventions, il est difficile de préciser lesquelles sont les premières responsables des changements thérapeutiques observés. Vingt et un patients avec trouble panique ont été inclus dans un essai de traitement constitué de 24 séances, au rythme de 2 par semaine. Les thérapeutes de l'étude étaient des cliniciens seniors, bien formés et solidement expérimentés.

Les mesures d'évaluation ont inclus un entretien diagnostique structuré et une évaluation des symptômes (*Panic disorder severity scale*, *Hamilton anxiety rating scale* et HDRS) menés par un évaluateur indépendant. Ces mesures ont été complétées par un autoquestionnaire de handicap (*Sheehan disability scale*). Elles ont eu lieu au départ, après la fin du traitement (16 semaines) et à 6 mois de suivi. Aucun autre traitement psychiatrique n'a été autorisé pendant la période de traitement et le suivi.

Seize des vingt et un patients ont bénéficié d'une rémission de la panique et de l'agoraphobie. Les participants au traitement avec dépression ont également eu une rémission de la dépression. Les améliorations dans les symptômes et dans la qualité de vie

étaient importantes dans les différents domaines. Les gains symptomatiques se sont maintenus plus de six mois. La psychothérapie psychodynamique apparaît être un traitement non pharmacologique prometteur pour le trouble panique y compris accompagné de comorbidités (dépression et dysthymie).

Étude contrôlée concernant les états de stress post-traumatique

Brom et coll. (1989) ont réalisé une étude à large échelle de l'efficacité des méthodes psychothérapeutiques de traitement des troubles post-traumatiques. L'échantillon était constitué de 112 personnes souffrant de troubles sérieux consécutifs à des événements traumatiques (deuil, acte de violence et accident de la route) s'étant produits moins de cinq ans auparavant. Trois méthodes ont été testées au niveau de leur efficacité : la thérapie comportementale par désensibilisation systématique, l'hypnothérapie et la thérapie psychodynamique brève d'Horowitz. L'objectif de cette psychothérapie est limité à la résolution du conflit intrapsychique, résultat de l'expérience traumatique, avec un thérapeute jouant un rôle actif. Il est explicitement dirigé sur l'interruption des symptômes actuels et n'est a priori pas destiné à apporter un changement de la personnalité. Les résultats des trois méthodes ont été comparés avec ceux d'un groupe contrôle en liste d'attente.

Les mesures d'évaluation ont inclus la SCL-90, complétée d'une sixième dimension (les symptômes traumatiques) concernant les plaintes apparaissant après des événements traumatiques, le *State-trait anxiety inventory*, le *State-trait anger inventory*, l'*Impact of event scale*, le *Dutch personality questionnaire*, l'*Intraversion-extraversion scale* de l'*Amsterdam biographical questionnaire*.

Les résultats indiquent que les cas traités ont présenté un taux significativement plus bas de symptômes liés au traumatisme que le groupe contrôle.

Dans la thérapie psychodynamique, l'anxiété a été particulièrement réduite, notamment au suivi, ainsi que l'inadaptation générale, éléments pouvant s'inscrire dans un changement de la personnalité. D'autre part, les effets sur la dimension de l'évitement ont été nettement plus importants que ceux qui concernent la dimension de l'intrusion mesurée avec l'*Impact of event scale*. En revanche, les effets sur l'intrusion de la désensibilisation au trauma et de l'hypnothérapie étaient supérieurs. Peut-être ce résultat, de même que les effets d'après-coup établis de la thérapie psychodynamique, sont-ils spécifiquement liés à la méthode de traitement. Les résultats montrent clairement l'importance d'instruments spécifiques de mesure. Il serait important de disposer d'instruments d'analyse qui puissent intégrer des questions cliniques associées, telles que celles qui concernent les mécanismes dans les différents types d'approche. Il est clair que le processus de la psychothérapie doit être pris en considération si l'on veut établir un lien plus explicite entre la théorie, la thérapie, les méthodes de recherche et les troubles.

Tableau 6.VIII : Études concernant les troubles anxieux

Trouble Référence Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Trouble panique Wiborg et Dahl, 1996 <i>Étude contrôlée</i> note : 6/10	Avoir eu au moins une attaque 3 semaines avant le début de l'étude Nombre patients : 40 Âge moyen : 25-29 ans (21-49 ans) Groupe contrôle : traitement médicamenteux 15 séances PDB hebdomadaires Durée traitements : 9 mois	Taux de rechutes : médicaments + PDB < médicaments seuls Amélioration globale à 9 et 18 mois plus importante Résultats significativement meilleurs dans groupe avec PDB sur la plupart des

	Thérapeutes formés ; manuel technique suivant concepts de Davanloo, Malan et Strupp et Binder SCL-90 ; <i>State trait anxiety inventory</i> ; GAS et CGI	mesures
Trouble panique Milrod et coll., 2001 <i>Essai en ouvert</i>	Troubles paniques (DSM-IV) avec ou sans agoraphobie Au moins une attaque de panique par semaine le mois précédent Nombre patients : 21 Âge moyen : 32 ans (18-50) 24 séances bi-hebdomadaires de 45 min Technique psychothérapique PPCP, suivant manuel Thérapeutes formés ; adhésion aux standards vérifiée <i>Disorder severity scale, Hamilton anxiety rating scale</i> et HDRS Pas de groupe de comparaison	Rémission de la panique et de l'agoraphobie chez 16 des 17 patients Rémission de la dépression (chez patients avec dépression) TOC : améliorations dans les symptômes psychiatriques primaires, la phobie et de la qualité de vie Gains symptomatiques maintenus plus de 6 mois
Trouble panique Milrod et Shear, 1991 <i>Série de cas</i>	Comparaison des cas issus de la littérature aux cas de la population clinique de l'anxiété Nombre patients : 35 Âge moyen : 32 ans Durée traitement : < 4 mois (17 cas), brève (2 cas), longue (2 cas), non précisée (14 cas) Pas de groupe de comparaison	Disparition du trouble panique pour chaque cas et meilleure stabilité psychologique
État de stress post-traumatique (DSM-III) Brom et coll., 1989 <i>Étude contrôlée</i> note : 6,5/10	Groupe contrôle : liste d'attente TPB d'Horowitz : 15 à 20 séances Mesure pré-, post-, suivi 3 mois Nombre patients : 112 Âge moyen : 42 ans (18-73) Thérapeutes formés et expérimentés	Thérapie psychodynamique nettement supérieure à l'absence de traitement (60 % <i>versus</i> 26 %) Effet plus important concernant la dimension évitement, moins important concernant l'intrusion ; changements statistiquement significatifs concernant la personnalité (moins de détresse, meilleure estime de soi)

Étude concernant les troubles du comportement alimentaire

Pour cette catégorie de troubles, il n'y a pas de méta-analyse ni d'étude contrôlée, mais une étude naturaliste multicentrique.

L'étude de cohorte de Kächele et coll. (2001) a duré 10 ans, impliqué 43 hôpitaux et 1 171 patients anorexiques et boulimiques traités en hospitalisation plein temps durant 2 à 3 mois et suivis pendant 2 ans 1/2 (tableau 6.IX). Les objectifs de cette étude naturaliste étaient de mesurer les résultats en fonction de l'intensité réciproque du traitement psychothérapique proprement dit (individuel ou de groupe) et des activités institutionnelles (ergothérapie, danse, sport, art-thérapie), et de rechercher quels étaient les facteurs qui déterminaient la durée du traitement ainsi que son influence éventuelle sur le résultat.

L'évaluation (condition physique, état mental et fonctionnement psychosocial) a été réalisée à l'admission, à la sortie et à 1 an, puis 2 ans 1/2 après le début des soins. L'intensité du traitement a été mesurée à partir du nombre d'heures de psychothérapie (individuelle ou de groupe) et d'activités para-thérapeutiques (ergothérapie, sport, danse et art-thérapie). Il faut noter qu'il n'existe aucune description de ce qui est entendu par traitement psychothérapique psychodynamique chez ces patients hospitalisés.

Au suivi de 2 ans 1/2, 33 % des anorexiques et 25 % des boulimiques ne présentaient plus de symptômes. Les modalités du traitement (en particulier le nombre de séances hebdomadaires de psychothérapie) et sa durée (qui était en moyenne de 11 semaines) ne sont

intervenues que faiblement sur le résultat. Les durées de traitement supérieures à 15 semaines ont été rares, et celles supérieures à 6 mois exceptionnelles. Les durées d'hospitalisation étaient plus longues quand il existait un lieu de traitement spécialisé. Certaines caractéristiques des patients étaient corrélées avec les résultats. Pour les anorexies mentales, l'âge plus élevé était un facteur de moins bons résultats. Pour les boulimiques, l'impulsivité, l'existence de symptômes associés d'anorexie et un nombre élevé de traitements antérieurs ont été associés à de moins bons résultats. Une bonne adaptation sociale était au contraire un facteur prédictif positif. Il n'a pas été possible de conclure à l'efficacité propre des séances de psychothérapie par rapport aux activités parathérapeutiques.

Les auteurs constatent que la diversité des lieux de soins rend l'interprétation des effets observés difficile. Il aurait également sans doute été nécessaire de se soucier du relais ambulatoire à la sortie de ces patients. On ne sait rien des facteurs latéraux qui ont pu intervenir sur les effets à plus long terme.

Tableau 6.IX : Étude de cohorte concernant les troubles du comportement alimentaire

Référence	Description	Résultats
Anorexie/boulimie Kächele et coll., 2001 <i>Étude de cohorte</i>	Patients hospitalisés Boulimiques (B) Anorexiques (A) 1 171 patients Âge > 18 ans Moyenne : 25 ans Pas de groupe contrôle	Suppression complète des symptômes à la fin du traitement psychodynamique en hospitalisation chez 11 % des patients A et 17 % A et B, 30-40 % selon hétéro ou auto-évaluation chez B Au suivi de 2,5 ans, 36 %, 26 %, 36-22 % Pas de différence significative suivant durée du traitement au suivi de 2,5 ans

Études concernant les troubles de la personnalité

Pour les troubles de la personnalité (tous confondus), on retrouve une méta-analyse (Leichsenring et Leibing, 2003) qui regroupe six études contrôlées dont trois contre liste d'attente et cinq études non contrôlées, une revue systématique, une revue, cinq études contrôlées et huit études naturalistes. Les troubles de la personnalité recouvrent plusieurs types de patients a priori très différents regroupés en trois catégories (A, B et C) dans le DSM. Dans la catégorie A, on trouve les personnalités paranoïaque, schizoïde et schizotypique ; dans la catégorie B, les personnalités antisociale, borderline, histrionique et narcissique ; dans la catégorie C, les personnalités évitante, dépendante, obsessionnelle compulsive et non spécifiée. Il s'agit donc finalement d'un ensemble de troubles disparates s'étendant, en référence à la classification française, des confins de la psychose (A) jusqu'aux « névroses de caractère » (C), en passant par les « états limites » et les « psychopathies » (B). Ils ont en commun d'être primaires par rapport à la survenue d'autres troubles tels que la dépression, d'apparaître au cours du développement, dans l'enfance et l'adolescence, et de se poursuivre à l'âge adulte. Il serait évidemment un peu artificiel de rechercher des modalités d'approche psychothérapique identiques lorsqu'il s'agit, par exemple, de patients borderline, psychopathes, évitants ou hystériques. Les études qui existent portent à la fois sur des patients hospitalisés à temps plein, en hôpital de jour ou ambulatoires. Par ailleurs, les problèmes de ces patients sont multiples et susceptibles de varier dans le temps. L'évaluation va donc porter sur des aspects différents (réduction du nombre des tentatives de suicide et des comportements d'autodestruction, qualité des relations d'objet...) et qui peuvent même sembler contradictoires. Par exemple, l'augmentation de la fréquentation des services de santé sera un signe d'amélioration en début de traitement, alors que la réduction de cette fréquentation est attendue en fin de traitement. De même, on différenciera le recours à l'hospitalisation et l'adhésion au traitement psychothérapique. Les aspects techniques sont

très liés à la fois au stade du processus thérapeutique et aux considérations théoriques. Dans ce cadre, il n'est pas étonnant que l'on puisse à la fois se référer aux thérapies de groupe et aux thérapies individuelles. Il s'agit d'autre part de pathologies souvent à long terme dont les résultats peuvent être difficiles à interpréter parce que des événements, d'autres thérapies... ou simplement l'âge sont intervenus.

Méta-analyse d'études contrôlées et non contrôlées sur l'efficacité du traitement psychothérapeutique des troubles de la personnalité

Une méta-analyse récente (Leichsenring et Leibing, 2003) a retenu 14 études de psychothérapie psychodynamique utilisée dans ses différentes formes, exceptée celle de la psychanalyse dans sa forme type (total : 417 patients). Parmi ces études, huit concernent le traitement ambulatoire, trois (plus une de suivi) le traitement en hospitalisation partielle et trois le traitement en hospitalisation plein temps. Les études incluses utilisent :

- des psychothérapies psychodynamiques spécifiques et explicitement décrites ;
- des méthodes standardisées de diagnostic des troubles de la personnalité ;
- des instruments fiables et valides d'évaluation du résultat ;
- des rapports de données permettant le calcul des tailles d'effet ou l'évaluation des progrès réalisés.

