

Une pratique inédite dans l'évaluation du changement lors d'une psychothérapie .

A propos de l'utilisation de questionnaires d'attachement, de transfert et de contretransfert

Fatima Moussa*, Zouina Halouane,* Hervé Bénony**, Allaf
Chahira*, Ourida Bekkouche,* Fatiha Tourki *

*Université d'Alger 2, **Université de Bourgogne

Résumé

Le dynamisme observé dans les recherches sur l'évaluation des effets des psychothérapies semble impulser la recherche clinique en général et celle sur les processus d'évolution de la prise en charge en particulier.

Les difficultés liées à la prise en charge sont nombreuses et celles sur l'évaluation le sont encore plus. A ce titre une expérience de clinicien et de chercheur est nécessaire attendu que dans toute recherche clinique il existe un aspect réducteur dans la démarche scientifique elle-même.

La recherche que nous menons va dans ce sens, elle concerne l'évaluation de la prise en charge de troubles des conduites agies, Une prise en charge d'inspiration psychanalytique de patients adolescents et de jeunes adultes.

Nous souhaitons faire un état des lieux des recherches à ce propos et proposer un compte rendu du processus de la prise en charge et des mouvements les plus marquants de la rencontre, qui se sont

développés entre une patiente suicidaire et sa psychothérapeute à l'appui de questionnaires d'attachement, de transfert et de contretransfert.

Mots clé : Evaluation des psychothérapies, attachement, transfert, contretransfert

ملخص:

من الملاحظ أن حركة الأبحاث حول تقييم آثار العلاجات النفسية أصبحت تقود البحث العيادي بصفة عامة وخاصة تلك التي تدور حول سياق تطور التكفل النفسي.

تكثر الصعوبات المتعلقة بالتكفل النفسي وخاصة تلك المرتبطة بالتقييم، لذا نجد أن تجربة العيادي و الباحث ضرورية و من المتوقع أن نجد في كل بحث عيادي جانب إحصائي في المنهج العلمي في حد ذاته.

البحث الذي نقوم به يذهب في هذا الاتجاه، حيث يتعلق بتقييم التكفل النفسي المستوحى من التحليل النفسي باضطرابات التصرف لمفحوصين مرافقين و شباب. كما نود تقديم بيان عن بحوث أجريت في هذا الصدد و اقتراح تقرير حول سياق التكفل النفسي و الحركات الأكثر أهمية التي تطورت بين فاحصة انتحارية و معالجها النفسي بتطبيق استبيانات التعلق، التحويل، و التحويل المضاد.

الكلمات المفتاحية:

تقييم التكفل النفسي، التعلق، التحويل، التحويل المضاد.

Cette recherche est une contribution à la prise en charge psychologique de sujets adolescents et jeunes adultes dont les troubles s'inscrivent dans les pathologies de l'agir (délinquance, tentatives de suicide, toxicomanie). Elle s'inscrit dans un cadre d'évolution du processus thérapeutique du patient. L'équipe¹ est constituée de chercheurs ayant des activités de prise en charge psychologique et travaillait en collaboration avec feu Hervé Bénony (laboratoire de psychologie de la santé de l'université de Bourgogne).

La nouveauté d'une telle étude nous a confortés dans la perspective qui est la nôtre d'aboutir à une lecture du psychisme dans les pathologies de l'agir.

Cette recherche nous a permis de préciser le cadre conceptuel de notre projet et d'en aménager et harmoniser le cadre méthodologique en y joignant, dans la perspective d'une alliance plus optimisée, des techniques d'évaluation du processus thérapeutique illustrées par des schémas et des graphes tels qu'ils sont présentés depuis quelques années par les écoles suisses et canadiennes. Ces techniques se sont avérées pertinentes dans l'évaluation du processus thérapeutique particulièrement dans le cadre des troubles des conduites agies.

1-L'évaluation du processus thérapeutique

Nous nous écarterons de tout ce qui se réfère à différencier les différentes formes de psychothérapies selon que les unes sont plus probantes que les autres. Dans de précédents articles et ouvrages nous avons pu mesurer l'importance que revêt l'évaluation du processus thérapeutique depuis quelques années : Moussa (2008) (2010).

¹ Projet CNEPRU R 001 200 700 33 Laboratoire d'anthropologie psychanalytique et de psychopathologie, Université d'Alger 2

Nous avons pu aussi observer l'actualité de ce sujet à travers la parution d'un ouvrage récent sur la question Fishman (2009) et d'une étude publiée dans « Carnets psy » : Salomonsson (2011)

L'évaluation du processus thérapeutique n'est pas un sujet récent. Dans cette perspective, on n'invente rien. A commencer par S. Freud (1895, 1905, 1918, 1932), cette démarche a de tout temps existé. Elle n'est pas sans difficultés :

Ce sont pourtant ces difficultés qui donnent son sens à cette « rencontre entre deux esprits » qui caractérise la psychothérapie.

L'effet de la thérapie qui peut s'exprimer par l'amélioration de l'état du patient suscite la réflexion chez le thérapeute. Est-ce la personne du thérapeute ou les moyens utilisés ? Est-ce simplement un changement survenu dans la vie du patient ? Ce sont parfois toutes ces choses en même temps qui permettent au patient d'accéder à ce que P. Jeammet (1992) faisant référence aux failles narcissiques et objectales, appelle un meilleur niveau de différenciation.

