

Données probantes en psychothérapie (1)

Deux exemples : la formulation de cas et l'étude de cas

● Le rapport de l'*American Psychological Association* (APA) donne une grande priorité à la formulation de cas dans le cadre de la pratique fondée sur la preuve (*Evidence-Based Practice in Psychology*, EBPP). Il indique que l'on pourrait même envisager la formulation de cas systématique au centre de l'EBPP.

Dans *Psychotherapy*, la publication officielle de l'Association Américaine de Psychologie, T. Eells s'interroge sur ce qu'est une Formulation de cas probante en psychothérapie.

Il rappelle qu'une formulation de cas en psychothérapie est une construction qui explique les problèmes qu'un patient apporte à la psychothérapie et qui fournit un guide de traitement. Cette formulation est largement vue comme une compétence centrale dans la psychothérapie à partir du moment où elle peut organiser et faciliter la compréhension du patient par le thérapeute. De nombreux modèles ont été décrits (Eells, 2007). La plupart sont basés sur une théorie spécifique de la psychothérapie et sont destinés à produire une formulation qui lui soit en rapport. Ces modèles disent relativement peu à propos des preuves dans la formulation de cas. En fait, la source la plus commune de la preuve dans ces modèles est ce que les patients disent en thérapie.

Pour l'auteur de l'article, comme les modèles de la formulation de cas reposent plutôt sur des théories que sur des preuves, qu'ils sont en quelque sorte des hypothèses sur les problèmes du patient, il est nécessaire de développer le concept d'une formulation de cas fondée sur des preuves (EBCF). Bien qu'une recherche dans les bases de données donne peu de résultats sur les termes « formulation de cas fondée sur des preuves », le concept de base a pourtant été discuté par un certain nombre d'auteurs, notamment Luborsky et Barret (2007) avec le *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT) et Persons pour les TCC. De son côté, Fishman propose, dès 1999 à partir du contexte pragmatique, une stratégie « d'enquête rigoureuse » qui commence avec l'entretien individuel, se poursuit par une évaluation, puis conduit à une formulation spécifique. Un plan d'action est élaboré et contrôlé, des ajustements sont apportés au besoin. Il a créé une recherche en mouvement à partir d'une base de données de cas individuels. Chaque cas contribue à enrichir cette base de connaissance accessible, indexable et pragmatique sur les processus de la psychothérapie et les résultats.

Eells pose la question suivante : « Qu'est-ce qui constitue une preuve appropriée dans une formulation de cas ? ». Il propose un cadre pour la formulation de cas fondée sur la preuve.

Dans une formulation de cas, la preuve peut être de plusieurs types et provenir de multiples sources, y compris ce que rapporte le patient : les instruments psychométriques, le processus de la psychothérapie et les résultats de la recherche, la description psychopathologique et les résultats épidémiologiques (Eells et Lombart, 2011). D'autres sources sont les intuitions du thérapeute, les conseils d'experts, les expériences issues d'autres patients et l'expérience du thérapeute du patient dans la consultation. On le voit, ces éléments n'ont pas tous la même valeur en toute circonstance. Aussi, en s'appuyant sur leurs connaissances de base et en tenant compte des biais systématiques potentiels, les thérapeutes pourraient penser à un continuum de preuves où seraient représentées à une extrémité leurs formes fortes et à l'autre leurs formes faibles. À la première extrémité, on placerait des résultats convaincants des traitements soutenus empiriquement, bien démontrés, les mécanismes généraux sous-tendant les formes de psychopathologie, les données épidémiologiques fortement prédictives ou des résultats bien documentés et reproduits sur les proces-

sus psychologiques de base. À l'autre extrémité, on pourrait placer les intuitions du thérapeute qui apportent des indications précieuses pouvant être testées mais ne sont pas des données décrites par la plupart des observateurs comme probantes. Entre ces deux points pourraient être incluses les données de résultats de tests psychologiques, les expériences de cas similaires, le récit d'un épisode de relation d'un patient ou le récit d'un rêve, etc.

Les critères pour placer un type de preuve dans le continuum pourraient comprendre la cohérence avec un résultat bien établi et les études de processus, la cohérence avec les connaissances sur la psychopathologie, le développement de la personnalité et de la cognition... Obtenir le point de vue du patient à propos de la formulation dans l'évaluation de son traitement serait important, ainsi que celui des membres de la famille.

L'étape de la formulation de cas, selon l'auteur, comporte quatre grands volets : l'identification d'une liste de problèmes, le diagnostic, l'élaboration d'une hypothèse explicative et la planification du traitement.