Six de ces études sont contrôlées (trois par la comparaison avec une liste d'attente ou un traitement non spécifique et trois en comparaison avec un autre traitement) et huit naturalistes. Les tailles d'effet ont été analysées suivant différentes dimensions, symptomatiques, mais également plus spécifiques de la psychopathologie centrale du trouble de la personnalité. Par ailleurs, une guérison ou un changement cliniquement significatif a été recherché(e) au niveau des mesures cibles chaque fois que cela était possible. Chacune de ces études est présentée en détail. Les résultats généraux sont les suivants :

- les effets de la psychothérapie psychodynamique sont rapportés dans huit études avec une taille d'effet générale non pondérée de 1,31. Des effets moyens à importants ont été retrouvés au niveau de la durée moyenne des épisodes d'hospitalisation plein temps, de la réduction ou de l'interruption de l'automutilation et des tentatives de suicide ;
- les résultats globaux mesurés à partir de l'échelle santé-maladie ou de la GAF sont ceux où la taille d'effet est la plus importante (2,05) ;
- dans trois études (Stevenson et Meares, 1992 ; Hoglend, 1993 ; Monsen et coll., 1995a) une majorité de patients (59 %) ne présentaient plus les critères de troubles de la personnalité (TP) après une moyenne de 15 mois de traitement ;
- il existe une corrélation positive entre la durée du traitement et la taille d'effet générale (sans atteindre toutefois la signification statistique du fait du petit nombre d'études) ;
- une attention particulière a été apportée aux sorties prématurées du traitement, qu'elles surviennent durant la phase d'évaluation initiale, durant la psychothérapie ou après. Le taux d'interruption était le plus élevé dans les groupes A et B ;
- l'utilisation de manuels ou de supervisions a été corrélée positivement avec les résultats ;
- les tailles d'effet indiquent un changement dans le long terme plutôt que dans le court terme ;
- les troubles de la personnalité sont dans la majorité des cas associés à des troubles de l'axe I. Dans ces cas, les troubles de l'axe I sont généralement plus sévères que quand ils sont isolés. D'autre part, il peut être difficile de différencier l'amélioration spécifique de chaque axe. Cette étude a pu être réalisée par l'utilisation d'instruments portant sur le

cœur des troubles (par exemple, les relations interpersonnelles) qui ont montré une amélioration dans ce registre propre ;

- une des études (Guthrie et coll., 1999) a montré que la psychothérapie psychodynamique interpersonnelle était significativement supérieure au traitement « habituel » en ce qui concerne la réduction de la détresse et du coût de l'utilisation des services de soins.

La conclusion finale des auteurs est que la psychothérapie psychodynamique est un traitement efficace des troubles de la personnalité. D'autre part, afin de s'assurer de la validité interne et de la validité externe, des études à la fois naturalistes et contrôlées randomisées sont nécessaires. Les mesures des effets devraient être centrées non seulement sur la pathologie de l'axe I mais également sur la psychopathologie qui est au centre des troubles. Elles devraient également inclure des mesures économiques.

Revue systématique d'études contrôlées et non contrôlées sur l'efficacité du traitement psychothérapeutique des troubles de la personnalité

La revue critique de Bateman et Fonagy (2000) porte sur une trentaine d'études publiées en langue anglaise et contenant une description claire des cas et du traitement mis en oeuvre. Elle est constituée de deux grandes parties : la première concerne l'étude des résultats du traitement psychothérapeutique des troubles de la personnalité, la seconde traite des problèmes de recherche. Les points suivants sont abordés dans cette méta-analyse : approche catégorielle ou dimensionnelle des troubles ; relations entre pathologies de l'axe I et troubles de l'axe II (comorbidités et mesures spécifiques de chaque dimension) ; possibilité de randomisation avec des patients qui peuvent être hostiles au traitement et qui dans tous les cas demandent un fort investissement ; utilisation de groupes contrôles dans le cas de traitements longs ; spécificité et standardisation des psychothérapies longues, choix des instruments mesurant l'évolution de la personnalité.

L'analyse des résultats des traitements a été menée en fonction du contexte de prise en charge (hospitalisation complète, de jour, traitement ambulatoire).

Les traitements hospitaliers plein temps concernent essentiellement les patients borderline (une étude porte sur le traitement de psychopathes). Ils incluent à la fois des psychothérapies individuelles, de groupe et institutionnelles. Les effets mesurés concernent l'amélioration du fonctionnement global, la réduction du comportement autodestructeur et des tentatives de suicide, la réduction du recours à l'hospitalisation, ainsi que le développement de relations plus constructives. Les patients les plus à même de tirer bénéfice du traitement en hospitalisation complète sont ceux qui montrent un mauvais usage des substances psychotropes, un risque suicidaire sévère, une histoire médicolégale, des difficultés transitoires dans la relation à la réalité, un manque de réponse à des hospitalisations répétées à court terme et à des interventions ambulatoires. À ce parcours s'ajoute l'évidence qu'une vie marquée par des comportements autodestructeurs et l'absence d'espoir se sont progressivement intégrés à la personnalité.

Cinq études concernent le recours à l'hôpital de jour pour des troubles de type borderline ou anxieux-évitants. L'admission doit s'effectuer sur un temps suffisamment long et dans une perspective globale qui ne se résume pas à la simple inclusion de la psychothérapie. Les auteurs insistent sur le fait que seuls des programmes intégrés, impliquant des cliniciens ayant un même but stratégique avec des techniques variées, ont permis à ces patients souffrant de sévères problèmes de se sentir suffisamment en sécurité pour s'engager dans le traitement. Cela fait ressortir à quel point la prise en charge thérapeutique n'est pas une simple technique « externe », mais qu'elle représente un contexte dans lequel les patients peuvent trouver une représentation cohérente et sécurisante de la réalité et d'eux mêmes.

Les études portant sur les traitements ambulatoires (en consultations externes) sont peu nombreuses (alors que ces traitements sont certainement très développés en France). Elles ont été effectuées initialement sur des cas uniques, ce qui rend difficile la généralisation des résultats. Les seules études citées dans la revue concernant spécifiquement la psychothérapie dynamique sont celles de Stevenson et Meares (étude de cohorte, 1992 et 1999), de Clarkin et coll. (étude contrôlée, 1999), de Monroe-Blum et Marziali (étude contrôlée, 1995) et de Krawitz (étude de cohorte, 1997). Les trois premières portent exclusivement sur des patients borderline, la quatrième sur des patients anxieux-évitants et borderline. Ces études font apparaître des résultats significatifs dans les registres de l'automutilation et de la violence, des symptômes globaux et de l'adaptation sociale, et une réduction très importante des critères diagnostics de troubles de la personnalité borderline.

Cette revue analyse également les problèmes qui devront être pris en compte dans les futures recherches afin qu'elles soient utiles. Ainsi, l'identification des cas se fait soit par la méthode des catégories fondées sur le DSM-IV (APA, 1994) et la CIM-10 (OMS, 1992), soit par une méthode orientée par la théorie. Or ces deux méthodes présentent des limites : la première est loin d'être validée quant à la stabilité des catégories et la seconde ne présente pas actuellement un caractère généralisable. La question de l'articulation entre une approche dimensionnelle (exagération de certains traits normaux de la personnalité) et catégorielle (il existe des traits carrément anormaux comme l'automutilation qui définissent l'existence d'une véritable pathologie) est loin d'être résolue. Concernant les comorbidités, que soigne-t-on finalement ? La personnalité ou les troubles (en particulier dépressifs et sociaux) qui l'accompagnent ? En général, les études confondent les effets du traitement associés au changement de la personnalité et l'amélioration des symptômes. Cette amélioration peut n'être d'ailleurs qu'apparente, sous la forme de symptômes moins manifestes (comme l'évitement des relations à la place de leur échec et des manifestations violentes qui peuvent l'accompagner).

Concernant la randomisation des études, les taux d'attrition se sont révélés élevés dans de nombreuses études. Cela est dû au caractère chaotique des styles de vie des sujets et à leur mobilité sociale. Mais d'autres facteurs interviennent, tels que l'investissement du thérapeute au moment du contrat initial de traitement et le maintien de l'alliance thérapeutique qui améliorent la compliance (Yeomans et coll., 1994), de même que la prise en compte des attentes des patients (Horowitz et coll., 1993). La randomisation peut ainsi conduire à des distributions incongrues, surtout chez des patients dont le manque de flexibilité est déjà un symptôme. Concernant la spécificité des psychothérapies, il existe de telles variations à l'intérieur d'un traitement et de tels chevauchements entre traitements que les effets différentiels des traitements ont toutes les chances d'être masqués. Par ailleurs, les mesures des effets peuvent porter sur des éléments très différents. La plupart des études mesurent les symptômes, le comportement, l'adaptation sociale et l'état psychiatrique, mais rarement les changements actuels dans les syndromes et le développement. Il serait nécessaire d'obtenir un accord sur les mesures de base des effets, ce qui en soi supposerait un consensus sur les objectifs du traitement. Il est possible qu'un abord plus processuel des troubles de la personnalité, intégrant des facteurs innés, familiaux et environnementaux, prenant en compte les mécanismes de défense et d'adaptation dans l'expression des troubles, puisse permettre une approche plus logique de l'évaluation à différents moments et dans différentes circonstances. Un instrument tel que l'entretien d'attachement chez l'adulte (Main et coll., 1985) pourrait être utile.

Les auteurs soulignent le caractère encore rudimentaire des études dans ce domaine. Celles-ci devraient porter dans le futur sur des populations clairement définies, comprendre une définition soignée du traitement et de sa spécificité, comporter un groupe contrôle (absence de traitement, traitement usuel, traitement alternatif), utiliser des évaluateurs indépendants et démontrer que le traitement a un effet sur la personnalité plutôt que de

parvenir à un simple changement au niveau des symptômes. Ces études permettent néanmoins de définir quelques ingrédients d'efficacité du traitement : bien le structurer ; développer des efforts considérables pour renforcer la compliance ; avoir un objectif clair axé soit sur un problème de comportement tel que l'automutilation, soit sur les modalités de relations interpersonnelles ; avoir une grande cohérence théorique concernant à la fois le thérapeute et le patient ; concevoir le traitement à relativement long terme ; encourager une puissante relation d'attachement entre le thérapeute et le patient, permettant au thérapeute d'adopter une attitude relativement active plutôt que passive ; être bien intégré avec les autres services disponibles pour le patient.

Études sur la personnalité borderline

Les aspects généraux des thérapies psychodynamiques du trouble de la personnalité borderline, les questions attenantes concernant leur efficacité et la recherche ont été présentés par Adler dès 1989. La revue de la littérature qu'il a réalisée pose les fondements d'une évaluation des résultats obtenus avec les psychothérapies longues en relation avec les modèles psychopathologiques qui les sous-tendent, et donc les approches et techniques spécifiques utilisées. Dans une première partie, Adler présente quelques-uns des principaux modèles de compréhension des patients borderline (Kernberg, 1975 ; Masterson et Rinsley, 1975 ; Kernberg, 1976 ; Masterson, 1976 ; Adler et Buie, 1979 ; Kernberg, 1980 ; Masterson, 1981 ; Buie et Adler, 1982 ; Kernberg, 1982 ; Rinsley, 1982 ; Gunderson, 1984 ; Kernberg, 1984 ; Searles, 1986 ; Waldinger et Gunderson, 1987). Ces modèles apportent un cadre de compréhension des difficultés centrales des patients borderline, précisent les aspects psychodynamiques de ces formulations et leurs implications techniques. Les troubles de la personnalité borderline sont ainsi appréhendés comme une « pathologie des phases précoces de l'individuation dans le rapport à l'autre », qui va s'exprimer sur différents modes de manifestations de transfert et de contre-transfert. Cette revue offre non seulement un modèle de compréhension des comportements du patient (par exemple, sa difficulté à s'engager dans une relation, sa vulnérabilité à toute intervention extérieure), mais elle décrit également les applications techniques qui peuvent en être tirées et qui constituent les principes de la psychothérapie spécifique de ces patients. Certains aspects sont consensuels, comme l'importance toute particulière du cadre thérapeutique qui conditionne de fait la possibilité de la psychothérapie ; d'autres sont encore en discussion, comme la place et le moment qui doivent être réservés au soutien, à la confrontation et à l'interprétation. Ainsi, si la référence générale de ces psychothérapies est la psychanalyse, il existe, comme pour les psychothérapies brèves, des variantes techniques.

Le travail psychothérapique avec ces patients est difficile. Certaines qualités particulières du thérapeute sont requises pour travailler de la façon la plus efficace avec eux : être capable d'être actif au niveau où le patient en a besoin, être en relation avec les sentiments inévitables de contre-transfert et savoir les utiliser pour formuler la signification du matériel actuel, avoir la capacité de définir des liens, d'interpréter et de contenir quand cela est nécessaire. Adler (1989) tente également de préciser les probabilités de succès en fonction de certaines caractéristiques des patients et les indications et contre-indications qui en découlent. Bien que les résultats de la recherche menée notamment par Abend et coll. (1983), Chessick (1977), Giovacchini (1979 et 1984), Meissner (1984), Waldinger et Gunderson (1987), Kernberg (1975, 1976, 1982, 1982 et 1984), Masterson et Rinsley (1975), Masterson (1976 et 1981), Rinsley (1982), Adler (1979, 1981 et 1985), Adler et Buie (1979), Buie et Adler (1982), et Searles (1979 et 1986) dans les années 1975-1985 soient méthodologiquement imparfaits, et que la littérature clinique et théorique ne puisse être que suggestive, il semble que beaucoup de ces patients difficiles peuvent être traités finalement par une approche psychothérapique flexible qui est susceptible d'utiliser aussi des formes annexes de traitement.

Dans cette revue, Adler (1989) conclut que la recherche sur la psychothérapie des patients borderline en est à ses premiers stades et qu'elle laisse bien des questions sans réponse. Les études insistent sur le haut niveau de sorties de traitement, la difficulté de séparer les résultats de la psychothérapie du cours naturel du trouble et le fait que la psychanalyse *stricto sensu* est contre-indiquée. Le besoin d'études contrôlées, systématiques et prospectives est évident, en particulier pour définir quelles sont les approches les plus efficaces à différents stades du traitement.

Ogrodniczuk et Piper (1999) ont sélectionné une quinzaine d'articles consacrés au traitement psychodynamique des troubles de la personnalité et ont recherché comment était abordé l'usage de l'interprétation du transfert dans les troubles de la personnalité. Cette question est particulièrement déterminante pour l'efficacité des traitements des patients borderline qui peuvent y répondre par une interruption du traitement, voire par des actes auto ou hétéro-agressifs. Les interprétations de transfert sont probablement susceptibles d'avoir des effets différents pour différents types de patients. Ainsi, il est impératif de considérer les caractéristiques du patient autrement qu'au niveau du sous-type diagnostique (c'est-à-dire les variables de personnalité). D'autre part, l'usage de l'interprétation du transfert peut avoir une relation différente avec le résultat selon qu'elle est utilisée à un stade précoce ou plus tardif du traitement, que l'alliance thérapeutique est forte ou fragile (Gabbard et coll., 1994 ; Bond et coll., 1998). En conclusion, il est nécessaire d'examiner la technique thérapeutique à différentes étapes de la psychothérapie et l'exploration soigneuse des multiples facteurs opérant simultanément dans le traitement permettra de guider les cliniciens dans le futur.