Depuis une trentaine d'année le problème de l'évaluation est envisagé en Amérique en Angleterre et en Suisse dans une perspective dynamique qui allie l'observation du patient à des outils permettant de rendre compte du changement pendant et après la psychothérapie (si tant est-il qu'elle se termine).

Les études sur les effets des psychothérapies lors de processus thérapeutique sont pour une large part anglosaxonnes. Nous en citerons quelques unes émanant pour la plupart de psychiatres psychanalystes

Relations interpersonnelles et types d'attachement.

Des chercheurs comme Kernberg 1973, Malan, 1973, Luborsky 1975, Horowitz et coll 1986 s'intéressent aux

changements chez le sujet pendant le processus thérapeutique. L'étude du fonctionnement psychique et de son évolution est alors effectuée. Les premières recherches se basent sur des données recueillies pendant la thérapie. Ce n'est que bien après que des instruments plus standardisés sont conçus. L'orientation de ces travaux est perceptible dans les dispositifs de recherches élaborés.

Il s'agissait d'études portant sur l'évaluation des symptômes, l'évaluation du fonctionnement et sur des dimensions d'acquisition comme la construction de soi, les capacités affectives, l'accès aux affects et leur intégration dans la personnalité.

En 1991 K.Bartolomew L.M.Horowitz in H. Bénony (2002). développent un « autoquestionnaire de perception des relations », arguant de l'importance de la problématique relationnelle chez les patients qui entrent en thérapie. Les auteurs mettent l'accent ici sur la congruence entre types de problèmes et styles d'attachement. A partir de là, quatre grands axes sont élaborés qui rendent compte du type de relation d'attachement et de ses aménagements durant la prise en charge. Ces observations sont relevées par le thérapeute.

Dans ce domaine c'est surtout le questionnaire d'attachement pour adulte (AAI) élaboré par M. Main et R Goldwyn (1994) in N.Guédeney (2004) qui est unanimement approuvé. Utilisé en France depuis quelques années il est « un instrument de référence » et offre des garanties de fiabilité et de validité intéressantes. p 95 . Il fonctionne comme un entretien semi-structuré et permet une analyse psychopathologique de son contenu (mécanismes de défenses). C'est un outil qui permet d'évaluer le type d'attachement du sujet au début et à la fin de la thérapie. La stabilité du type d'attachement est généralement rarement compromise, pourtant, pour ces auteurs, un type d'attachement sécure peut parfois évoluer vers un type insécure à la faveur d'incidents traumatiques répétés et importants.

Transfert et contre transfert

Pour appréhender les différents aspects du transfert et du contre transfert des échelles ont été élaborées récemment par D. Westen et son équipe (2005). Cotées par le thérapeute, leur but est d'apprécier les mouvements transférentiels et contretransférentiels qui se donnent à voir au cours de la thérapie.

L'échelle de transfert : Psychotherapy relationship questionnaire (PRQ) compte 90 items et l'échelle de contretransfert: Countertransference questionnaire (CTQ) en comprend 79 Ces deux échelles sont traduites par des psychanalystes chercheurs de l'université de Bourgogne, elle sont utilisées telles quelles par les initiés. Elles seront décrites plus loin.

L'expérience du thérapeute est encore ici, une condition expresse de l'utilisation de ces outils qui permettent d'apprécier l'évolution du patient à différents moments de la thérapie.

Les études sur les effets des psychothérapies sont peu nombreuses .Les travaux de Huber (1993) sur l'amélioration des patients mettent l'accent sur une disposition particulière du patient lui-même et sur des variables spécifiques à chaque patient

Les travaux de P. Gérin et A. Dazord (1989) sur les effets des psychothérapies proposent la notion de qualité de vie – échelle de qualité de vie- permettant d'évaluer les changements perceptible avant et après la thérapie par le biais de l'échelle.

Une recherche intéressante effectuée par J.M. Thurin et coll. (1996) avec une équipe composée, entre autre de Daniel Widlöcher a étudié- à partir d'un corpus de 150 rêves recueillis sur une période de cinq ans, chez une patiente atteinte de troubles graves de la personnalité, avec par moments des idées de persécution et des réveils paniques-les fonctions potentielles des rêves, leur relation au conflit central du patient et leur évolution.

L'étude du rêve permet une évaluation des changements du rêveur, par exemple la distance du rêveur par rapport à des scènes traumatiques, cette distance est porteuse de sens sur sa capacité à les élaborer au niveau cognitif.

Les discussions, que ce soit au niveau de l'équipe ou au laboratoire, le travail des différents membres pour ce qui a trait aux questionnement de chacun- travail qui a abouti à la communication de leur position de recherche à la journée d'étude du laboratoire en 2009- ont permis une réflexion allant dans le sens d'une harmonisation de cette problématique.

Ainsi une hypothèse centrale concernant le fonctionnement du patient s'est trouvée confortée, elle rend compte chez nos patients de la non élaboration de la position dépressive, de la faiblesse défensive et des relations interpersonnelles problématiques souvent marquées par l'impulsivité et la dépendance .

La seconde hypothèse se dégage de la discussion des premières données de la prise en charge avec ces sujets : une prise en charge contenant, plus interactive tendrait à faire apparaître des défenses plus matures (avec par exemple : l'avènement de conduites de contrôle) et une dépendance moindre ce qui améliorerait les relations interpersonnelles.

