

6

Études d'évaluation de l'approche psychodynamique (psychanalytique)

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 (12 études), ou sans (11 études). Le tableau 6.I résume les principales études et méta-analyses prises en considération.

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 évoquées 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

Tableau 6.1 : Récapitulatif des principales études analysées pour l'approche psychodynamique (psychanalytique)

Pathologies	Études retenues : méta-analyses, revues systématiques et études contrôlées
Troubles névrotiques (majoritairement troubles anxieux et dépression)	1 méta-analyse : Andrews et Harvey, 1981 étude contrôlée : Blay et coll., 2002
Schizophrénie	3 méta-analyses : Malmberg et Fenton, 2002 ; Wunderlich et coll., 1996 ; Mojtabei et coll., 1998
Troubles de l'humeur	3 méta-analyses : Leichsenring, 2001 ; Robinson et coll., 1990 ; McCusker et coll., 1998 études contrôlées : Burnand et coll., 2002 ; Guthrie et coll, 1999 et 2001
Troubles de la personnalité	1 méta-analyse : Leichsenring et Leibing, 2003 revues systématiques : Bateman et Fonagy, 2000 ; Adler, 1989
Personnalité borderline	3 études contrôlées : Bateman et Fonagy, 1999 ; Woody et coll., 1985 ; Mearres et coll., 1999 ; Munroe-Blum et Marziali, 1995
Personnalité évitante	1 étude contrôlée : Winston et coll., 1994 ;
Sociopathie	1 étude contrôlée : Woody et coll., 1985
Troubles anxieux	
Trouble panique	1 revue de cas : Milrod et Shear, 1991 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

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 »

106 Une seule méta-analyse (Andrews et Harvey, 1981) traite de l'efficacité des psychothérapies pour les patients « névrotiques » (essentiellement des

patients anxieux et déprimés). 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.

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

Description	Résultats
81 essais contrôlés entre 1941 et 1976 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 Thérapeutes expérimentés	292 tailles d'effets moyenne = 0,72 psychothérapies psychodynamiques = 0,72 placebo = 0,55

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 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. 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 traité 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 ? ».

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.

Bien que les auteurs concluent à l'efficacité de l'approche « Strupp et Binder » de la PDB pour les patients avec troubles somatoformes (ou troubles névrotiques), l'absence de groupe contrôle dans cette étude empêche une conclusion définitive sur l'efficacité de cette approche.

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

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

Description	Résultats
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 l'épisode inférieure ou égale à 5 ans 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 et expérimentés	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.

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.III).

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 les 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, Sechehaye, 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 (tableau 6.IV). 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, schizoaffectifs 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 (médicaments 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. Une fois

Tableau 6.IV : Méta-analyses concernant la schizophrénie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Wunderlich et coll., note : 6/7	31 études, 2 161 patients mesures portant sur symptômes, vie et intégration, taux de réhospitalisation 4 études sur psychothérapie psychanalytique	Psychanalyse (4 études), taille d'effet 0,08
Mojtabai et coll., note : 5,5/7	106 études, combinaison traitement psychosocial et pharmacologique 46 études sur thérapies verbales études sur thérapie psychodynamique	Taille d'effet de la thérapie psychodynamique 0,27 <i>versus</i> absence de traitement
Malmberg et Fenton, note : 6/7	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, résultat non significatif

prises 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. Cette étude décrit 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.

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.

Études concernant les troubles de l'humeur

Trois méta-analyses (tableau 6.V) 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

Tableau 6.V : Méta-analyses concernant la dépression

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Robinson et coll., 1990 note : 6/7	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 : 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 psychodynamiques et interpersonnelles psychodynamiques ne sont pas supérieures au contrôle ; les thérapies psychodynamiques non plus (2 études).
Leichsenring, 2001 note : 3,5/7	Sujets déprimés traités en ambulatoire Groupe contrôle (TCC/TC) PDB (différentes formes) + IPT : 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 PDB + IPT. 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. Pas de conclusion sur PDB isolée

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). Cette méta-analyse analyse ensemble les thérapies psychodynamiques brèves et la thérapie interpersonnelle (IPT), ce qui ne permet pas de déterminer l'efficacité de la seule thérapie psychodynamique brève. 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'elles 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. Cette méta-analyse ne permet cependant pas de conclure à l'efficacité de la thérapie psychodynamique (regroupée avec la thérapie interpersonnelle et en l'absence de comparaison avec un groupe contrôle sans traitement actif).

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 psychothérapique 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) porte sur l'efficacité des traitements du sujet âgé en ambulatoire. Les thérapies psychodynamiques et interpersonnelles psychodynamiques ne présentent pas d'efficacité par rapport au groupe contrôle (2 études). Cette méta-analyse fait apparaître qu'une part importante des effets du traitement psychologique peut être attribuée aux effets non spécifiques de l'attention portée au patient.

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.VI). 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 repose 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

Tableau 6.VI : Études contrôlées concernant les troubles de l'humeur

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Burnand et coll., 2002 <i>Étude contrôlée</i> note : 8/10	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</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</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

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 anamnétiques 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.

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.VII).

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 maniables. 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

Tableau 6.VII : Études concernant les troubles anxieux

Troubles Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Trouble panique Wiborg et Dahl, 1996 <i>Étude contrôlée</i> note : 8/10	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 traitement : 9 mois Thérapeutes formés ; manuel technique suivant concepts de Davanloo, Malan et Strupp et Binder SCL-90 ; <i>State trait anxiety inventory</i> ; GAS et CGI	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 mesures
Trouble panique Milrod et coll., 2001 <i>Essai en ouvert non contrôlé</i> note : 6/10	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
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 % versus 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)

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. Cependant, l'absence de groupe contrôle dans cette étude de cas ne permet pas de conclure sur l'efficacité de la thérapie.