Yeomans et coll. (1994) se sont précisément penchés sur la question des sorties de traitement (très fréquentes dans les troubles de la personnalité, puisqu'elles peuvent atteindre des taux de 35 à 50 % dans les trois premiers mois – Skodol et coll., 1983 ; Goldberg et coll., 1986 ; Gunderson et coll., 1989 –). Ils ont examiné le rôle que peuvent y jouer la mise en place du cadre thérapeutique et de l'alliance thérapeutique, ainsi que trois facteurs potentiels de gravité des troubles : l'impulsivité, l'identité et l'affectivité. Cette étude ouverte porte sur 36 femmes borderline (DSM-III-R). Les instruments de mesure utilisés sont la *Contract rating scale* (CRS), la CALPAS-R et une échelle de sévérité de la maladie constituée à partir des trois critères du DSM-III les plus fréquemment retrouvés : identité/interpersonnel ; affectif (incluant les critères d'humeur), suicidaire et d'autodestruction ; comportement impulsif. Les résultats suggèrent que la technique du thérapeute et ses outils jouent un rôle significatif dans l'engagement du patient borderline dans le traitement et la mise en place de l'alliance thérapeutique. Le niveau d'impulsivité du patient est la seule variable personnelle ayant montré une corrélation avec une durée réduite du traitement. La sévérité générale des troubles n'intervient pas. Cette étude montre que la phase initiale est déterminante et que la formation des thérapeutes devrait porter notamment sur cette étape.

L'efficacité de la psychothérapie dynamique dans un cadre d'hospitalisation à temps partiel a fait l'objet d'une étude contrôlée de Bateman et Fonagy (1999, tableau 6.X). Cette étude présente les résultats que peut avoir la psychothérapie psychodynamique réalisée en hôpital de jour. L'efficacité de la psychothérapie d'orientation psychanalytique en hospitalisation partielle a été comparée avec celle du soin psychiatrique standard sur une durée de 18 mois maximum chez 28 patients. Le protocole thérapeutique « d'orientation psychanalytique » comprenait les éléments suivants : une psychothérapie individuelle hebdomadaire ; trois séances de psychothérapie de groupe hebdomadaires (1 heure chacune) ; une thérapie expressive type psychodrame hebdomadaire (1 heure) ; une réunion communautaire hebdomadaire (1 heure). Le protocole visait cinq buts principaux :

- engager le patient dans le traitement ;
- réduire les symptômes psychiatriques généraux, en particulier la dépression et l'anxiété ;
- réduire le nombre d'actes autodestructeurs et de tentatives de suicide ;

- améliorer la fonction sociale et interpersonnelle ;
- prévenir le recours à des séjours hospitaliers prolongés.

Les thérapies et l'équipe d'information étaient organisées en référence au modèle de la personnalité borderline comme trouble de l'attachement, de la tolérance à la séparation et de la mentalisation (capacité de penser sur soi en relation aux autres et de comprendre l'état d'esprit des autres). Le traitement psychothérapique a été réalisé par des infirmières formées à la psychiatrie sans qualification formelle à la psychothérapie. L'adhésion au protocole de la thérapie était suivie par supervision (2 fois par semaine avec l'ensemble de l'équipe), avec rapports *verbatim* et formulaire réunissant activités et informations des thérapeutes. Le protocole « soin psychiatrique standard » était constitué d'une réunion mensuelle avec l'administrateur du cas (1 heure) et d'un examen des médicaments par un senior (1 par mois). Les médicaments comprenaient des antidépresseurs et des antipsychotiques.

En plus des nombreux outils d'évaluation concernant les symptômes (SCL-90-R, BDI, *Spielberger state-trait anxiety inventory*), les comportements (*Suicide and self-harm inventory*), et l'adaptation sociale (SAS), Bateman et Fonagy ont utilisé l'*Inventory of interpersonal problems - circumflex version* (Horowitz et coll., 1988). Les patients en hospitalisation partielle ont montré une réduction statistiquement significative de toutes les mesures par rapport au groupe contrôle qui montrait des changements limités ou une détérioration durant la même période. Ces effets concernaient une amélioration des symptômes dépressifs, une réduction des actes suicidaires et d'automutilation, une réduction des jours d'hospitalisation plein temps et une meilleure fonction sociale et interpersonnelle commencée à 6 mois et poursuivie jusqu'à la fin du traitement à 18 mois. Une réplication est nécessaire avec des groupes plus larges, mais ces résultats suggèrent que l'hospitalisation partielle peut offrir une alternative au traitement en hospitalisation temps plein.

Cette étude a été complétée par un suivi à 18 mois (étude contrôlée de Bateman et Fonagy, 2001). La supériorité de l'hospitalisation partielle d'orientation psychanalytique sur le traitement psychiatrique standard s'est maintenue durant une période de suivi de 18 mois. La poursuite de l'amélioration au niveau du fonctionnement social et interpersonnel suggère que des modifications à plus long terme ont été stimulées par le traitement. Ces résultats ont des implications au niveau du rapport coût/efficacité. Ce dernier point a été précisé (Bateman et Fonagy, 2003) en considérant trois catégories de coût :

- le soin psychiatrique qui incluait le coût total de l'hospitalisation, des services ambulatoires et d'hospitalisation partielle utilisés par le patient ;
- le coût du traitement pharmacologique ;
- les coûts d'hospitalisation générale liés aux séjours en salle d'urgence.

Les deux groupes se sont révélés similaires en termes de coûts de santé précédant le traitement. Durant le traitement, les coûts généraux sont restés comparables, les coûts plus élevés de l'hospitalisation partielle étant équilibrés par des coûts moins élevés des soins en hospitalisation complète, en ambulatoire, en médicaments et en salle d'urgence. Durant les 18 mois de suivi, les coûts ont été cinq fois moins élevés dans le groupe « hospitalisation partielle » que dans le groupe « soins généraux ». Le traitement spécifique en hospitalisation partielle permet donc finalement de réaliser des économies. Ces différents éléments concernent l'efficacité générale. Il reste la difficulté d'une définition précise des ingrédients actifs du résultat. Il est également possible que l'intervention psychothérapique soit aussi efficace si elle est délivrée sous une forme modifiée dans un cadre ambulatoire. Bateman et Fonagy ont initié une étude pour tester cette hypothèse.

Tableau 6.X : Études contrôlées concernant la personnalité borderline

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Bateman et Fonagy, 1999 <i>Étude contrôlée</i> note : 6/10	Diagnostic : <i>Structured clinical interview for DSM-III-R (SCID), Diagnostic interview for borderline patients</i> Psychothérapie psychanalytique individuelle et de groupe dans cadre d'hospitalisation partielle ou traitement standard Nombre patients : 44 Âge moyen : 30,3 ans Durée traitement : 1,5 année Thérapeutes : infirmières formées à la psychiatrie sans qualification formelle à la psychothérapie	Hospitalisation partielle : réduction significative de toutes les mesures par rapport au groupe contrôle (symptômes dépressifs, actes suicidaires et d'automutilation, jours d'hospitalisation plein temps), meilleure fonction sociale et interpersonnelle Amélioration observée à 6 mois et poursuivie jusqu'à fin traitement à 18 mois
Bateman et Fonagy, 2001 <i>Étude de suivi de la précédente</i> note : 5,5/10	Programme de suivi par thérapie analytique de groupe deux fois par semaine (180 h sur 18 mois) Nombre patients : 44 Âge moyen : 32 ans Durée traitement : 18 mois suivi Thérapeutes : non spécifié	La supériorité de l'hospitalisation partielle d'orientation psychanalytique sur le traitement psychiatrique standard s'est maintenue durant une période de suivi de 18 mois. La poursuite de l'amélioration au niveau du fonctionnement social et interpersonnel suggère que des modifications à plus long terme ont été stimulées

Concernant les patients traités en ambulatoire (tableau 6.XI), une première étude a été menée par Stevenson et Meares (1992) pour évaluer l'efficacité d'une psychothérapie bien définie chez 30 patients ambulatoires souffrant de troubles de la personnalité borderline diagnostiqués suivant les critères du DSM-III. Cette psychothérapie s'est déroulée deux fois par semaine pendant 12 mois, avec des thérapeutes en formation sous supervision étroite. L'objectif de cette psychothérapie était d'aider le patient à se construire une réalité personnelle, en cohérence avec le modèle suivant lequel les troubles de la personnalité borderline sont une des conséquences d'une interruption de la construction du soi, liée à l'impact d'empiètements répétés de l'environnement social, sous la forme de différents stress survenus au cours des phases précoces de la vie. L'approche du traitement était basée sur une psychologie du *self* (ce terme est utilisé dans un sens large), et des efforts importants étaient réalisés pour s'assurer que tous les thérapeutes adhéraient au modèle de traitement. Les mesures de résultats incluaient la fréquence d'usage de médicaments (prescrits ou obtenus de façon illégale), le nombre de visites chez les professionnels médicaux, le nombre d'épisodes de violence ou d'automutilation, le temps durant lequel la personne avait été en absence de travail, le nombre d'admissions à l'hôpital, le temps passé en hospitalisation complète, le score obtenu à un autoquestionnaire de symptômes, et le nombre de critères du DSM-III de troubles de la personnalité. À la fin du traitement, les sujets présentaient une amélioration statistiquement significative depuis l'évaluation initiale jusqu'à la fin de l'année de suivi sur toutes les mesures. Cette amélioration était toujours présente un an après la fin de la thérapie.

Une étude assez comparable à la précédente a été menée par Monsen et coll. (1995a et b). Ils ont évalué dans une étude prospective de 7 ans le résultat fonctionnel obtenu après un travail de psychothérapie psychodynamique dans une population de 25 patients ambulatoires atteints de troubles de la personnalité (23, dont 10 de niveau sévère et 6 de niveau moyen) et de psychose (4). La psychothérapie était essentiellement basée sur la théorie des relations d'objet et de la psychologie psychodynamique du moi et caractérisée par une focalisation sur les émotions et les processus d'information concernant les affects. Les interventions étaient orientées vers une élévation du niveau des signaux de conscience

affective et une disposition plus ouverte et flexible à leurs différents aspects. Une plus grande tolérance et des expressions plus directes, nuancées et différenciées étaient encouragées. Un second objectif était la distinction du soi de l'image parentale idéalisée de façon défensive. Le principe appliqué était qu'en construisant des images parentales plus réalistes, les patients peuvent se libérer d'un mode immature visant à maintenir leur estime de soi. Les changements recherchés étaient donc structuraux, de maturation, avec une possibilité d'accroître leur capacité individuelle de vivre leur intimité, de réguler leurs contacts sociaux et plus généralement d'avoir une motivation plus importante pour atteindre des ambitions et des buts personnels.

Le critère initial d'inclusion dans l'échantillon était l'existence d'un trouble psychologique installé depuis longtemps dans la catégorie des troubles de la personnalité et des psychoses. Les critères d'exclusion étaient la schizophrénie chronique, la dépendance sévère à l'alcool ou à une drogue et le retard mental. Plusieurs évaluations ont eu lieu : durant la période de traitement, à sa terminaison et cinq ans après, ce qui est l'objet de cet article. Les mesures d'évaluation ont porté sur des variables démographiques (relations personnelles, éducation, travail, revenu, conditions de logement et utilisation des services sociaux et de santé), sur le niveau d'adaptation sociale (SAS), la conscience affective, mesurée sur la base d'un entretien semi-structuré construit pour cette étude, enregistré en vidéo, et portant sur 9 affects (intérêt/excitation ; enthousiasme/joye ; peur/panique ; colère/rage ; humiliation/honte ; tristesse/désespoir ; envie/jalousie ; honte/remords ; tendresse/adoration), l'inconfort névrotique, la relation identitaire (MMPI), l'importance des symptômes (SCL-90) et le niveau de santé (HSRS).

Les résultats ont montré des changements significatifs de la capacité d'établir et de vivre des relations intimes. La qualité du contact relationnel était améliorée, le niveau socio-économique plus élevé et l'utilisation des services sociaux et de santé réduite. Le résultat psychosocial global, mesuré par l'Échelle santé-maladie (moyenne à 72) et la SCL-90 (score moyen de 0,71, SD de 0,54) suggèrent que 76 % de l'échantillon avait atteint un niveau de fonctionnement psychosocial et d'adaptation que l'on peut considérer comme « non pathologique ».

Dans la conclusion des deux études précédentes, les auteurs expliquaient les difficultés qui les avaient fait renoncer à constituer un groupe contrôle. Elles ont pu être ultérieurement surmontées dans une des équipes puisque, dans une seconde étude, Meares et coll. (1999) comparent les résultats obtenus au sein d'un groupe de patients traités par psychothérapie psychodynamique interpersonnelle (psychothérapie dérivée du modèle conversationnel de Hobson) avec ceux d'une liste d'attente contrôle constituée de patients « traités comme d'habitude » (thérapie de soutien, intervention de crise, thérapie cognitive, pharmacothérapie).

La présentation de la psychothérapie est associée à celle du modèle théorique sous-jacent. Les auteurs font remarquer que le catalogue des critères de troubles de la personnalité borderline dans le DSM-III est constitué de trois facteurs qui concernent l'affect, l'impulsivité et le *self*, sans que soit précisée laquelle de ces constellations d'expériences et de comportements est primaire. C'est pour eux le troisième facteur (le *self*), qui inclut l'expérience du vide, qui est le plus fondamental. Le modèle est basé sur l'idée que le trouble de la personnalité borderline est une conséquence d'une interruption du développement du moi. La principale hypothèse est qu'un certain type d'activité mentale, se trouvant dans la rêverie et se situant en dessous du jeu symbolique, est nécessaire à la constitution du moi. Cette sorte d'activité mentale est non linéaire, associative et liée à l'affect. Dans la période précoce, sa présence dépend d'une relation de l'enfant avec son entourage dont la réponse entre en interaction avec ce qu'il communique, et lui exprime que son expérience est comprise et reconnue. En l'absence de cette possibilité de relation, l'enfant va se tourner vers l'extérieur. Sur cette base, qui s'inscrit dans la perspective générale des cliniciens

psychodynamistes des troubles borderline (revue dans Adler, 1989 ; Thurin, 1997), le but de la thérapie est maturatif. Spécifiquement, il consiste à aider le patient à découvrir, élaborer et se représenter une réalité personnelle. Pour y parvenir, le thérapeute va veiller à établir une atmosphère dans laquelle l'activité mentale de développement peut se mettre en place, amplifier les éléments du monde personnel et interne qui apparaissent dans la conversation, particulièrement comme des sentiments ou des métaphores implicites, identifier les moments où le souvenir traumatique surgit dans la conscience originaire, afin de travailler à l'intégration du système de mémoire traumatique dans le système du *self*.