Ces quelques mois nous ont donc permis de mûrir ce projet, d'ajuster un cadre conceptuel et d'harmoniser nos outils de recherche. La réflexion nourrie par l'abondance des contributions scientifiques a été pour beaucoup dans le déroulement de la recherche qui est en voie d'achèvement.

2-Les outils d'évaluation

Notre choix s'est porté sur les outils, qui correspondent à notre arrière plan théorique; des outils validés par plusieurs recherches, d'expérimentation des échelles d'actualité, qui sont en mesure de

répondre à nos questionnements. Nous avons donc opté pour les échelles cliniques suivantes :

Le questionnaire d'attachement :

Le questionnaire d'Attachement Adulte Bartolome et Hotrowitz, 1998). C'est un questionnaire mesurant quatre types d'attachement : " 1) Sécure; 2) Détaché; 3) Désorganisé; 4) Préoccupé.

Le premier type d'attachement est le type " sécure " : il nous indique que le sujet est intérieurement sécurisé par rapport à sa figure d'attachement. C'est le cas où la disponibilité psychique de la mère, la qualité de son écoute par exemple, permet à l'enfant de communiquer ses émotions quelles qu'elles soient. L'enfant peut communiquer aussi bien des émotions négatives que positives, il sait qu'il pourra être entendu, que ses émotions auront une place dans l'écoute du parent, et que cela ne remettra pas en cause le lien qui les unit.

Le deuxième type d'attachement est le type "détaché"; l'état psychique de l'enfant n'est pas pris en compte par le donneur de soin, par la mère, éventuellement par le père, si bien que cet état émotionnel non pris en compte ne peut s'inscrire dans un contexte interpersonnel puis intersubjectif (Bénony & Chahraoui, 1999). Comme l'émotion n'est pas partagée et qu'elle est rejetée, l'enfant la met de côté, s'en détache en quelque sorte, et pour résoudre le conflit intense fait du besoin de réconfort associé à la perspective d'être déçu, il va préférer détourner en quelque sorte son attention de la relation, mais l'hostilité à l'égard du parent subsiste. Donc cela fait se concentrer des phénomènes de rage interne, que certains auteurs comme Kernberg (1980) appellent rage narcissique.

Le troisième type d'attachement est celui qui est qualifié de "désorganisé", c'est souvent le fait d'un parent maltraitant ou d'un parent effrayé qui a été lui-même objet de maltraitance. Alors le parent, le donneur de soins, a un comportement effrayant ou

effrayé avec son enfant. Pour l'enfant la relation tourne autour du thème de la peur du parent ou de la peur pour le parent. Comme s'il faisait partie prenante finalement de l'histoire intergénérationnelle de son parent (Lebovici, 1980 ; Pierrhumbert et al., 1996 ; Miljkovitch, 2001). Le problème pour l'enfant c'est qu'il n'est pas en mesure de comprendre ce comportement étrange et n'a aucune réponse organisée à sa disposition.

Le quatrième type d'attachement est l'attachement "préoccupé". Il existe une réaction tout à fait exagérée du donneur de soin, de la mère, du parent, des parents aux signaux émotionnels ou affectifs de l'enfant. C'est à dire que le parent - au lieu d'aider l'enfant à découvrir ce qu'il ressent et à l'exprimer - détermine à la place de l'enfant la façon dont il doit sentir, ressentir, il détermine ainsi l'intensité des émotions qu'il doit éprouver. Son émotion n'est pas reconnue en tant que telle, n'a pas de place dans la psyché parentale et en plus, c'est le parent qui détermine comment l'enfant doit ressentir ses expériences de vie. Stern (1989) parle de "vol émotionnel". Evidemment, l'enfant a le sentiment de ne jamais pouvoir satisfaire le parent, et il lutte activement encore une fois avec colère, ou avec confusion pour obtenir de l'attention. Ici c'est la réponse du parent qui est tout à fait inconsistante et provoque une exacerbation émotionnelle du côté de l'enfant.

L'attrait particulier pour cet instrument s'explique surtout par sa forte validité de convergence avec l'Adult Attachment Interview (AAI ; George & all., 1984-1996), qui est la mesure standard dans le domaine de l'attachement. Notre choix s'est porté sur ce questionnaire pour plusieurs raisons; il est très pratique, **le clinicien** répond aux items du questionnaire en se basant sur des données cliniques. Nous l'avons choisi pour mesurer la congruence du type d'attachement de nos sujets avec les résultats de l'échelle du transfert pour voir le rapport du type d'attachement avec la relation d'objet; et avec le questionnaire du contre transfert, pour savoir s'il y a un changement dans le type d'attachement et dans les

mécanismes de défense chez nos patients, dans l'interaction psychothérapique, ce, tout au long du processus thérapeutique.

"Les travaux de Mary Ainsworth ont défriché le domaine des relations d'attachement et ont donné lieu aux types d'attachement généralement reconnus. Ses expériences appelées "situations étranges" lui ont permis d'observer et de hiérarchiser divers schèmes de comportement : Ainsworth et coll., (1969); Ainsworth et coll., (1971).

Quelques années plus tard, Mary Main et d'autres chercheurs (1981, 1982, 1985, 1986, 1994) ont ajouté une quatrième catégorie : les enfants *désorganisés* ou *désorientés* qui ne réagissaient pas de manière caractéristique ou prévisible à la situation étrange. En présence d'un étranger et d'une source de stress, ces bébés adoptaient régulièrement des comportements désorganisés.