Une fois la formulation de cas développée, elle doit être testée dans le traitement et révisée, surtout si le traitement ne réussit pas.

Comme le laisse entendre le rapport du Groupe de travail de l'APA concernant l'EBPP, un cadre tel que décrit par Eells, nécessite une expertise clinique à mettre en œuvre. Un élément essentiel de l'expertise dans l'EBCF, en particulier pour l'étape du mécanisme explicatif, est pour le clinicien de posséder et d'avoir accès à une vaste et pertinente base de connaissances. L'étape de l'hypothèse explicative est très complexe. Eells suggère que cinq composantes y soient toujours présentes : 1. Les événements, les facteurs de stress, les situations qui déclenchent les symptômes ; 2. Les origines du mécanisme proposé (situation qui a conduit à la vulnérabilité, traumatismes ou échecs qui nuisent à la personne, vulnérabilités biologiques, génétiques ou autres), ou facteurs culturels ; 3. Les ressources et atouts de la personne ; 4. Le contexte social et culturel dans lequel les problèmes se produisent et qui peuvent quelquefois être la principale explication ; 5. La liste des obstacles qui peuvent nuire à un résultat positif du traitement.

Et non sans une pointe d'humour l'auteur conclut « en plus d'avoir cette connaissance, il faut savoir quand et comment l'appliquer ». ● (Résumé Monique Thurin)

APA. Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.

Eells, T. D. (Ed.). (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Eells, T. D., & Lombart, K. G. (2011). Theoretical and evidence-based approaches to case formulation. In P. Sturmey & M. McMurran (Eds.), *Forensic case formulation*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Eells, T.D. (2011). What Is an Evidence-Based Psychotherapy Case Formulation? *Psychotherapy Bulletin*, 46(2), 13-16. <http://www.division-0-fpsychotherapy.org/wp-content/uploads/2009/10/2011-Bulletin-462.pdf>

Fishman, D. B. (1999). *The case for pragmatic psychology*. New York, NY, US: New York University Press.

Luborsky, L., & Barrett, M. S. (2007). The core conflictual relationship theme: A basic case formulation method. *Handbook of psychotherapy case formulation*. (2nd ed., pp. 105- 135). New York: Guilford Press.

Morrison, J. (2008). *The first interview* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

● De son côté, Marc Hilsenroth, rédacteur en chef de *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training* a souhaité lancer un appel ouvert aux auteurs pour qu'ils soumettent une *Étude de Cas* fondée sur la preuve dans cette revue. « Je crois que l'élaboration d'une telle série d'études de cas fondées sur la preuve sera extrêmement utile à plusieurs égards. Tout d'abord, elle fournira des informations très utiles pour combler le fossé entre la recherche et la pratique. Ensuite, ces études fourniront des modèles importants sur la façon d'intégrer la recherche fondamentale dans les travaux appliqués au niveau du cas individuel. En outre, j'espère ouvrir une voie pour la publication à ceux qui, dans la pratique privée à temps plein, sont intéressés par l'intégration de mesures de recherche dans leur travail clinique. Enfin, je tiens à offrir un ensemble facilement identifiable d'études de cas systématiques de différentes formes de traitement qui répondent aux critères de l'Association Américaine de Psychologie pour la Pratique Fondée sur des Preuves (APA, 2006) ainsi que pour la dimension de l'utilité clinique dans les critères d'évaluation des directives thérapeutiques (APA, 2002).

Le but de ces études de cas fondées sur les preuves sera d'intégrer du matériel *verbatim* de cas clinique, des mesures standardisées de processus et des résultats évalués à différents moments au cours du traitement. Autrement dit, les auteurs devraient décrire des vignettes cliniques mettant en évidence les interventions et les mécanismes de changement en ce qui concerne leur approche spécifique de traitement dans le contexte des échelles empiriques. Avec cet objectif à l'esprit, je propose les orientations suivantes pour ceux qui sont intéressés par la préparation d'une étude de cas basée sur des preuves :

1. Au minimum, le rapport devrait inclure l'évaluation (à partir de la perspective du patient ou d'un évaluateur indépendant, pas le thérapeute) d'au moins deux mesures standardisées de résultats, le fonctionnement global et les symptômes cibles (dépression, anxiété, etc.), ainsi que d'une mesure de processus (c-à-d l'alliance thérapeutique, la profondeur de la séance, l'expérience émotionnelle, etc.) évalués à au moins trois occasions distinctes. Idéalement, un tel rapport inclurait plusieurs mesures de résultats évaluant un large éventail de fonctionnements comme le fonctionnement global, les symptômes cibles (c-à-d dépression, anxiété, etc.), le bien-être subjectif, le fonctionnement interpersonnel, le fonctionnement social / au travail et des mesures de la personnalité, aussi bien que des mesures pertinentes du processus évaluées à plusieurs reprises au cours du traitement.