Sur ces bases, les résultats de l'étude montrent que parmi les 30 patients traités, 30 % ne réunissaient plus les critères de diagnostic de trouble de la personnalité borderline (DSM-III) après une année de psychothérapie. Les 30 patients de la liste d'attente durant 1 an ou plus n'ont pas montré de changement dans le diagnostic. Les scores de réduction du nombre de critères DSM-III des individus dans le groupe de traitement, évalués suivant une échelle à 27 points, ont été moyenne 4,78 fois plus importants que ceux des sujets appartenant au groupe contrôle, sur la période de 12 mois. L'amélioration dans le groupe traité par psychothérapie s'est maintenue à la fois au suivi d'un an et de 5 ans. Le traitement ambulatoire, suivant une modalité spécifique, est au moins aussi efficace que les traitements plus lourds. Évidemment, ces éléments ne sont que partiels et n'abordent pas directement la question des changements de la structure de la personnalité. Autrement dit, ils ne « mesurent » pas l'évolution de la construction du soi, ni l'évolution de la relation à la réalité, à travers notamment les réactions affectives et de passage à l'acte que certaines situations sont susceptibles de produire.

Clarkin et coll. (2001) ont examiné l'efficacité d'un traitement psychodynamique modifié nommé « psychothérapie focalisée sur le transfert » (PFT) conçu spécifiquement pour les patients avec trouble de la personnalité borderline (TPB). Vingt-trois patientes diagnostiquées borderline avec le DSM-IV ont commencé une PFT bi-hebdomadaire. Elles étaient évaluées au début et à la fin de 12 mois de traitement avec des instruments de fonctionnement symptomatique et global (GAF), des mesures de suicidalité et de comportement d'automutilation (*Parasuicidal history interview* – PHI –, Linehan et coll., 1989), et des mesures d'utilisation des services médicaux et psychiatriques (*Treatment history interview* – THI –, Linehan, 1987). Comparé à celui de l'année précédant le traitement, le nombre de patientes ayant fait des tentatives de suicide a significativement décru. De même, le risque et la sévérité des répercussions médicales des comportements d'auto-agression ont diminué. Les patientes de l'étude ont été également significativement moins hospitalisées durant l'année de traitement (entrées ou jours d'hospitalisation). Le taux de sortie de l'étude a été de 19,1 %. Une supervision étroite, un travail d'équipe et un traitement structuré devraient être considérés comme des variables communes de succès du traitement des TPB. Cette étude suggère fortement que ce traitement psychodynamique structuré, manualisé et modifié pour les patients borderline est prometteur pour le traitement ambulatoire de ces patients et justifie des études contrôlées.

L'étude contrôlée de Munroe-Blum et Marziali (1995) présente la comparaison à 12 mois (la fin du traitement) et à 24 mois d'une psychothérapie de groupe psychodynamique brève de patients borderline à une psychothérapie dynamique individuelle. Les critères d'inclusion étaient des hommes et femmes de 18 à 65 ans ayant eu au moins un contact antérieur avec un service psychiatrique et remplissant les critères de l'Entretien diagnostique pour patients borderline. Les critères d'exclusion comprenaient les difficultés de langage, un handicap neurologique ou un retard mental, un diagnostic primaire d'alcoolisme ou d'addiction à une drogue, un trouble psychiatrique d'origine somatique. Parmi les 110 sujets répartis de façon aléatoire pour le traitement, 79 ont accepté le cadre dans lequel ils étaient adressés (n = 41 pour le traitement individuel et n = 38 pour le traitement de groupe).

Les principales variables étudiées concernaient le dysfonctionnement social, la performance sociale et l'état symptomatique. Les outils étaient l'OBJI (*Objective behavior index*), la SAS (*Social adjustment scale*) qui mesure la performance sociale générale, le BDI (Inventaire de Beck de la dépression) et la HSCL-90 (liste de symptômes).

L'évaluation des patients s'est faite au moment de l'inclusion dans l'étude, à 6, 12, 18 et 24 mois de suivi, à partir de mesures sociales, démographiques et de caractéristiques symptomatiques.

Le traitement de groupe était constitué de 30 séances de 1 h 30 (25 hebdomadaires suivies de 5 séances toutes les 2 semaines, conduisant à la fin du traitement). Il était conçu à partir d'un des traits centraux du trouble borderline qui est le suivant : un système conflictuel instable et mal défini de la définition du soi et qui est anormalement dépendant des transactions interindividuelles dans l'ici-et-maintenant. Il portait une attention particulière aux réactions subjectives du thérapeute et partait du principe que les patients borderline ont un besoin universel de soin, de respect, de réponse empathique et de maîtrise, et que, quand ces principes sont respectés, leurs capacités à faire des choix et à contrôler leur destinée sont renforcées.

Le groupe de comparaison suivait une psychothérapie psychodynamique individuelle, sans date de terminaison déterminée et suivant les principes généraux de Kernberg. Les séances étaient enregistrées ; elles ont montré que les thérapeutes individuels utilisaient les stratégies psychodynamiques traditionnelles d'interprétation, de confrontation et d'exploration. Les analyses statistiques ont fait apparaître des améliorations importantes pour les quatre mesures, en particulier le dysfonctionnement social, l'intensité des symptômes et de la dépression. En revanche, elles n'ont pas fait apparaître de différences significatives entre les effets du traitement de groupe expérimental et ceux des traitements individuels. Cette

patients à l'intérieur du groupe borderline qui ne serait pas prise en compte. Les auteurs insistent également sur le fait que le traitement de groupe qui repose davantage sur une équipe que le traitement individuel peut tempérer des réactions de rejet vis-à-vis de ces patients qui sont réputés difficiles.

Tableau 6.XI : Autres études concernant la personnalité borderline

Références	Description	Résultats
Stevenson et Meares, 1992 <i>Comparaison avant-après</i>	File active de psychiatrie Psychothérapie et suivi à un an des symptômes et de « mesures objectives de comportement » (visites médicales, hospitalisations et leur durée, médicaments) Nombre patients : 30 Âge moyen : 30 ans Durée traitement : 2 séances par semaine pendant 1 an Thérapeutes : relativement peu formés, supervisés par quatre cliniciens très expérimentés	Réduction significative du nombre de critères DSM-III à la fin du traitement et au suivi de 12 mois (10,5 vs 17,4). 30 % des patients ne réunissaient plus à 1 an les critères DSM-III de TP. Réduction des scores du <i>Cornell index</i> (28,63 à 24 mois vs 42,63 au début) Réduction des mesures objectives (comportements et utilisation services santé)
Monsen et coll., 1995a et b <i>Étude prospective</i>	Forme sérieuse et durable d'un trouble psychologique dans le champ des troubles de la personnalité et des psychoses 25 patients en psychothérapie ambulatoire Évaluations durant la période de test thérapeutique (1-3 mois), à la fin de la thérapie et 5 ans après la fin du traitement Âge moyen : 28,6 ans Durée traitement : 25 mois	Réduction très significative des diagnostics de l'axe I à la fin de la psychothérapie et au suivi. Au MMPI, changement le plus important au niveau émotionnel, retrait social, pathologie. Important changement au niveau conscience des 9 affects spécifiques mesurés Stabilité des changements durant la période de suivi

Thérapeutes : psychologues expérimentés, formés à cette psychothérapie, avec supervision

Meares et coll., 1999 <i>Étude contrôlée non randomisée</i>	File active de psychiatrie comprenant notamment des échecs avec les autres tentatives thérapeutiques Comparaison avec liste d'attente contrôle Nombre patients : 40 Âge moyen : 29,4 ans Durée traitement : 2 fois par semaine pendant 1 an Thérapeutes : psychiatres, infirmiers, psychologues en formation	30 % patients traités ne réunissaient plus les critères de diagnostic de TPB après une année de psychothérapie (scores DSM diminués de 4,78). Pas de changement pour liste d'attente Amélioration maintenue au suivi d'un an et à 5 ans
Clarkin et coll., 1999 <i>Comparaison avant après</i>	Patientes des files actives de différents cadres thérapeutiques psychiatriques 5 critères ou plus DSM-IV de TPB évalués sur la SCI-II au moins 2 tentatives de suicide ou de comportement d'automutilation dans les 5 années précédentes Psychothérapie psychodynamique modifiée ambulatoire Patientes constituent leur propre contrôle par rapport à l'année précédente Nombre patientes : 23 Âge moyen : 32,7 ans (19-48 ans) Durée traitement : 12 mois Thérapeutes expérimentés	Réduction significative du nombre de patients ayant fait TS par rapport à année précédente (18 % versus 53 %) Moins d'hospitalisations psychiatriques et de jours d'hospitalisation plein temps
Munroe-Blum et Marziali, 1995 <i>Étude contrôlée</i>	Hommes et femmes de 18 à 65 ans, au moins un contact antérieur avec service psychiatrique, critères de l'Entretien diagnostic pour patients borderline Patients randomisés en thérapie individuelle ou de groupe, suivant manuel et enregistrement Nombre patients : 79 Âge moyen : 18-52 ans Durée traitement : 1 an Thérapeutes formés et expérimentés pour psychothérapie individuelle ; encadrés et supervisés pour la psychothérapie dynamique de groupe	Amélioration importante des indicateurs comportementaux, d'adaptation sociale, de symptômes globaux et de dépression. Pas de différence significative entre thérapies psychodynamiques de groupe et individuelle, à la fin du traitement et au suivi de 24 mois

Études concernant les troubles de la personnalité évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive, non spécifique

L'efficacité de la psychothérapie d'orientation psychanalytique en hospitalisation à temps partiel a été analysée dans l'étude de Krawitz (1997) présentée dans le tableau 6.XII. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer les résultats de la psychothérapie psychodynamique de 31 patients (81 % de femmes et 19 % d'hommes) souffrant de troubles de la personnalité des catégories B et C traités dans un cadre psychothérapique résidentiel ou semi-résidentiel. Quarante-vingt-un pour cent d'entre eux présentaient un diagnostic de trouble de la personnalité de type C (évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive et autres) et 19 % de type B (borderline) au DSM-III-R.

Cette étude a plusieurs aspects originaux. Elle décrit assez précisément une méthode psychothérapique qui a été adaptée à la population prise en charge, afin de prendre en particulier en compte les aspects spécifiques liés au sexe féminin (statut et rôle social) et au

contexte socio-économique. Ces dimensions sont abordées notamment à propos du travail, avec leurs conséquences en termes de pouvoir et de rémunération. La dimension intrapsychique est explorée à partir de la violence, de l'abus sexuel, de l'appartenance à des groupes non dominants. Cet aspect est appréhendé dans le transfert, à partir de la hiérarchisation des rôles, de la démythification du thérapeute et de la thérapie et de l'utilisation d'un langage courant. L'aspect spiritualité est également pris en compte (population Maori). S'agissant d'une prise en charge institutionnelle, la situation des locaux et l'organisation ont leur importance et sont décrites. La population a été choisie en fonction du fait que c'étaient « les patients avec les troubles de la personnalité les plus sévères » qui puissent être considérés comme traitables : antécédents d'addiction à une drogue, prison, automutilation, enfants retirés... Ces patients ne devaient pas être dans une phase aiguë et étaient adressés quand la thérapie courante était insuffisante ou à cause de la sévérité de leurs problèmes. On est loin d'études portant sur des populations de « bien portants ». Une évaluation économique précise du coût a été faite, qui a été mise en parallèle avec le coût du traitement de pathologies somatiques. Il s'agit d'une étude prospective qui peut être réalisée en pratique courante avec de petits moyens et une « assez bonne méthodologie » : patient comme son propre témoin de l'évolution d'une pathologie chronique, mesures de tailles d'effet à partir d'instruments validés cotés en pré et post-traitement.

Les échelles de mesure utilisées ont été la *Symptom check list 90*, la *Goal attainment scale*, l'Échelle de fonctionnement global et des mesures d'utilisation des ressources de santé (économiques). Ces mesures ont été effectuées avant le traitement, ainsi qu'à 4, 12 et 24 mois après son terme. La durée moyenne de thérapie était de 4 mois (68 jours de thérapie). Toutes les échelles cliniques ont montré des améliorations et ont été accompagnées d'une réduction de l'usage des ressources de santé. Ces résultats montrent l'efficacité clinique de la psychothérapie dans ce cadre, apportent un soutien à la philosophie communautaire et intégrée de la pratique psychothérapique. Ils suggèrent que de la psychothérapie peut être évaluée à un coût financier raisonnable dans des modalités pratiques très variées.

Concernant les patients traités en ambulatoire, l'étude de Winston et coll. (1994) a évalué les résultats de deux formes de psychothérapie dynamique brève chez les patients souffrant de trouble de la personnalité, en les comparant à ceux d'un groupe contrôle en liste d'attente (tableau 6.XII). Ces deux psychothérapies utilisent beaucoup des techniques de Mann, Malan, Sifneos, et Davanloo. D'un point de vue technique, elles diffèrent suivant le niveau d'activité et de confrontation. Dans la première, directement issue de la PDB de Davanloo, les défenses, l'anxiété et les impulsions sont activement abordées, clarifiées et interprétées. Cette psychothérapie se concentre sur la confrontation du patient au comportement défensif qu'il utilise et sur l'élucidation de la manifestation affective qui se produit dans un contexte interpersonnel. Les souvenirs réprimés et les idées qui les accompagnent peuvent être alors pleinement vécus dans un cadre de travail intégré affectif et cognitif. La seconde (adaptative brève) est une thérapie plus cognitive qui se concentre sur l'identification du pattern le plus inadapté et son élucidation dans les relations passées et actuelles, tout particulièrement dans la relation entre le patient et le thérapeute. Le but est de rendre le patient capable de développer une prise de conscience sur les origines et les déterminants de ce pattern, de façon à produire des relations interpersonnelles mieux adaptées. Ces deux psychothérapies ont donc en commun la prise de conscience de la relation entre l'émergence des symptômes et les contextes interpersonnels passés et présents et un travail d'élaboration à partir de leur actualisation dans le transfert. Les patients présentaient une typologie de type C de la personnalité ou, pour quelques uns, des troubles de type B (trouble de la personnalité primaire, hystérique). L'évaluation des résultats a porté sur les plaintes principales, le fonctionnement global et l'adaptation sociale. Les patients se sont améliorés significativement sur toutes les mesures dans les deux conditions thérapeutiques par rapport aux patients sur liste d'attente. L'amélioration s'est maintenue au-delà de la période de suivi

d'un an et demi. Il n'y avait pas de différence significative entre les résultats des deux types de thérapie. Pour l'expliquer, les auteurs considèrent que le manque d'homogénéité des patients est peut-être responsable de l'absence de différence trouvée entre les thérapies. Il se peut qu'une thérapie soit meilleure avec certains patients et moins bonne avec d'autres, tandis que l'autre thérapie produit les résultats opposés. Ces résultats auraient tendance à s'annuler et à conduire à des résultats généraux similaires. Cette étude illustre bien le problème plus général que pose une mesure des effets concernant des données symptomatiques dans une population faiblement déterminée et corrélée à une spécification de la technique dont les objectifs particuliers ne sont pas évalués. Les auteurs prennent en compte cette difficulté et considèrent que les prochaines études devraient tenter de développer des mesures d'effets qui soient à la fois individualisées et conduites par une théorie.