Même si les catégories initiales d'attachement s'appliquaient à des bambins de 20 mois et moins, plusieurs études se sont penchées sur les types d'attachement chez des enfants plus âgés et des adultes : Bartholomew et Shaver, (1998).

Main et Goldwyn (1994) ont mis au point une méthode complète d'évaluation des schèmes d'attachement chez les adultes, soit le Questionnaire de l'attachement chez l'adulte (AA.Q) : « Ce questionnaire s'intéresse à l'expérience *perçue* de l'attachement durant l'enfance et non à l'expérience réelle de l'adulte. Les catégories d'attachement chez l'adulte sont similaires à celles du nourrisson » p 89. Les personnes de la catégorie *autonome* (sécure) ont tendance à valoriser la relation d'attachement et à décrire leurs relations de manière cohérente et constante. Par contre, les adultes *préoccupés* ont conservé des relents émotifs de leurs relations antérieures d'attachement et leurs réponses sont souvent incohérentes Cassidy et Berlin, (1992). Les adultes *détachés* sont portés soit à idéaliser leurs parents, soit à dévaloriser la relation

d'attachement, tandis que les personnes de la catégorie "désorganisée" n'arrivent pas à composer avec une perte ou un traumatisme survenu pendant la période d'attachement.

La recherche a confirmé la concordance entre les catégories découlant du AAQ et de la situation étrange : Main, (1995). Il y a corrélation, par exemple, entre l'adulte autonome et le nourrisson sécure, entre l'adulte détaché et le bébé évitant, entre l'adulte préoccupé et l'enfant ambivalent.

Le Questionnaire de Relation Thérapeutique (PRQ): (transfert)

Le Questionnaire de Relation Thérapeutique (PRQ) ; Bradley R.; Kegley Heim A.; et Westen D. (2005), est constitué de 90 items; conçu pour valoriser la qualité du transfert, c'est un instrument psychométrique valide pour évaluer des modèles de transfert dans la psychothérapie, pour des buts cliniques et de recherches. Les items renvoient à un éventail de pensées, de sentiments, de motifs, de conflits et de comportements exprimés par les patients vers leur thérapeute, qui ont été traditionnellement décrits en tant que transfert. Les 90 items du (PRQ) sont conçus à partir de la pratique clinique, théorique et empirique sur le transfert. Les items sont écrits dans une langue claire, sans jargon, de sorte que le questionnaire puisse être employé par des cliniciens de n'importe quelle orientation théorique.

Le but de ce questionnaire est d'évaluer la relation thérapeutique. Dans le Journal britannique de Psychiatrie, Bradley, Heim, et Westen (2005) publient l'échelle, ainsi que la fiabilité et la validité des données. Le transfert se réfère largement aux modes de la pensée, de sentiment et de comportement qui émergent dans le rapport thérapeutique et reflètent des aspects de la personnalité du patient et le fonctionnement interpersonnel. Nous utilisons le questionnaire du transfert dans la perspective d'évaluer la relation entre les modèles de transfert et les troubles de personnalité.

Ce questionnaire est constitué de ce qu'appellent les auteurs des facteurs. Ces derniers se déclinent comme suit :

Hostile (coefficient alpha = 0.94), marqué par des items indiquant une tendance à faire des demandes excessives au thérapeute.. Les items s'accordent avec des descriptions cliniques des processus de transfert chez les patients présentant des troubles de catégorie B de l'axe II, notamment les troubles narcissiques et les états limites.

Narcissique (coefficient alpha = 0.85), inclut les items décrivant l'exigence du patient d'un amour excessif, le besoin d'être admiré par le thérapeute ; le besoin d'une importance spéciale et de droits spéciaux ; patient manipulateur inclus la mise à l'épreuve du travail thérapeutique, de la part du patient.

Compliant / anxieux / préoccupé (coefficient alpha = 0.85), inclut des items décrivant la crainte de la désapprobation du thérapeute, des craintes de rejet par le thérapeute, d'une attitude excessivement conforme et dépendante vers le thérapeute, et un souhait pour que le thérapeute résolve des problèmes ou prenne soin du patient. Ce facteur décrit un modèle concernant le thérapeute qui ressemble fortement au modèle d'attachement d'adulte marqué "préoccupé" et qui est lié à la classification d'enfance de l'attachement anxieux/ambivalent (Main & coll. 1985)

Alliance positive (coefficient alpha = 0.86), est marqué par des items décrivant la contribution du patient à une alliance positive et à une expérience espiègle, confortable du rapport de la thérapie.

Evitant / Détaché (coefficient alpha = 0.84), marqué par des items décrivant des efforts à éviter le raccordement significatif avec la dépendance à l'égard du thérapeute..

Ssexualisé (coefficient $\alpha = 0.86$), marqué par des items décrivant le sentiment sexuel vers le thérapeute, y compris une tendance à agir d'une façon séductrice.