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 contrôlée 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.

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.VIII). Les objectifs de cette étude naturaliste étaient de mesurer les résultats en fonction de l'intensité réciproque du traitement psychothérapeutique 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.

Tableau 6.VIII : Étude de cohorte non contrôlée concernant les troubles du comportement alimentaire

Référence	Description	Résultats
Anorexie/boulimie Kächele et coll., 2001 <i>Étude de cohorte non contrôlée</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 L'absence de groupe contrôle ne permet pas de différencier l'efficacité du traitement de la rémission spontanée

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 parathérapeutiques (ergothérapie, sport, danse et art-thérapie). Il faut noter qu'il n'existe aucune description de ce qui est entendu par traitement psychothérapeutique 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 para-thérapeutiques.

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.

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 *versus* 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, hystérique 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 psychothérapeutique 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'auto-destruction, qualité des relations d'objet...) et dont certains résultats 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 psychothérapeutique. Les aspects techniques sont très liés à la fois au stade du processus thérapeutique et aux considérations théoriques.

128 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 psychothérapique 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 psychothérapique 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 œuvre. Elle est constituée de deux grandes parties : la première concerne l'étude des résultats du traitement psychothérapique 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).

130 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 médicalegale, 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 soigneuse 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 psychothérapeutique 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.IX). 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 psychothérapeutique 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

Tableau 6.IX : Études contrôlées concernant la personnalité borderline en hospitalisation partielle

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Leichsenring et Leibling, 2003 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies psychodynamiques (TP) 14 études, 417 patients, tous troubles confondus Suivi : de 0 à 4 ans	Effet des thérapies psychodynamiques dans les troubles de la personnalité Corrélation (non significative) entre durée du traitement et taille d'effet générale Utilisation de manuel ou supervision corrélée positivement aux résultats
Bateman et Fonagy, 1999 <i>Étude contrôlée</i> note : 6/10	Diagnostic : <i>Structured clinical interview for DSM-III-R (SCID)</i> , <i>Diagnostic interview for borderline patients</i> Psychothérapie psychanalytique individuelle et de groupe dans le 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 la fin du 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

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 réplification 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.

Concernant les patients traités en ambulatoire (tableau 6.X), 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

Tableau 6.X : Autres études concernant la personnalité borderline

Références	Description	Résultats
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 diagnostique 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
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 contrôlée 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
Monsen et coll., 1995a et b <i>Étude prospective non contrôlée</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 Thérapeutes : psychologues expérimentés, formés à cette psychothérapie, avec supervision	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
Clarkin et coll., 1999 <i>Comparaison avant après non contrôlée</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 % <i>versus</i> 53 %) Moins d'hospitalisations psychiatriques et de jours d'hospitalisation plein temps

Tableau 6.X (suite) : Autres études concernant la personnalité borderline

Stevenson et Meares, 1992 <i>Comparaison avant-après, non contrôlée</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)
--	---	---

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'OBI (*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 similitude des résultats pose une

nouvelle fois le problème d'une possible hétérogénéité des 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.

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.XI. 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. Quatre-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.XI). Ces deux

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

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
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
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

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.

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.XII).

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

Références	Description	Résultats
Woody et coll., 1985 <i>Étude contrôlée</i> note : 9/10	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
Diguer et coll., 1993 <i>Étude non contrôlée avant-après</i>	Comparaison des effets d'une psychothérapie psychodynamique brève « expressive de 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	La psychothérapie psychodynamique brève obtient avec patients déprimés avec troubles de la personnalité des résultats tangibles statistiquement équivalents à ceux de patients uniquement déprimés, sans atteindre néanmoins le même niveau de santé.
Hoglund 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

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.XII). 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.

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 psychothérapeutique 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.XIII).

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

Tableau 6.XIII : 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,	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

TCA : troubles du comportement alimentaire

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.

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.XIV). 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.

Tableau 6.XIV : Etudes concernant les approches psychodynamiques chez l'enfant et l'adolescent

Pathologies Références	Description	Résultats
Troubles perturbateurs Fonagy et Target, 1994 <i>Étude rétrospective non contrôlée</i>	2 groupes de 135 enfants appariés individuellement 2 modalités de traitement : intensif (4 à 5 séances/semaine) et moins intensif (1 à 2 séances/semaine)	Amélioration chez 62 % des enfants en traitement intensif Amélioration plus importante chez les enfants 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 ($p < 0,05$)

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 155

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 ($p < 0,0001$).

Les résultats obtenus par ces études 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.

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 études associent généralement les résultats spécifiques à ce trouble à ceux d'autres troubles (notamment anxieux et de la personnalité), reflétant la complexité des populations traitées. 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.

158 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 et en conséquence de se prononcer sur l'efficacité. 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 GUELFY 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 R. L'apport de la psychanalyse à la compréhension des maladies mentales et éventuellement à l'organisation d'institutions destinées à les soigner. In : RACAMIER PC le psychanalyste sans divan. Paris, Payot, 1973 :15-42
- 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
- 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 P. Quelle est la place des psychothérapies individuelles d'inspiration psychanalytique dans le traitement à long terme des psychoses schizophréniques. In : *Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques*. Conférence de consensus. Frison Roche, Paris, 1994 : 245-252

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 J, LEOVICI S. Dialogue avec Sammy. Contribution à l'étude de la psychose infantile. Paris, Payot, 1984, 270p
- 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
- PANKOW G. L'homme et sa psychose. Paris, Aubier Montaigne, 1973, 205p
- 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 MA. Journal d'une schizophrène. Paris, PUF, (1950) 2003, 136p
- 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