Tableau 6.XII : Études concernant les troubles de la personnalité évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive, non spécifique

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Kravitz, 1997 <i>Étude non contrôlée</i>	Troubles de la personnalité modérés à sévères (addictions, délinquance, auto-agression, 81 % type C et 19 % type B DSM-III-R) Nombre patients : 31 Âge moyen : 34 ans (17-54 ans) Mesures pré-, post-, et à 4, 12 et 24 mois de suivi Durée traitement : 4 mois (68 jours) Thérapeutes expérimentés pathologies de l'axe I	Efficacité clinique de la psychothérapie psychodynamique adaptée au contexte social (amélioration de toutes les échelles cliniques) Amélioration maintenue au-delà de un an et demi
Winston et coll., 1994 <i>Étude contrôlée</i> note : 7,5/10	Troubles de la personnalité axe II du DSM-III Âge : 18-60 ans ; âge moyen : 40,8 ans au moins une relation proche Nombre patients : 81 (ambulatoires) 2 psychothérapies dynamiques brèves (adaptative et interprétative) par rapport à liste d'attente Durée traitement : 40 semaines Suivi à 1,5 an Thérapeutes : psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux expérimentés ; usage de manuels ; enregistrements vidéo, avec évaluation adhésion protocole selon échelles ; participation séminaires techniques	Amélioration significative après psychothérapie chez les patients présentant une typologie de type C de la personnalité, de même que pour des patients avec des troubles de type B (primaire, histrionique) Maintien de l'amélioration pendant la période de suivi d'un an et demi. Pas de différence significative de l'efficacité des deux traitements

Psychothérapie dynamique brève des troubles de la personnalité narcissique

L'article de Lazarus (1982) constitue la base d'un manuel de traitement psychodynamique des troubles de la personnalité narcissique, dont la difficulté du soin est bien connue. Après un rappel de leur clinique, l'auteur décrit leur théorisation par Kohut (1968) comme le résultat d'un échec du développement du secteur narcissique de la personnalité. D'un point de vue psychopathologique, alors que chez une personne bénéficiant d'un sentiment de soi assuré, un échec concernant l'attente de ses ambitions et de ses buts va s'exprimer sous la forme de sentiments transitoires de honte, pour l'adulte narcissiquement vulnérable, une déception d'une amplitude semblable sera vécue comme une atteinte catastrophique de l'estime de soi accompagnée de sentiments de fragmentation, de désappointement, de honte, de colère, de rage (Kohut, 1972) et de dépression. La personne va alors rechercher désespérément quelqu'un qui l'idéalise et restaure son sens interne de soi et ses qualités de base.

Le principal but de la psychothérapie brève est ici le rétablissement de l'estime de soi et de sentiments de cohérence personnelle. La psychothérapie psychanalytique va être le cadre d'un transfert narcissique sur l'analyste qui va pouvoir être utilisé par le patient pour reprendre son développement. À partir de 4 cas cliniques, Lazarus décrit trois phases de traitement.

La phase de début durant laquelle le thérapeute soutient de façon empathique les défenses du patient et lui permet de l'utiliser comme un bon objet pour restaurer son estime de soi endommagée. Il faut à ce stade éviter deux erreurs : donner au patient le sentiment qu'on le rejette ; refuser l'idéalisation qui est attribuée au thérapeute. Par ailleurs, les interprétations doivent être évitées à un stade où le transfert situe la relation comme un miroir où le patient a le sentiment qu'il apparaît comme bon ou mauvais.

La phase intermédiaire, à partir du moment où le thérapeute fonctionne comme objet narcissique ; la rage et la dépression du patient, les comportements très défensifs se réduisent en quelques séances. Le patient peut craindre à ce stade de devenir dépendant du thérapeute et vouloir terminer rapidement pour éviter la rupture de la relation narcissique. Une clarification et une interprétation de ces sentiments peuvent réduire le risque d'interruption prématurée et conduire à une meilleure compréhension par le patient de ses réactions. Un des objectifs de cette phase intermédiaire est d'aider le patient à comprendre sa vulnérabilité et ses réactions à la blessure narcissique.

Pendant la phase de terminaison, le patient peut revenir à des défenses primitives avec retrait, projection et clivage en réponse à une anxiété croissante vis-à-vis de la perte appréhendée de l'objet narcissiquement investi que représente le thérapeute pour lui. La terminaison peut symboliser et répéter la blessure narcissique qui a conduit au traitement. Des rendez-vous en retard ou manqués, des expressions de colère ou d'humeur maussade, ou même l'interruption brutale peuvent exprimer l'anxiété de la perte.

Du fait de la courte durée de la psychothérapie brève, ses principaux objectifs sont plus conservateurs que ceux d'une thérapie longue. Le but principal est la restauration de l'estime de soi du patient, et quelquefois la possibilité pour lui de revenir aux niveaux de fonctionnement qu'il avait avant sa décompensation, en gagnant au passage un peu de prise de conscience et de réduction de la vulnérabilité narcissique.

Facteurs particuliers intervenant dans les résultats des psychothérapies dynamiques des troubles de la personnalité

Concernant les troubles de la personnalité avec comorbidité dépressive et le cas particulier de la sociopathie, deux études abordent la question de l'association d'un trouble de la personnalité à la dépression et des conséquences de cette association sur les résultats de la psychothérapie (tableau 6.XIII).

L'étude naturaliste de Diguier et coll. (1993) part du constat que la prévalence des diagnostics de trouble de la personnalité parmi les patients déprimés est considérable : différentes études ont rapporté des taux de 37 % à 87 %. De plus et de façon générale, la réponse à la psychothérapie est meilleure ou plus rapide chez les patients qui ne présentent pas de trouble de la personnalité. L'étude porte sur 25 patients ambulatoires présentant une dépression majeure qui ont bénéficié de 16 séances de psychothérapie psychodynamique « d'expression et de soutien » menées par des psychothérapeutes expérimentés.

Les évaluations confirment que la prévalence des troubles de la personnalité parmi les patients déprimés est très importante (48 %). Par ailleurs, elles montrent qu'au début, à la fin et au suivi de la psychothérapie, les patients présentant un trouble de la personnalité avaient une santé psychologique moins bonne et étaient plus déprimés que les patients sans trouble de la personnalité. Ainsi, l'amélioration statistique des patients avec trouble de la

personnalité entre le début et la fin de la thérapie a été similaire en grandeur à celle des patients sans trouble de la personnalité. Cependant, du fait que les patients avec trouble de la personnalité commençaient leur traitement avec un moins bon état psychologique, ils n'atteignaient pas à la fin le même niveau de bien-être que les autres et étaient davantage déprimés (à l'Inventaire de dépression de Beck). Le résultat aurait peut-être été modifié si les patients avec trouble de la personnalité avaient bénéficié d'une psychothérapie plus longue.

Ces résultats font également apparaître l'existence d'un biais potentiel important si la comorbidité de la dépression avec un trouble de la personnalité n'est pas étudiée, puisque ce facteur intervient nettement dans les résultats. Il est suggéré que les différents cliniciens évaluent séparément les troubles de l'axe I et de l'axe II et que des méthodes soient développées qui n'évaluent pas seulement des symptômes, mais également des facteurs indépendants, tels que l'étiologie et l'histoire développementale. Il serait également nécessaire de refaire l'évaluation diagnostique après traitement pour mieux distinguer les troubles de la personnalité de simples traits exacerbés par la pathologie.

L'étude contrôlée de Woody et coll. (1985) concernant l'impact de l'association dépression-trouble de la personnalité sur le résultat de la psychothérapie conduit à une conclusion apparemment différente de l'étude précédente. Ici, le trouble de la personnalité est une sociopathie. La présence d'une sociopathie a été considérée comme un fort facteur prédictif de faible réponse à la psychothérapie. Ce constat a été largement attribué à la faiblesse ou à l'absence de relations interpersonnelles ainsi qu'à la présence d'un comportement antisocial chez les sociopathes. En dépit d'expériences de prise en charge de la sociopathie largement rapportées, il y a eu peu d'évaluations systématiques des effets de la psychothérapie chez les individus sociopathes. Woody et coll. (1985) ont étudié cette question, à partir de groupes de patients dépendants aux opiacés, selon qu'ils présentaient ou non un diagnostic additionnel de trouble dépressif majeur actuel. L'analyse des résultats est centrée sur trois éléments : le comportement antisocial, la sévérité générale des symptômes psychiatriques, et l'incapacité de former des relations significatives. Pratiquement toute la population présente avait une histoire de comportement antisocial. Cependant, en dépit de cet arrière plan d'activité criminelle, la psychothérapie « d'expression et de soutien », associée au conseil et à la structure générale du programme, a généralement produit des bénéfices clairs, et particulièrement pour les patients qui présentaient d'autres diagnostics (par exemple, une dépression) et qui avaient été traités par la psychothérapie traditionnelle. Ce groupe aurait dû avoir la réponse la plus faible à la psychothérapie du fait qu'il présentait la combinaison de symptômes la plus sévère. Et pourtant, la réponse à la psychothérapie dans ce groupe s'est révélée généralement positive, avec des améliorations significatives concernant l'emploi, l'usage de drogue, le statut légal et le fonctionnement psychiatrique. L'hypothèse défendue par les auteurs est que dans ces conditions particulières, la dépression pourrait être un facteur d'ouverture du champ relationnel chez ces patients et être, paradoxalement, à l'origine des bons résultats obtenus.

Concernant la durée du traitement, Hoglend (1993) a étudié les résultats à long terme de la psychothérapie brève de 15 patients souffrant de trouble de la personnalité au sein d'un échantillon de 45 patients ambulatoires (tableau 6.XIII). De façon générale, le succès de la psychothérapie dynamique implique un véritable changement de la personnalité obtenu à partir de l'acquisition d'une prise de conscience qui ouvre à une action créative et à une modification soutenue du comportement. Les psychothérapies brèves sont indiquées pour des patients soigneusement sélectionnés. Dès le départ, il a été considéré que les troubles de la personnalité nécessitaient un nombre de séances plus important.

Parmi les patients avec troubles de la personnalité, 8 présentaient des personnalités dépendante ou évitante (catégorie C) et 7 des personnalités histrionique, narcissique ou borderline (catégorie B), suivant les critères du DSM-III.

Les évaluations ont eu lieu avant le traitement à partir d'un entretien enregistré d'une à deux heures. Les critères favorables pour une psychothérapie brève étaient : des problèmes circonscrits pour le traitement ; une motivation et une compréhension précoces ; un engagement précoce ; une qualité des relations personnelles antérieure au traitement. À partir de cet entretien initial, les thérapeutes dressaient une liste des plaintes cibles et élaboraient une formulation psychodynamique écrite du problème, selon les instructions décrites par Malan. Les évaluations de suivi ont été réalisées 2 ans et 4 ans après la fin de la thérapie à partir d'un entretien et de 7 échelles de résultat : Score global de plaintes cibles, Échelle de changement global et Échelles de changements psychodynamiques (5 échelles en 7 points permettant d'évaluer les relations interpersonnelles, l'estime de soi, les apprentissages cognitifs, la perception émotionnelle de soi, la prise de conscience et la capacité de résolution de problèmes). Les événements de vie et un traitement additionnel durant la période post-thérapeutique ont été systématiquement recherchés.

Les résultats montrent que les sous-échantillons avec ou sans trouble de la personnalité ont montré un changement symptomatique significativement différent à 2 ans, mais pas à 4 ans. Au suivi de 4 ans, le sous-échantillon avec trouble de la personnalité tendait à être moins amélioré au niveau dynamique que celui des patients sans trouble de la personnalité. D'autre part, le nombre de séances intervenait directement sur le niveau de changement. Cela ne signifiait pas que les patients n'avaient pas évolué à partir du niveau initial, mais qu'ils n'avaient pas atteint un niveau de santé équivalent à celui des patients sans trouble de la personnalité.

Six des quinze patients avec trouble de la personnalité ne présentaient plus ce diagnostic 4 ans après le traitement. Bien que le profil des patients ait été très prédictif des résultats dans les deux échantillons, la durée du traitement constituait un facteur plus important que la disposition chez les patients avec trouble de la personnalité. Chez les patients avec trouble de la personnalité, cette durée était hautement liée à la prise de conscience acquise à 2 ans de suivi, qui était elle-même très prédictive du changement psychodynamique général ultérieur. Cela n'était pas le cas des autres échelles de changement dynamique.

Chez les patients pour lesquels le trouble de la personnalité était associé à une dépression, les résultats symptomatiques satisfaisants obtenus rapidement avaient conduit tant le thérapeute que le patient à réduire la durée du traitement. Mais à plus long terme, les changements obtenus se sont révélés beaucoup moins importants.

Par ailleurs, contrairement aux hypothèses des auteurs, les patients avec trouble de la personnalité de type B ont montré de bons résultats, avec une absence de comportement autodestructeur, une plus grande motivation et un maintien plus durable dans le traitement que ceux du type C.