Le questionnaire du contre-transfert :

Questionnaire du Contre Transfert (Bradley, R., Kegley Heim, A. & Westen, D, 2005)

Le Questionnaire du Contre-transfert est constitué de 79 items pour évaluer huit facteurs, qui désignent des traits de troubles de personnalité, selon la classification mondiale, du manuel diagnostique (DSM IV); cette échelle est constituée des facteurs suivants:

Hostile / Maltraitant ; représente la valeur des réponses sur les items indiquant un désir d'éviter, ou de fuir, le patient ainsi que les sentiments négatifs forts, y compris l'effroi, la répulsion et le sentiment de mépris; ce qui correspond à la description du DSM IV, dans l'axe II; le groupe "B" des troubles de personnalité, et les modes d'attachement non résolu (coefficient de fiabilité $\alpha = 0.90$).

Peu aidant / inadéquat ; représente la valeur des réponses sur les items décrivant les sentiments d'inadéquation, d'incompétence, de désespoir et d'inquiétude (coefficient de fiabilité $\alpha = 0.86$).

Positif / Satisfaisant ; valeur des réponses sur les items indiquant l'expérience d'une alliance de travail positive, et rapport proche avec le patient(coefficient de fiabilité $\alpha = 0.86$).

Protection Parentale ; valeur des réponses sur les items indiquant un désir de protéger et élever le patient d'une façon parentale, au-delà des sentiments positifs normaux vers le patient (coefficient de fiabilité $\alpha = 0.80$).

Envahi / Désorganisé ; valeur des réponses sur les items indiquant les sentiments d'être inapprécié, écarté, ou dévalorisé par le patient; en excluant l'hypothèse de rivalité (coefficient de fiabilité $\alpha = 0.83$).

spécial/surimpliqué; valeur des réponses sur les items indiquant, une relation thérapeutique spéciale et le problème de maintien de frontière, y compris l'auto évaluation, le respect de la durée des séances et le sentiment de culpabilité, de responsabilité ou une préoccupation excessive. le coefficient de fiabilité $\alpha = 0.75$).

sexualisé ; valeur des réponses sur les items indiquant les sentiments sexuels vers le patient ou les expériences de tension sexuelle (le coefficient de fiabilité $\alpha = 0.77$).

Désengagé ; valeur des réponses sur les items indiquant le sentiment d'être distrait, retiré, ou ennuyé, pendant les séances (le coefficient de fiabilité $\alpha = 0.83$).

Les facteurs de contre-transfert correspondent à la réaction du thérapeute face aux caractéristiques des troubles de personnalité; ce qui nous permet de faire le diagnostic de compréhension de la dynamique du patient.

Sur le plan de l'éthique et de la déontologie, il est important de remarquer que ces outils sont cotés par le thérapeute lui-même, ceci évite les inconvénients d'une relation thérapeutique tronquée avec de jeunes adultes dont la caractéristique essentielle est la fragilité psychique.

Au cours des réunions de recherche, les discussions ont été aussi houleuses que fécondes. Elles ont permis d'enrichir et parfois d'aménager le protocole expérimental.

3-Vignette clinique

Nous présentons ici le l'étude du processus thérapeutique de Samia : une jeune fille venue à la consultation.

Samia est née suite à un viol, sa mère n'avait que 18 ans. Les grands parents de Samia attaquent l'agresseur en justice et ce dernier finit par accepter de se marier avec sa victime. Les nouveaux mariés divorcent juste après la naissance de l'enfant l'objectif du mariage étant de sauver l'honneur de la jeune fille et celui de sa famille.. Quelques mois après le divorce, la mère de Samia se marie avec un jeune homme qu'elle aimait en secret depuis longtemps. Elle laisse l'enfant à sa mère. D'après Samia, sa mère ne l'a jamais aimée, ne l'a jamais désirée. Elle « espérait sa mort depuis sa conception ».Elle déclare aussi que sa grand-mère maternelle ne l'aimait pas non plus car à sa naissance elle avait une fille en bas âge, qui la mettait toujours à l'écart pour bénéficier toute seule de l'amour de sa mère.

La jeune fille avait 18 ans quand elle a attenté à sa vie par ingestion d'un produit caustique (décapant), après une dispute avec sa tante maternelle et quelques temps après le décès de la grand-mère..

La prise en charge.

Dès le début nous pouvons mesurer chez Samia l'importance de l'alliance thérapeutique positive dans le questionnaire du transfert², la patiente paraît à l'aise. Les valeurs du facteur

² Nous avons classé les trois temps de chaque questionnaire dans le même graphe.

Le premier temps correspond aux trois premiers mois de la psychothérapie ; le deuxième temps à une année ; le troisième à deux années de prise en charge psychothérapeutique. Ces graphes sont présentés en annexe

renvoyant à la dépendance sont relativement élevées elles pourraient être expliquées par la dépendance de la patiente à cet espace qui lui permet de renforcer son narcissisme. Nous pensons à Anzieu (2006) pour lequel "chez les patients borderline, le transfert anaclitique est dominant; sa liquidation peut être ressentie comme impossible par le patient qui désire conserver un étayage permanent de certaines fonctions du moi sur le psychothérapeute p. 69.

L'hostilité apparaît très basse, la patiente a essayé d'être un peu hostile au début, mais comme elle n'a pas les moyens d'investir le thérapeute son narcissisme prime sur toute relation transférentielle renvoyant à la relation d'objet.

Dans "Inhibition, symptôme et angoisse", Freud (1971) met l'accent sur les processus de défense du Moi vis-à-vis du danger interne pulsionnel. Le patient qui ne peut réaliser ses fantasmes restreint sa propre organisation par le refoulement, se confronte par les contre-investissements. Le Moi se clôture pour se conserver, et l'étrangeté interne réprimée ou très projectivement externalisée appauvrit une vie interne dépressive qui ne permet plus de médiatiser la relation aux objets externes.