Cette étude confirme les données réunies par différents auteurs (Horowitz et coll., 1986 ; Pollack et coll., 1990 ; Shea et coll., 1990) suivant lesquelles une approche psychodynamique brève et focalisée est insuffisante chez les patients souffrant de trouble de la personnalité. En revanche, si les patients sont impliqués dans un traitement psychodynamique de 30 séances ou plus, le résultat dynamique à long terme peut être aussi favorable que celui de patients sans trouble de la personnalité. Par ailleurs, rappelons que la durée du traitement, dans le sens d'une non-interruption précoce, est corrélée à des facteurs techniques (Yeomans et coll., 1994 ; Ogrodniczuk et Piper, 1999), eux-mêmes liés à la formation des psychothérapeutes.

Tableau 6.XIII : Études impliquant comorbidité et durée dans les effets de la psychothérapie psychodynamique des troubles de la personnalité

Références	Description	Résultats
Diguer et coll., 1993	Comparaison des effets d'une psychothérapie psychodynamique brève « expressive de	La psychothérapie psychodynamique brève obtient avec patients déprimés

<i>Étude non contrôlée avant-après</i>	soutien » chez patients déprimés avec ou sans trouble de la personnalité Évaluation initiale, à la fin de la psychothérapie et à 6 mois de suivi (BDI et HSRS) Nombre patients : 25 Âge moyen : 38,4 ans Durée traitement : 16 séances Thérapeutes expérimentés	avec troubles de la personnalité des résultats tangibles statistiquement équivalents à ceux de patients uniquement déprimés, sans atteindre néanmoins le même niveau de santé.
Woody et coll., 1985 <i>Étude contrôlée</i>	Patients traités par méthadone pendant au moins 2 semaines, mais pas au-delà de 6 mois Comparaison de 3 traitements : conseil ; psychothérapie d'expression et de soutien + conseil ; TCC + conseil Nombre patients : 110 Âge moyen : 18-55 ans Durée traitement : en moyenne 11 séances de psychothérapie et 15 de conseil Thérapeutes professionnels	La psychothérapie professionnelle peut être efficace, même si elle est brève, chez des patients ambulatoires en programme méthadone avec un diagnostic de comportement antisocial, à partir du moment où ils ont également un diagnostic de dépression actuelle. Pas de différence significative de résultats entre les deux psychothérapies
Hoglend 1993 <i>Étude non contrôlée avant-après</i>	Patients adressés pour psychothérapie : 30/45 avec diagnostic axe I du DSM-III (13 troubles de l'adaptation, 12 troubles anxieux, 4 troubles dysthymiques, 1 dépression majeure), 15/45 avec trouble de la personnalité (8 groupe C et 7 groupe B) Évaluation initiale, après traitement, à 2 et 4 ans de suivi Nombre patients : 45 Âge moyen : 32 ans (20-53) Durée traitement : 31 séances (9-53) Thérapeutes : psychiatres bien formés à la psychothérapie longue et brève d'orientation psychanalytique	Une approche psychodynamique brève et focalisée, active sur les symptômes, est insuffisante chez les patients souffrant de trouble de la personnalité pour obtenir des changements dynamiques à long terme. Si ces patients sont impliqués dans un traitement psychodynamique de 30 séances ou plus, le résultat dynamique à long terme peut être aussi favorable que celui de patients sans trouble de la personnalité

Résultats obtenus avec les psychothérapies psychodynamiques brèves

La question des psychothérapies brèves est apparue tout à fait cruciale aux États-Unis dans les années 1970 du double fait de l'augmentation de la demande liée au succès de la psychanalyse et du coût croissant des soins en psychiatrie. Ces facteurs ont stimulé les efforts pour trouver des formes plus brèves, avec une définition assez précise des objectifs de la psychothérapie, en relation avec les bases théoriques et techniques de la psychanalyse concernant le trouble concerné. Au départ, les troubles qui pouvaient bénéficier de ce type de psychothérapie n'étaient pas bien précisés et cela se retrouve dans l'irrégularité des résultats obtenus dans les méta-analyses (les troubles addictifs aux opiacés avoisinent les troubles dépressifs majeurs, les troubles psychosomatiques et anxieux...). D'autre part, certains psychothérapeutes d'inspiration psychodynamique pensent qu'on a pu oublier que pour la plupart des psychothérapeutes de formation psychanalytique, le travail psychothérapique ne pouvait commencer réellement, dans de nombreux cas, qu'après l'amélioration symptomatique. Que signifie alors s'arrêter à ce stade ? Ultérieurement, les psychothérapies cognitivo-comportementales sont apparues et s'est posée la question de leur propre efficacité, notamment comparativement avec celle des psychothérapies dynamiques brèves.

Dans ce contexte, on a pu oublier que l'amélioration symptomatique ne constituait qu'une partie des objectifs de la psychothérapie dynamique et que la durée de la psychothérapie intervenait directement sur les changements structurels recherchés. La durée du traitement est probablement associée à une amélioration différentielle dans différents domaines de

fonctionnement (Kopta et coll., 1994). Ainsi par exemple, Hoglend (1993) souligne les effets paradoxaux à moyen terme de l'amélioration rapide d'une dépression qui a obéré le travail à effectuer au niveau des troubles de la personnalité qui l'accompagnaient et a finalement réduit le résultat final.

Méta-analyses concernant les psychothérapies psychodynamiques brèves

Trois méta-analyses, Svartberg et Stiles (1991), Crits-Christoph (1992) et Anderson et Lambert (1995), sont consacrées à la psychothérapie dynamique brève. Leurs résultats ne sont pas superposables et leurs différences font apparaître l'importance des éléments qui sont pris en compte comme critères d'inclusion dans une méta-analyse (tableau 6.XIV).

Les objectifs de la méta-analyse de Svartberg et Stiles (1991) étaient d'examiner les effets généraux de la psychothérapie dynamique brève (PDB) par rapport à l'absence de traitement et à un traitement alternatif. Il s'agissait également d'examiner l'effet différentiel de la PDB pour certains patients, thérapeutes et caractéristiques de traitement, et de décrire les variables conduisant à une augmentation ou à une réduction de l'efficacité relative de la PDB. Dix-neuf études cliniques de comparaison de résultats publiées entre 1978 et 1988 ont été sélectionnées, en précisant la population concernée (dépression, anxiété, névroses, troubles somatiques, addiction aux opiacés), les caractéristiques de la PDB (type de focalisation, durée, style et activité du thérapeute), le groupe de comparaison (7 thérapies cognitivo-comportementales ou TCC, 12 divers et absence de traitement). Les critères d'inclusion étaient : la théorie sous-jacente psychodynamique ou psychanalytique ; le but du traitement en tant qu'acquisition de prise de conscience ou changement de la personnalité ; les techniques spécifiques appliquées portant l'accent sur l'interprétation et le travail de transfert. Les populations étant très différentes, ainsi que les techniques, il est difficile de tirer de véritables conclusions générales. Le point suivant semble cependant pouvoir être souligné : le résultat de PDB est supérieur à celui d'un groupe de contrôle composé d'une liste d'attente. La technique d'interprétation du transfert est plus efficace que la technique directive et interprétative. Les auteurs insistent sur les biais d'échantillonnage et espèrent des recherches ultérieures sur la façon dont les caractéristiques des différentes PDB peuvent être appliquées, par qui et pour quels problèmes.

La méta-analyse de Crits-Christoph (1992) a abouti à des résultats très différents de celle de Svartberg et Stiles (1991). Crits-Christoph (1992) a examiné 11 études contrôlées concernant l'efficacité des thérapies dynamiques brèves et qui recommandaient l'usage de *guidelines* ou de manuels de traitement spécifiques. Cette méta-analyse a inclus à la fois des études publiées, trouvées à partir d'une recherche informatique portant sur les journaux de psychiatrie et de psychologie, et des études rapportées au cours de conférences. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- usage d'une forme spécifique de psychothérapie dynamique brève telle qu'elle était formulée dans un manuel de traitement ou l'équivalent ;
- comparaison de la psychothérapie dynamique brève avec une situation de liste d'attente, de non-traitement psychiatrique, de psychothérapie alternative, de pharmacothérapie ou d'autres formes de thérapie dynamique ;
- existence de l'information nécessaire pour le calcul des tailles d'effet ;
- au moins douze séances de thérapie ;
- thérapeutes formés et expérimentés dans la thérapie dynamique brève, alors que dans la méta-analyse de Svartberg et Stiles (1991), certaines études reposaient sur des thérapeutes n'ayant jamais été formés à la psychothérapie dynamique brève (Crits-Christoph, 1993).

Elle réunit ainsi 863 patients qui appartenaient aux 11 études, lesquelles concernaient diverses populations : mélangées (2), dépression (3), addiction aux opiacés (3), état de stress post-traumatique (1), deuil pathologique (1) et troubles de la personnalité (1). Les mesures de l'efficacité portaient sur les symptômes cibles, les symptômes psychiatriques généraux et le fonctionnement social. Le nombre de séances variait de 12 à 20. Les résultats montrent que la psychothérapie dynamique brève obtient de larges effets relativement à la liste d'attente, mais seulement une légère supériorité par rapport aux traitements non psychiatriques. Son effet est sensiblement identique à celui des médicaments. Cette méta-analyse intègre des catégories de patients difficiles à traiter (addiction aux opiacés et cocaïne, troubles de la personnalité). La taille d'effet serait sans doute supérieure avec une catégorie de patients « idéaux ». Ces études apparaissent éloignées de la pratique quotidienne. Elles comprennent des limitations : manque d'information sur certains traitements, groupes de patients et durées de traitement variés, évaluations de suivi. Des questions plus générales concernent l'adéquation des mesures utilisées et de la durée du traitement avec les objectifs et le « tempo » de la psychothérapie dynamique : les échelles d'évaluation (SCL-90 et SAS) ne prennent pas en compte les domaines spécifiques de la PDB (conflits, thèmes de transfert, modes de relations) ; dans la PDB, le résultat du travail thérapeutique important a tendance à apparaître après la réduction symptomatique initiale, et une période adéquate pour un tel travail est probablement nécessaire pour que le changement dynamique apparaisse ; les variables d'interaction concernant le patient (qualité des relations d'objet, par exemple) et sa typologie générale (introspective ou dans l'action) ne sont pas prises en compte ; peu d'études de suivi sont disponibles. Les études futures devraient donc considérer les différentes durées de traitement, les évaluations de suivi et les mesures spécifiques concernant les traitements, les groupes de patients et le résultat. En résumé, les PDB apparaissent efficaces. On remarquera toutefois que les conclusions ne prennent pas en compte le diagnostic des patients inclus dans les études et qui bénéficient d'une psychothérapie.

Les différences dans les résultats des méta-analyses de Svartberg et Stiles (1991) et Crits-Christoph (1992) ont fait l'objet d'un débat publié (Crits-Christoph, 1993). Celui-ci fait clairement apparaître l'importance des critères d'inclusion et en particulier l'importance de la compétence des thérapeutes réalisant des psychothérapies dynamiques brèves. Un autre point discuté concerne l'inclusion par Crits-Christoph de trois études utilisant comme technique la psychothérapie interpersonnelle. La psychothérapie interpersonnelle utilisée dans ces études est d'orientation psychodynamique. L'auteur précise qu'elle était pratiquée par des thérapeutes dynamiciens (avec des superviseurs dynamiciens) et que l'inclusion de ces études n'a pas eu d'influence sur les résultats généraux de la méta-analyse.

La méta-analyse de Anderson et Lambert (1995) avait pour critères : au moins un groupe de traitement désigné par les auteurs de l'étude comme de nature psychodynamique ou psychanalytique ; comparaison avec soit un groupe de non-traitement, soit un traitement minimal, soit une forme alternative de psychothérapie ; traitement ayant duré 40 semaines ou moins ; patients non psychotiques ; nombre de données requises pour effectuer le calcul de la taille d'effet.

Cette méta-analyse confirme l'efficacité de la psychothérapie dynamique brève (PDB), à partir de trois comparaisons de résultats portant sur 26 études : PDB *versus* absence de traitement, PDB *versus* traitement minimal et PDB *versus* traitement alternatif. Les résultats issus du suivi plusieurs mois après la fin du traitement sont également contrôlés. Des résultats similaires à ceux décrits dans la méta-analyse de Andrews et Harvey (1981) sont retrouvés dans des troubles tels que le deuil, la dépression, les troubles du comportement alimentaire, les addictions et l'anxiété. On observe une taille d'effet modérée, relativement à l'absence de traitement, une petite taille d'effet par rapport aux traitements minimaux. En revanche, les résultats sont moins significatifs avec les patients souffrant d'affections

somatiques (bronchite et ulcère). Il existe une influence (positive) de l'usage de manuels et de l'expérience des thérapeutes entraînés à la PDB. Les résultats montrent par ailleurs que les PDB tendent à être plus efficaces que les autres formes de psychothérapie quand on prend en compte des évaluations au moins 6 mois après la fin de la psychothérapie. Il s'agit de l'« incubation d'effet » des psychothérapies d'orientation psychodynamique. Les résultats de cette méta-analyse sont très proches de ceux de la méta-analyse de Crits-Christoph et suggèrent que la recherche future sur la PDB devrait obligatoirement inclure des thérapeutes formés à partir d'un manuel spécifique et ayant une expérience de ce traitement. Les auteurs concluent que la PDB est un traitement efficace pour un large spectre de patients ambulatoires.