La sexualité s'élève un peu au deuxième temps de la psychothérapie, puis baisse de nouveau au troisième temps Les fantasmes apparaissent souvent comme relevant à la fois d'une économie névrotique et d'une économie limite. Il est classique que le matériel d'allure oedipienne que présentent ces sujets, soit lesté d'un poids archaïque. Comme le dit Bergeret (1974) "Beaucoup de patients limites-dépressifs apportent d'emblée un abondant matériel génital mais dont l'allure même, trop intense du point de vue quantitatif, masque mal la fonction défensive à l'égard d'émergence pulsionnelles beaucoup plus archaïques." p.300).

Si la patiente trouve la relation très positive, la thérapeute ressent le contraire, les valeurs du facteur "positif/satisfaisant" dans le contre-transfert sont basses; ce n'est ni par rejet, ni par manque d'engagement, car les valeurs du facteur du questionnaire du contre-transfert "désengagé" sont très basses; celles de l'item "envahi/désorganisé" sont également très basses; et celles de "protection parentale" sont très élevées. C'est plutôt la conscience de l'inefficacité de la psychothérapie chez cette patiente qui nous pousse à essayer d'améliorer les choses en favorisant l'affection maternelle, mais le manque d'investissement à l'égard du thérapeute ne lui permet pas de la ressentir.

L'appréciation négative de la relation thérapeutique et les valeurs "peu aidant/inadéquat" montrent que le thérapeute n'est pas satisfait de l'interaction transféro-contre-transférentielle, qui n'est pas en mesure d'apporter à la patiente l'aide souhaitée. Le narcissisme de Samia qui reste élevé tout au long du processus thérapeutique, ainsi que le facteur "paranoïde" et le facteur "antisocial" traduisent le mode défensif de Samia qui se caractérise par les défenses archaïques, tout en gardant un rapport adéquat à la réalité. Le type d'attachement, le mode relationnel, et les défenses archaïques traduisent le manque d'investissement de la psychothérapie; ce qui empêche la réalisation de l'effet thérapeutique qui ne se développe que dans une relation d'interaction entre le patient et le thérapeute. Dans cet ordre Bényon (2004) explique que l'insécurité narcissique peut conduire l'adolescent à durcir ses idéaux comme garants de sa valeur et, au-delà, de son identité et de sa continuité. La qualité de l'investissement maternel facilite la différenciation fantasmatique du corps érogène avec celui de la mère. Mais l'insécurité de base – qui implique l'indifférenciation de ces deux corps érogènes – entraîne des failles dans le narcissisme et dans le processus de symbolisation primaire (organisation oedipienne incomplète et relation interpersonnelle appauvrie, dévitalisées, vie intérieure

abrasée, pensée désorganisée) étant donné que des défaillances dans le rôle du maternage engendrent un mauvais développement du Moi de l'enfant

Notre hypothèse diagnostique qui nous indique que notre patiente est "borderline" se consolide par la corrélation positive entre les valeurs du facteur "schizoïde" et celle du facteur "obsessionnel".

Pour Samia, le fait de savoir que ses parents ont divorcé juste après sa naissance et le fait qu'elle soit confiée, par sa mère, aux soins de sa grand-mère a induit chez elle un sentiment de non valeur, l'idée qu'elle était une enfant non désirée. Elle se considère comme ayant eu un faux départ dans la vie comme le patient dont Brun (1993) dit : "...on parle souvent du transfert comme d'une fausse liaison. Le récit de sa vie et de sa maladie démarra sur un faux départ. Je ne connais pas encore les raisons intérieures de ce décalage, en dehors du fait qu'il se rapporte peut-être à l'histoire de sa naissance, qui pourrait se définir en termes de faux départ".p. 60. La conception de Samia ressemble aussi à celle du patient de Ferrant . (2006) qui écrit : « il était convaincu de n'avoir pas été désiré . Il appelait ce contexte "ma mort de naissance"».p123. Le patient de Ferrant finit par se suicider

Les valeurs du facteur "paranoïde" sont au dessus de la moyenne L'hypothèse de paranoïa n'implique pas nécessairement l'expression d'une symptomatologie reconnue sur le plan psychiatrique

Le niveau du facteur "hystérique"; "hostilité extériorisée"; "masochisme"; "émotion irrégulière"; et "haut fonctionnement dépressif" qui reste élevé montre que le risque suicidaire persiste. La pathologie de l'état imite, oscille entre l'angoisse d'abandon et d'intrusion entre l'affect, la représentation, la pensée et l'action. Les limites interpsychiques et intrapsychiques, externes et internes ne sont plus des barrières de contacts, créant disjonction et

conjonction fécondes; elles ne peuvent plus être le lieu de processus de transformation de l'énergie et symbolisation. Et comme notre patiente a déjà fait une tentative de suicide, son agressivité pourrait être, encore une fois tournée vers l'intérieur.

Ainsi ce qui se dégage de cette illustration est plus de l'ordre du qualitatif que du quantitatif dans l'appréciation du changement chez notre patiente. Samia va mieux mais rien n'est réglé, l'immaturité et la détresse qui en résulte semblent mettre un frein à son évolution.

Conclusion

Nous avons ici tenté une expérience dans le respect de la déontologie attendu que les cotations se font en dehors du patient. Les questionnaires remplis par le thérapeute mêmes nous ont permis d'objectiver une subjectivité et la grande question est de savoir si nous pouvons faire confiance aux mesures fournies par le thérapeute.

Elles présentent un écueil important : celui d'une approche nouvelle de la psychothérapie qui est difficile à intégrer parce qu'elle doit faire ses preuves.

En effet, penser, réfléchir sur une pratique, prendre de la distance par rapport à un processus thérapeutique représente un défi aux lois jusque là établies de la recherche scientifique. Le 29 et 30 novembre 2007 un colloque sur l'évaluation du processus thérapeutique a eu lieu en Bourgogne. Nous avons pu présenter une communication : Moussa, Bénony (2007), Bekkouche (2007), Halouane (2007). Ce colloque qui a rassemblé une cinquantaine de communications d'écoles suisses, belges, françaises et canadiennes a mis en exergue tous ces aspects et tenant compte de ce qu'elles ont d'inédit n'en a pas pour autant cessé d'encourager le chercheur à l'expérimentation des outils utilisés et à l'exploration des possibilités et des limites de ces outils.

BIBLIOGRAPHIE :

Anzieu D. (2006) ; *"Créer Détruire"*, Paris, Dunod

Bartolomew K, Shaver P.R., (1998) Measure and attachment: do they converge? *Attachment theory and close relation ship*, Newyork, Guilford press

Bartolomew,K., Horowitz, L.M.(1991). Attachment styles among young adults: a test of four category model. *Journal of personality and social psychology*, 61 (2) 226-244.

Bergeret J., (1996) *La violence et la vie, la face cachée de l'Œdipe*, Paris, Payot

Bekkouche-Bekacem O, (2007) La relation psychothérapique : évaluation du contre-transfert, *Communication au colloque international « Pratiques et évaluation des psychothérapies »*, Université de Bourgogne.

Bénony, H. (2002). *L'examen psychologique et clinique de l'adolescent*. Paris, Nathan.

Bénony (2004), Le cas Margaux in « Passages à l'acte » *Psychologie clinique et projective*, Paris, Edition de la société du Rorschach et des méthodes projectives,

Brun D., (1993) Plus j'en ai assez, plus j'en redemande : le cri du corps, *Cliniques méditerranéennes*, 37-38, paris,Eres

Ferrant, A (2006) L'écriture pour la vie, in l'Acte, *Revue française de psychanalyse*, Paris, PUF

Fishman, G. (2009 *L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse. Fondements et enjeux*, Paris, Masson

Freud S., Breuer J., (1895), *Etudes sur l'hystérie*, Paris, PUF.

Freud S., (1905), *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 1966.

Freud (1918), *Œuvres complètes*, XIII, Paris, PUF, 1988.

Freud (1932), *Nouvelles conférences*, Paris, Gallimard, 1984.

Gérin P., Dazord A., (1991), *Psychothérapie et changements*, Paris, PUF.

Guedeney N., (2002), *L'attachement, concepts et applications*, Paris, Masson,

Halouane Z (2007) Evaluation du processus thérapeutique d'une jeune suicidante, *Communication au colloque international sur Pratiques et évaluation des psychothérapies*, Université de Bourgogne

Halouane Z., (2009) *Fonctionnement mental et évaluation du processus thérapeutique de jeunes suicidantes*, Mémoire de magistère sous la direction de Fatima Moussa, Université d'Alger 2

Horowitz et coll. (1986), Comprehensive analysis of change after brief dynamic psychotherapy, *American Journal of Psychiatry*, 143, pp 582- 589

Jeammet, P. (1992). Dysrégulations narcissique et objectales dans la boulimie. In La boulimie » *Monographie française de psychanalyse*, Paris, PUF.

Kernberg, O.F. (1973). Summary and conclusions of "Psychotherapy and Psychoanalysis final report of the Menninger Fondation's psychotherapy research project. *International Journal of Psychiatry*, 11, 62-77.

Lebovici S., L'expérience du psychanalyste chez l'enfant et chez l'adulte devant le modèle de la névrose infantile et de la névrose de transfert, *Revue française de psychanalyse*, 5/6, Paris, PUF

Luborsky L. ; (1996) : *Principes de psychothérapie analytique*. PUF, Paris

Main M.; Kaplan K, Cassidy J.,(1996): Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representations. In : " Growing points of attachment theory and research " (I. Bretherton & E Waters, Eds). *Monographs of the Society for research in child development*, 1985, 49, serial n° 209.

Main, M. (1996). Introduction to the Special Section of Attachment and Psychopathology: 2. Overview of the Field of Attachment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, no 64.

Malan D., (1973), The outcome problem of psychotherapy research: a historical view, *Arch.Gen. Psychiatry*,29,pp.151-158

Moussa F. Bénony H, (2007) Evaluation du processus thérapeutique d'une jeune fille borderline. *Communication au colloque "Pratiques et évaluation des psychothérapies*, Université de Bourgogne.