Tableau 6.XIV : Méta-analyses concernant les effets des psychothérapies brèves sur différentes pathologies

Références	Description	Résultats
Svartberg et Stiles, 1991	Population mélangée : dépression, addictions, névroses, troubles somatiques 73 % constituée de patients issus des services de soins Critères exclusion : patients psychotiques 19 études Âge moyen : 41 ans (20-67) Durée traitement : de 8 à 40 séances Thérapeutes de formation très variable	PDB > groupe contrôle liste d'attente
Crits-Christoph, 1992	Population mélangée : dépression, addictions, deuil pathologique, état de stress post-traumatique, troubles de la personnalité 11 études ; 863 patients Durée traitement : 12 à 20 séances Thérapeutes très expérimentés	Taille d'effet = 1,10 sur symptômes cibles Taille d'effet = 0,82 sur symptômes généraux Taille d'effet = 0,81 sur adaptation sociale
Anderson et Lambert, 1995	Patients non psychotiques, addictions, maladies psychosomatiques, TCA 26 études Durée traitement ≤ 40 semaines Thérapeutes expérimentés ou inexpérimentés	PDB > absence de traitement thérapeutes formés > thérapeutes inexpérimentés PDB > traitements alternatifs à post-suivi de 6 mois ou plus

TCA : troubles du comportement alimentaire

Évaluation des approches psychodynamiques chez l'enfant et l'adolescent

En l'absence de méta-analyse et d'études contrôlées, trois études rétrospectives (menées sur la même population d'enfants) ont été retenues pour l'évaluation des approches psychodynamiques chez les enfants et les adolescents (Fonagy et Target, 1994 ; Target et Fonagy, 1994 ; Fonagy et Target, 1996) (tableau 6.XV). Elles s'appuient sur un programme de recherche sur l'effet de psychothérapies psychanalytiques réalisé au Centre Anna Freud à Londres. Des informations détaillées sur 763 cas de psychothérapie ont été collectées pendant ces quarante dernières années. Cela représente environ 90 % des cas pris en charge au centre.

L'objectif de l'étude de Fonagy et Target (1994) était d'illustrer l'utilité de la psychanalyse en étudiant les facteurs prédictifs de l'issue du traitement chez les enfants présentant des troubles perturbateurs. Cent trente-cinq enfants et adolescents ont reçu un diagnostic principal de troubles perturbateurs selon les critères du DSM-III-R et ont été appariés individuellement avec 135 autres enfants présentant des troubles émotionnels évalués avec l'échelle CGAS (*Children's global assessment scale*). Deux modalités de traitement ont été

testées : un traitement intensif (psychanalyse avec 4 à 5 séances par semaine) et un traitement moins intensif (psychanalyse avec 1 à 2 séances par semaine). Le traitement intensif a été suivi par 76 % des patients et 40 % des thérapies ont été menées par des psychanalystes confirmés. Le résultat des traitements a été étudié en mesurant le changement de diagnostic et le changement de l'adaptation globale (amélioration statistiquement significative ou retour à un fonctionnement normal). Les informations diagnostiques (axes I et II du DSM-III-R) incluent le passé, le début et la fin du traitement et ont été validées par trois pédopsychiatres seniors.

À la fin du traitement, 33 % des cas traités ne répondaient plus aux critères diagnostiques. Toutefois pour 34 % des cas, les informations disponibles étaient insuffisantes pour établir un diagnostic. Parmi les enfants avec un trouble perturbateur suivant une psychanalyse durant au moins un an, 62 % ont connu une amélioration. Au cours de la première année, les deux tiers des enfants qui suivaient un traitement non intensif sont sortis de l'étude, ce qui pourrait être un argument en faveur d'une efficacité de la psychanalyse en traitement intensif.

Les enfants âgés de moins de 9 ans obtenaient une amélioration plus importante dans le groupe trouble perturbateur et sortaient moins prématurément du traitement. Le nombre d'enfants sans diagnostic à la fin du traitement était beaucoup plus important dans le groupe de troubles émotionnels.

Cette étude a la faiblesse intrinsèque de toute étude rétrospective et non contrôlée : interrogation sur la fiabilité des données enregistrées, absence de randomisation, amélioration qui peut être confondue avec la durée du traitement (rémission spontanée des troubles). Pour cette raison, les pourcentages d'amélioration ne peuvent pas être attribués avec certitude à la thérapie psychanalytique. De plus, les facteurs prédictifs ne peuvent s'appliquer qu'aux patients acceptant de rester dans un traitement psychodynamique sur une longue durée et l'effet d'usure ne permet pas de généraliser les résultats. Les spécificités du processus analytique ne sont pas étudiées. Les résultats obtenus sont présentés en fonction des critères diagnostiques du DSM-III-R et non en termes de changements structuraux et de processus intrapsychique.

Une deuxième étude de Target et Fonagy (1994) s'est intéressée à l'efficacité des psychothérapies et de la psychanalyse chez les enfants qui présentaient des troubles émotionnels (troubles anxieux et dépressifs) et en particuliers à l'étude de la relation entre l'âge de l'enfant au moment du traitement et le résultat de ce traitement. Étaient également étudiées les interactions possibles entre les effets de l'âge et d'autres variables (large groupe diagnostique, expérience du thérapeute et sexe). Cent vingt-sept enfants ont été choisis et répartis selon trois tranches d'âge (< 6 ans, 6-12 ans et adolescents), appariés selon un large groupe diagnostique, le sexe, le statut socio-économique, l'adaptation globale et la fréquence des séances.

Les résultats montrent que la probabilité de l'amélioration décroît avec l'âge et que l'amélioration est meilleure chez des enfants présentant des troubles émotionnels ($p < 0,05$). Les enfants les plus jeunes (âge < 12 ans) obtenaient de meilleurs effets avec une thérapie intensive (4 à 5 séances/semaine) ($p < 0,03$). Le taux de sortie de traitement dans les 6 premiers mois était plus bas chez les enfants les plus jeunes (6-12 ans) ($p < 0,005$). Les causes d'échec et de sortie de traitement n'ont pas été examinées.

Cette étude est une étude rétrospective avec les limitations méthodologiques mentionnées ci-dessus (absence de groupe contrôle). Néanmoins, l'étude souligne l'intérêt de considérer les facteurs prédictifs de l'issue de la thérapie chez les enfants dans un contexte de développement et l'efficacité de la psychanalyse chez les enfants les plus jeunes.

La troisième étude réalisée sur les données du Centre Anna Freud par Fonagy et Target (1996) porte sur l'identification des facteurs prédictifs de la réussite du traitement psychanalytique de l'enfant. L'étude rétrospective a porté sur les 763 cas traités au centre durant les quarante dernières années. Deux cent paramètres ont été analysés incluant les données démographiques, les diagnostics selon l'axe I et II du DSM-III-R (validés par trois psychanalystes d'enfant), les résultats au HCAM *Child adaptation measure*, données cliniques et environnementales (événements de vie, niveau de formation du thérapeute, raisons de l'arrêt du traitement). Les patients ont été divisés en deux groupes : ceux qui se sont améliorés et ceux qui ne sont pas améliorés (répondant à l'issue du traitement aux critères du DSM-III-R et avec un score inférieur à 70 au HCAM).

Le taux de sortie du traitement était de 18 % au cours des 6 premiers mois et de 26 % au cours de la première année. L'effet d'usure était plus important chez les adolescents et les enfants présentant un trouble perturbateur.

L'amélioration clinique était statistiquement significative chez 62 % des cas traités en intensif et chez 49 % de ceux traités en non intensif ($p < 0,0005$). L'intensité du traitement semble donc un facteur prédictif d'amélioration. D'autres variables sont liées à une amélioration importante : l'âge – les enfants les plus jeunes s'améliorent plus ($p < 0,001$) –, la longueur du traitement – traitement long ($p < 0,0001$) –, une famille intacte ($p < 0,001$), avoir une mère ayant suivi une psychanalyse ($p < 0,001$) ou une mère concomitamment en psychanalyse ou en traitement au centre ($p < 0,05$), informations psychanalytiques dispensées aux parents tout au long du traitement ($p < 0,02$), l'appartenance à une classe sociale favorisée ($p < 0,05$), l'intensité du traitement. Cependant, on note moins d'amélioration pour les personnalités atypiques et borderline et de meilleurs résultats pour les troubles émotionnels ($p < 0,0001$).

L'un des résultats les plus intéressants de l'étude est le fait que les enfants les plus jeunes (âgés de moins de 12 ans) présentant un trouble psychiatrique (surtout associé à l'anxiété) obtiennent les taux les plus élevés d'amélioration. Cette donnée est à prendre en considération : il est nécessaire de dépister précocement les troubles psychopathologiques de l'enfant, de former à ce dépistage et de mettre en place rapidement une intervention thérapeutique.

Malgré leur faiblesse méthodologique, les résultats obtenus par les études sur la psychanalyse et la psychothérapie psychodynamique de l'enfant et de l'adolescent tendent à mettre en évidence l'efficacité de ces techniques et convergent sur l'importance de l'âge et de l'aide aux parents. Plus le patient est jeune, meilleurs sont l'amélioration et les résultats obtenus et les sorties de traitement sont moins nombreuses chez les plus jeunes patients (< 12 ans). L'aide apportée aux parents au cours du traitement de l'enfant est un facteur favorisant l'amélioration de l'état psychologique de l'enfant.

Cependant, tout en tenant compte du fait que la psychanalyse est un traitement complexe s'étendant sur plusieurs années et mené dans des conditions complexes, on peut se demander quelles sont les conditions cliniques et environnementales permettant l'indication adéquate et l'application d'une psychanalyse avec quels effets bénéfiques pour le patient. De même, il y a peut-être des enfants qui pourraient être aidés autrement que par ce type de traitement nécessitant un investissement majeur pour eux et leur famille.

Tableau 6.XV : Récapitulatif des études retenues pour l'évaluation des approches psychodynamiques chez l'enfant et l'adolescent

Pathologie Référence	Description	Résultats
Troubles perturbateurs Fonagy et Target, 1994 <i>Étude rétrospective non</i>	2 groupes de 135 enfants appariés individuellement 2 modalités de traitement :	Amélioration chez 62 % des enfants en traitement intensif Amélioration plus importante chez les enfants

<i>contrôlée</i>	intensif (4 à 5 séances/semaine) et moins intensif (1 à 2 séances/semaine)	de moins de 9 ans
Troubles émotionnels Target et Fonagy, 1994 <i>Étude rétrospective non contrôlée</i>	127 enfants : < 6 ans, 6-12 ans, adolescents Traitement intensif et moins intensif	Meilleurs résultats avec une thérapie intensive pour les enfants de moins de 12 ans Taux de sortie du traitement plus faibles chez les plus jeunes (6-12 ans)
Troubles du comportement et troubles émotionnels Fonagy et Target, 1996 <i>Étude rétrospective non contrôlée</i>	763 cas analysés au Centre Anna Freud (Londres)	Variables liées à une amélioration importante : âge : les enfants les plus jeunes s'améliorent plus ($p < 0,001$) ; traitement long ($p < 0,0001$) ; famille intacte ($p < 0,001$) ; mère ayant suivi une psychanalyse ($p < 0,001$) ; mère concomitamment en psychanalyse ou en traitement au centre ($p < 0,05$) ; informations psychanalytiques dispensées aux parents tout au long du traitement ($p < 0,02$) ; appartenance à une classe sociale favorisée ($p < 0,05$)

En conclusion, la littérature sur l'efficacité de l'approche psychodynamique (analytique), bien que très abondante concernant les études de cas (commencées depuis 1910), apparaît insuffisante concernant les études en population. Ceci est en partie lié au développement tout récent d'instruments susceptibles d'évaluer les changements psychodynamiques associés aux effets de la psychothérapie. Néanmoins, des études utilisant les instruments de mesure des symptômes et de fonctionnement global permettent une première approche de l'efficacité des psychothérapies psychodynamiques dans un certain nombre de troubles. De nouvelles études réalisées avec des instruments plus spécifiques à l'orientation psychodynamique devraient conforter ces premiers résultats. Les chercheurs dans cette discipline se sont par ailleurs attachés à étudier le rôle des facteurs spécifiques et non spécifiques dans le résultat d'une psychothérapie.

Des études d'évaluation de l'efficacité (méta-analyses et études contrôlées) de l'approche psychodynamique (psychanalytique) ont été recensées pour des troubles tels que schizophrénie, dépression, troubles anxieux, troubles de la personnalité.

Une preuve d'efficacité peut être affirmée pour les troubles de la personnalité, en particulier pour le trouble de la personnalité borderline. Il existe une présomption d'efficacité, soutenue par des études contrôlées randomisées, pour le trouble panique (sous antidépresseurs) et pour l'état de stress post-traumatique. Concernant la dépression, les résultats des études sont divergents, reflétant sans doute l'absence d'homogénéité des populations traitées. Cependant, une étude contrôlée concernant la dépression majeure montre que l'association d'une psychothérapie psychodynamique à un traitement antidépresseur chez des patients soignés en ambulatoire a un effet bénéfique significatif, avec amélioration du fonctionnement global et diminution du taux d'hospitalisation à l'issue du traitement.

Les thérapies psychodynamiques (psychanalytiques) brèves ont donné lieu à davantage d'études d'évaluation que les psychothérapies analytiques de longue durée. Ce sont donc surtout ces dernières qui devraient faire l'objet des études futures.

Chez l'enfant et l'adolescent, seules des études rétrospectives et non contrôlées (issues du centre Anna Freud à Londres) présentent le devenir à court et long terme de sujets traités par psychanalyse ou par psychothérapie psychodynamique (psychanalytique). Les résultats montrent une amélioration chez 62 % des enfants traités durant un an mais l'absence de groupe contrôle ne permet pas de différencier l'effet thérapeutique de l'évolution naturelle du trouble. Ces études permettent néanmoins de constater que plus le patient est jeune, meilleurs sont l'amélioration et les résultats obtenus.

BIBLIOGRAPHIE

- ABEND S, PORDER M, WILLICK M. Borderline patients, psychoanalytic perspectives. New York. International Universities Press, 1983
- ADLER G. The myth of the alliance with borderline patients. *Am J Psychiatry* 1979, **136** : 642-645
- ADLER G. The borderline-narcissistic personality disorder continuum. *Am J Psychiatry* 1981, **138** : 46-50
- ADLER G. Borderline psychopathology and its treatment. Jason Aronson, New York 1985
- ADLER G. Psychodynamic therapies in borderline personality disorder. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* 1989, **8** : 49-64 (TASMAN A, HALES RE, FRANCES AJ eds, American Psychiatric Press, Washington DC)
- ADLER G, BUIE DH. Aloneness and borderline psychopathology : the possible relevance of child development issues. *Int J Psychoanal* 1979, **60** : 83-96
- ANDERSON EM, LAMBERT MJ. Short-term dynamically oriented psychotherapy : a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 1995, **15** : 503-514
- ANDREWS G, HARVEY R. Does psychotherapy benefit neurotic patients ? *Arch Gen Psychiatry* 1981, **38** : 1203-1208
- APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). Diagnostic statistical manual of mental disorders (Fourth edition) DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington DC 1994. Traduction GUELFJ JD, Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux, Masson, Paris 1996
- BARKHAM M, REES A, SHAPIRO DA, STILES WB, AGNEW RM et coll. Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings : replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 1079-1085
- BATEMAN A, FONAGY P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder : a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999, **156** : 1563-1569
- BATEMAN AW, FONAGY P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *Br J Psychiatry* 2000, **177** : 138-143
- BATEMAN A, FONAGY P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization : an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001, **158** : 36-42
- BATEMAN A, FONAGY P. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 169-171
- BENJAMIN LS. Structural Analysis of Social Behavior. *Psychol Rev* 1974, **81** : 392-425
- BENJAMIN LS. Principles of prediction using Structural Analysis of Social Behavior. In : Personality and the prediction of behavior. ZUCKER RA, ARONOFF J, RABIN AJ eds, Academic Press, New York 1984 : 121-173
- BLAY SL, VEL FLOCKS JS, BARRUZI M, DI PIETRO MC, GASTAL FL et coll. Effectiveness of time-limited psychotherapy for minor psychiatric disorders. Randomized controlled trial evaluating immediate v. long-term effects. *Br J Psychiatry* 2002, **180** : 416-422
- BLOMBERG J, LAZAR A, SANDELL R. Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapy : first finding of the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis study. *Psychother Res* 2001, **11** : 361-382
- BOND M, BANON E, GRENIER M. Differential effects of interventions on the therapeutic alliance with patients with personality disorders. *J Psychother Pract Res* 1998, **7** : 301-318
- BROM D, KLEBER RJ, DEFARES PB. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 607-612

- BUIE DH, ADLER G. The definitive treatment of the borderline personality. *Int J Psychoanal Psychother* 1982, **9** : 51-87
- BURNAND Y, ANDREOLI A, KOLATTE E, VENTURINI A, ROSSET N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv* 2002, **53** : 585-590
- CHESSICK R. Intensive psychotherapy of the borderline patient. Jason Aronson, New York 1977
- CLARKIN JF, KERNBERG OF, YEOMANS F. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder patients. Guilford, New York 1999
- CLARKIN JF, FOELSCH PA, LEVY KN, HULL JW, DELANEY JC, KERNBERG OF. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline disorder : a preliminary study of behavioral change. *J Personal Disord* 2001, **15** : 487-495
- CRITS-CHRISTOPH P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy : a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 151-158
- CRITS-CHRISTOPH P. Dr. Crits-Christoph replies (*In* : Letters to the editor). *Am J Psychiatry* 1993, **150** : 684-685
- DIATKINE. 1973 (page 6)
- DIGUER L, BARBER JP, LUBORSKY L. Three concomitants : Personality disorders, psychiatric severity, and outcome of dynamic psychotherapy of major depression. *Am J Psychiatry* 1993, **150** : 1246-1248
- DOIDGE N, SIMON B, GILLIES LA, RUSKIN R. Characteristics of psychoanalytic patients under a nationalized health plan : DSM-III-R diagnoses, previous treatment, and childhood trauma. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 586-590
- FONAGY P, TARGET M. The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, **33** : 45-55
- FONAGY P, TARGET M. Predictors of outcome in child psychoanalysis : a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *J Am Psychoanal Assoc* 1996, **44** : 27-77
- GABBARD GO, HORWITZ L, ALLEN JG, FRIESWYK S, NEWSOM G, COLSON DB, COYNE L. Transference interpretations in the psychotherapy of borderline patients : a high-risk, high-gain phenomenon. *Harv Rev Psychiatry* 1994, **2** : 59-69
- GAUTHIER S, ODIER B, SOUFFIR V. Une méthode d'inspiration psychopathologique de description des changements au cours des états psychotiques chroniques. À paraître 2004
- GIOVACCHINI P. Treatment of primitive mental states. Jason Aronson, New York 1979
- GIOVACCHINI P. Character disorders and adaptive mechanisms. Jason Aronson, New York 1984
- GOLDBERG DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Oxford University press Inc, New York 1972
- GOLDBERG SC, SCHULZ SC, SCHULZ PM, RESNICK RJ, HAMER RM, FRIEDEL RO. Borderline and schizotypal personality disorders treated with low-dose thiothixene vs placebo. *Arch Gen Psychiatry* 1986, **43** : 680-686
- GUNDERSON JG. Borderline personality disorder. American Psychiatric Press, Washington DC 1984
- GUNDERSON JG, FRANK AF, RONNINGSTAM EF, WACHTER S, LYNCH VJ, WOLF PJ. Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 1989, **177** : 38-42
- GUTHRIE E, MOOREY J, MARGISON F, BARKER H, PALMER S et coll. Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry* 1999, **56** : 519-526
- GUTHRIE E, KAPUR N, MACKWAY-JONES K, CHEW-GRAHAM C, MOOREY J et coll. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ* 2001, **323** : 135-138

- HOBSON RF. Forms of feeling. Tavistock Publications, London 1985
- HOGLEND P. Personality disorders and long-term outcome after brief dynamic psychotherapy. *J Personal Disord* 1993, **7** : 168-181
- HOROWITZ MJ, MARMAR CR, WEISS DS, KALTREIDER NB, WILNER NR. Comprehensive analysis of change after brief dynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1986, **143** : 582-589
- HOROWITZ LM, ROSENBERG SE, BAER BA, URENO G, VILLASENOR VS. Inventory of interpersonal problems : psychometric properties and clinical applications. *J Consult Clin Psychol* 1988, **56** : 885-892
- HOROWITZ LM, ROSENBERG SE, BARTHOLOMEW K. Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 549-560
- JUNKERT-TRESS B, SCHNIERDA U, SCMITZ N, TRESS W. Effects of short-term dynamic psychotherapy for neurotic, somatoform, and personality disorders : a prospective 1-year follow-up study. *Psychother Res* 2001, **11** : 187-200
- KÄCHELE H, KORDY H, RICHARD M, RESEARCH GROUPE TR-EAT. Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany : data from a multicenter study. *Psychother Res* 2001, **11** : 239-257
- KERNBERG OF. Borderline conditions and pathological narcissism. Jason Aronson, New York 1975
- KERNBERG OF. Object-relations theory and clinical psychoanalysis. Jason Aronson, New York 1976
- KERNBERG OF. Internal world and external reality. Jason Aronson, New York 1980
- KERNBERG OF. The psychotherapeutic treatment of borderlines personalities. In : Psychiatry 1982 : American Psychiatric Association annual review. Vol. 1. GRINSPOON L ed, American Psychiatric Press, Washington DC 1982
- KERNBERG OF. Severe personality disorders. Yale University Press, New Haven 1984
- KOHUT H. The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. Outline of a systematic approach. *Psychoanal Study Child* 1968, **23** : 86-113
- KOHUT H. Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *Psychoanal Study Child* 1972, **27** : 360-400
- KOPTA SM, HOWARD KI, LOWRY JL, BEUTLER LE. Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 1009-1016
- KRAWITZ R. A prospective psychotherapy outcome study. *Aust N Z J Psychiatry* 1997, **31** : 465-473
- LAZARUS LW. Brief psychotherapy of narcissistic disturbances. *Psychother Theory Res Prac* 1982, **19** : 228-236
- LEICHSENRING F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression : a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 2001, **21** : 401-419
- LEICHSENRING F, LEIBING E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders : a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 1223-1232
- LESGOURGUES L, BIRMES PH, STERCK G, GILLIERON E, SCHMITT L. Interventions psychodynamiques brèves et dépression en milieu hospitalier. *Ann Med Psychol* 2000, **158** : 648-655
- LETARTE. 1994 (page 6)
- LINEHAN MM. Treatment History Interview (THI). University of Washington, Seattle 1987
- LINEHAN MM, WAGNER AW, COX G. Parasuicide History Interview : Comprehensive assessment of parasuicidal behavior. University of Washington, Seattle 1989
- MAIN M, KAPLAN N, CASSIDY J. Security in infancy, childhood and adulthood : a move to the level of representation. In : Growing points in attachment theory and research. BRETHERTON I, WATERS E eds, *Monogr Soc Res Child Dev* 1985, **50** : 66-106

- MALMBERG L, FENTON M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness (Cochrane review). *In* : The Cochrane Library, Issue 1, 2002. Oxford : Update Software
- MASTERSON J. Psychotherapy of the borderline adult. Brunner/Mazel, New York 1976
- MASTERSON J. The narcissistic and borderline disorders. Brunner/Mazel, New York 1981
- MASTERSON J, RINSLEY D. The borderline syndrome : the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *Int J Psychoanal* 1976, **56** : 163-177
- MAY PR, TUMA AH, DIXON WJ. Schizophrenia : a follow-up study of results of treatment. I. Design and other problems. *Arch Gen Psychiatry* 1976, **33** : 474-478
- MCCUSKER J, COLE M, KELLER E, BELLAVANCE F, BERARD A. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med* 1998, **158** : 705-712
- MCDUGALL, LBOVICI. 1984 (page 6)
- MEARES R, STEVENSON J, COMERFORD A. Psychotherapy with borderline patients : I. A comparison between treated and untreated cohorts. *Aust N Z J Psychiatry* 1999, **33** : 467-472
- MEISSNER W. The borderline spectrum. Jason Aronson, New York 1984
- MILROD B, SHEAR MK. Dynamic treatment of panic disorder : a review. *J Nerv Ment Dis* 1991, **179** : 741-743
- MILROD B, BUSCH F, LEON AC, SHAPIRO T, ARONSON A. Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder : a pilot study. *Am J Psychiatry* 2000, **157** : 1878-1880
- MILROD B, BUSCH F, LEON AC, ARONSON A, ROIPHE J et coll. A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *J Psychother Pract Res* 2001, **10** : 239-245
- MONROE-BLUM H, MARZIALI E. A controled trial of short-term group treatment of borderline personality disorder. *J Personal Disord* 1995, **9** : 190-198
- MONSEN JT, ODLAND T, FAUGLI A, DAAE E, EILTERSEN DE. Personality disorders : changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychother Res* 1995a, **5** : 33-48
- MONSEN J, ODLAND T, FAUGLI A, DAAE E, EILERTSEN DE. Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy : a prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scand J Psychol* 1995b, **36** : 256-268
- MOJTABAI R, NICHOLSON RA, CARPENTER BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia : a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull* 1998, **24** : 569-587
- OGRODNICZUK JS, PIPER WE. Use of transference interpretations in dynamically oriented individual psychotherapy for patients with personality disorders. *J Personal Disord* 1999, **13** : 297-311
- OMS. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Genève, 1992
- PANKOV. 1973 (page 6)
- POLLACK J, WINSTON A, MCCULLOUGH L, FLEGENHEIMER W, WINSTON B. Efficacy of brief adaptational psychotherapy. *J Personal Disord* 1990, **4** : 244-250
- RINSLEY D. Borderline and other self disorders. Jason Aronson, New York 1982
- ROBINSON LA, BERMAN JS, NEIMEYER RA. Psychotherapy for the treatment of depression : a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull* 1990, **108** : 30-49
- SEARLES HF. Coutertransference and related subjects. International Universities Press, New York 1979
- SEARLES HF. My work with borderline patients. Jason Aronson, Northvale NJ 1986
- SECHEHAYE. 1968 (page 6)

- SHAPIRO DA, BARKHAM M, REES A, HARDY GE, REYNOLDS S, STARTUP M. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 522-534
- SHAPIRO DA, REES A, BARKHAM M. Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains following cognitive-behavioral therapy and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1995, **63** : 378-387
- SHEA MT, PILKONIS PA, BECKHAM E, COLLINS JF, ELKIN I, SOTSKY SM, DOCHERTY JP. Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 1990, **147** : 711-718
- SHEPANK H. Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Hogrefe-Verlag, Göttingen 1994
- SIFNEOS P. Short-term dynamic psychotherapy. Evaluation and technique. Plenum, New York, 1987
- SKODOL A, BUCKLEY P, CHARLES E. Is there a characteristic pattern to the treatment of clinical outpatients with borderline personality ? *J Nerv Ment Dis* 1983, **171** : 405-410
- SMITH ML, GLASS GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977, **32** : 752-760
- SMITH ML, GLASS GV, MILLER TI. The benefits of psychotherapy. The John Hopkins Press, Baltimore 1980
- STEVENSON J, MEARES R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 358-362
- STEVENSON J, MEARES R. Psychotherapy with borderline patients : II. A preliminary cost benefit study. *Aust N Z J Psychiatry* 1999, **33** : 473-477
- STRUPP HH, BINDER J. Psychotherapy in a new key : time-limited dynamic psychotherapy. Basic Books, New York 1984
- SVARTBERG M, STILES TC. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy : a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1991, **59** : 704-714
- TARGET M, FONAGY P. The efficacy of psychoanalysis for children : prediction of outcome in a developmental context. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, **33** : 1134-1144
- THURIN JM. Une vie sans soi - clinique et interprétation des maladies psychosomatiques. Frison Roche, Paris 1997 : 240 p
- VAUGHAN SC, MARSHALL RD, MACKINNON RA, VAUGHAN R, MELLMAN L, ROOSE SP. Can we do psychoanalytic outcome research ? A feasibility study. *Int J Psychoanal* 2000, **81** : 513-527
- WALDINGER RJ, GUNDERSON JG. Effective psychotherapy with borderlines patients. MacMillan, New York 1987
- WIBORG IM, DAHL AA. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder ? *Arch Gen Psychiatry* 1996, **53** : 689-694
- WINNICOTT DW. La petite « Piggie ». Traitement psychanalytique d'une petite fille. Payot, Paris 1977 : 192 p
- WINSTON A, LAIKIN M, POLLACK J, SAMSTAG LW, MCCULLOUGH L, MURAN JC. Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 190-194
- WOODY GE, MCLELLAN AT, LUBORSKY L, O'BRIEN CP. Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 1081-1086
- WUNDERLICH U, WIEDEMANN G, BRUCHKREMER G. Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam ? Eine Metaanalyse [Are psychosocial methods of intervention effective in schizophrenic patients ? A meta-analysis]. *Verhaltenstherapie* 1996, **6** : 4-13

YEOMANS FE, GUTFREUND J, SELZER MA, CLARKIN JF, HULL JW, SMITH TE. Factors related to drop-outs by borderline patients : Treatment contract and therapeutic alliance. *J Psychother Pract Res* 1994, **3** : 16-24