Moussa, F. (2008). Traumatismes de l'enfance, répétition et processus psychothérapeutique. *Revue nationale de l'université Ouest de Timisoara*, n°23 Roumanie

Moussa F, sous la dir, (2010) *Psychothérapies, pathologies limites et résilience*, Ouvrage collectif, Alger Casbah éditions,

Moussa F, (2010) La violence et les larmes, traumatisme et prise en charge psychologique à l'appui de deux retests au rorschach In « *Langage, langue et neurosciences* », *Ouvrage collectif sous la direction de Nacira Zellal* . Sarrebruck, Allemagne, Editions universitaires européennes,

Salomonsson B. (2011) « Baby worries » une étude randomisée sur les traitements psychoanalytique mères-nourrisson. *Carnet psy*, Paris,éditions Cazaubon,149

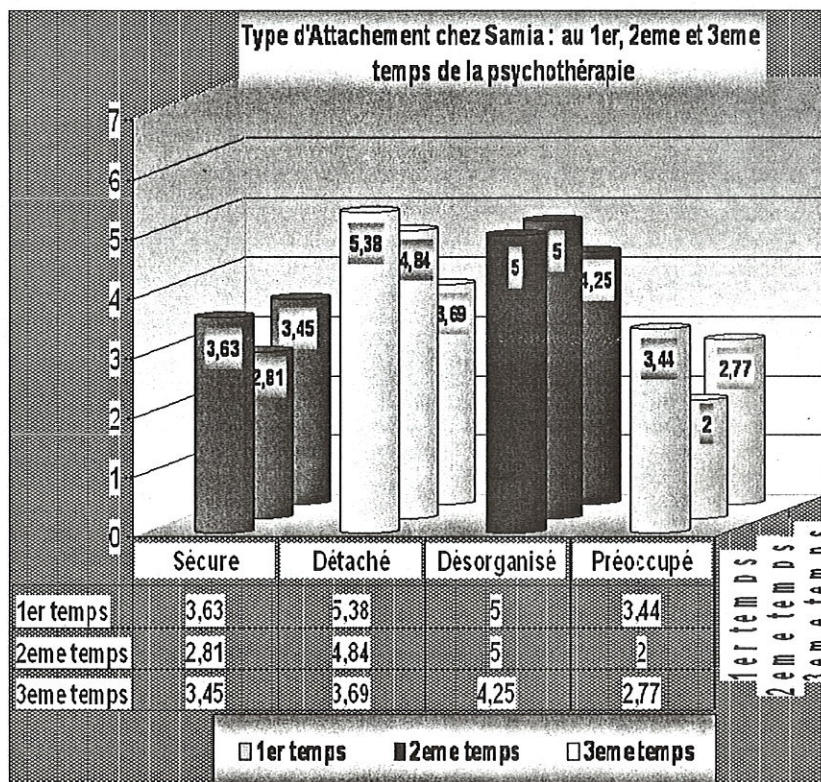
Thurin, J.M et al.(1996). Analyse descriptive et comparative des rêves au cours d'une psychothérapie. Fonction du rêve, relation au conflit central du patient, évolution. Etude d'une faisabilité d'une méthodologie clinique en sciences cognitives appliquées au domaine de la psychopathologie. *Rapport du CNEP.94.CN40*, INSERM, 333p.

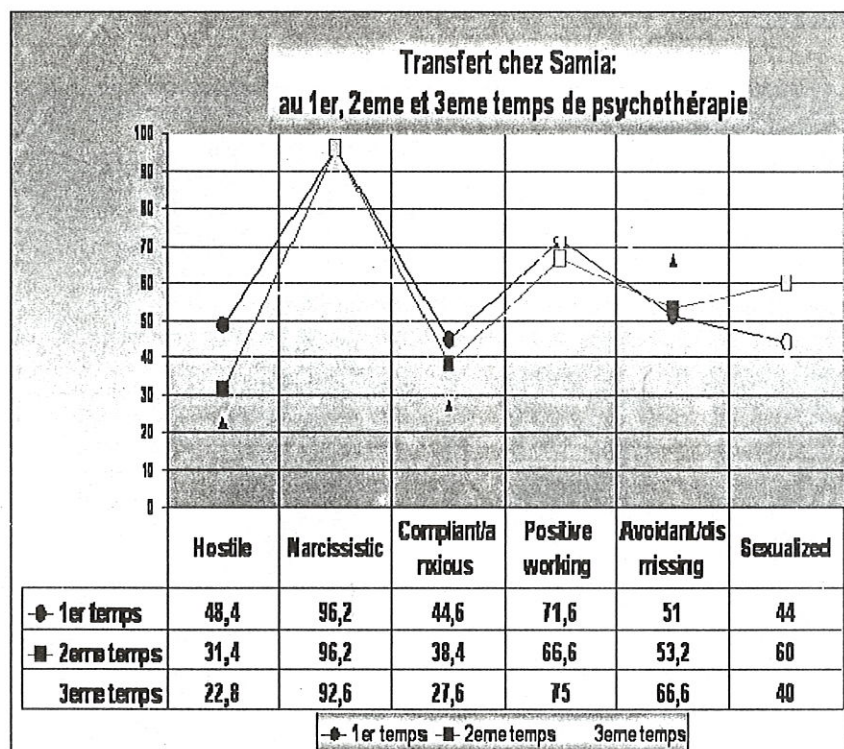
Thurin, J.M; Thurin, M. (2007). *Evaluer les psychothérapies*. Paris, Dunod

Westen, D. (1998), "*Refining the measurement*" of axis II: A

Q-sort procedure for assessing personality pathology

Annexe I





Contre-transfert en pourcentage; cas: Samia 1er, 2eme et 3eme temps de la psychothérapie