2. Au minimum, des données spécifiques de résultats devraient être présentées en utilisant la différence moyenne standardisée (c-à-d la taille d'effet) et la méthodologie de signification clinique (c-à-d sans changement, avec changement fiable, mouvement dans la distribution fonctionnelle, changement cliniquement significatif, et détérioration (voir Jacobson et al, 1999)). La présentation de cas de thérapies à la fois avec succès et sans succès est encouragée. En outre, il pourrait être très instructif de comparer et de distinguer les interventions techniques qui ont eu lieu lors d'un cas avec changement positif avec celles d'un cas clinique inchangé ou détérioré à partir de la même méthode de traitement.

3. Des vignettes cliniques *verbatim*, avec plusieurs patients et le thérapeute, soulignant les principales interventions et les mécanismes de changement relatifs à la méthode spécifique de traitement devraient être fournies. La discussion sur les interventions thérapeutiques ne devrait pas être présentée dans une perspective globale ou abstraite.

4. Le consentement éclairé doit être obtenu.

Un bon modèle suggéré pour ce format d'études de cas fondées sur des preuves peut être trouvé dans Hill et al. (2008). D'autres études de cas fournissent un bon modèle pour certains aspects de ce format d'*Étude de Cas Probante*. Les

études de cas connexes qui répondent efficacement aux deux premiers critères d'évaluation des résultats, mais manquent de vastes vignettes cliniques *in extenso* sont présentées dans Borckardt et al., 2008 ; Jones et al., 1993 et Porcerelli et al., 2007. De même, Busch et al., 2009 ont rapporté des évaluations approfondies des processus sur plusieurs évaluations, mais ne fournissent pas de vignettes cliniques *in extenso*. Inversement, Hilsenroth et Slavin 2008 offrent de vastes vignettes cliniques *in extenso*, des mécanismes de changement proposés dans le cadre d'une information sommaire sur le changement cliniquement significatif, mais ne signalent pas les processus spécifiques ou les scores de résultats. Enfin, Strupp et al. 1992, fournissent des vignettes cliniques avec *verbatim in extenso* d'un échec du traitement qui sont très instructives sur les indicateurs possibles de la fin du traitement, avec les scores initiaux sur plusieurs mesures d'évaluation.

En outre, je ne veux pas dire que cette section de l'étude de cas basée sur les preuves est réservée à des analyses de séries chronologiques statistiques avancées de processus ou de données sur les résultats, bien que ces articles puissent être certainement les bienvenus. De simples analyses de mesures de résultats standardisés par voie de méthodes de signification clinique et de taille d'effet sont suffisantes, tout ce qui peut être facilement exploité à la main ou avec une calculatrice. Les auteurs qui ont mené un essai d'efficacité potentielle ou essai d'efficacité en conditions naturelles sur un type particulier de traitement, qui ont collecté des mesures standardisées de processus et des mesures de résultats dans le traitement, en plus de l'utilisation de l'audio / vidéo des séances devraient envisager de présenter une étude de cas basée sur des preuves. De même, tout clinicien en pratique privée qui voudrait ajouter ces éléments au début d'un nouveau cas devrait également envisager de se soumettre à cette série spéciale. Chaque personne qui peut avoir un intérêt à présenter une étude de cas basée sur des preuves est invitée à me contacter s'il a des questions au sujet de ce processus à l'adresse suivante: Psychotherapy@adelphi.edu » ●

(Résumé Jean-Michel Thurin)

American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052-1059.

American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.

Borckardt, J., Nash, M., Murphy, M., Moore, M., Shaw, D., & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as a natural laboratory for psychotherapy research. *American Psychologist*, 63, 77-95.

Busch, A., Kanter, J., Callaghan, G., Baruch, D., Weeks, C., & Berlin, K. (2009). A micro-process analysis of functional analytic psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 40, 280-290.

Hill, C., Sim, W., Spangler, P., Stahl, J., Sullivan, C., & Teyber, E. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy : Case study II. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 45, 298-315.

Hilsenroth, M., & Slavin, J. (2008). Integrative dynamic treatment for comorbid depression and borderline conditions. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 377-409.

Jacobson, N., Roberts, L., Berns, S., & McGlinchey, J. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects : Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300-307.

Jones, E., Ghannam, J., Nigg, J & Dyer, J. (1993). A paradigm for single-case research : The time series study of a long-term therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 381-394.

Porcerelli, J., Dauphin, V., Ablon, J., Leitman, S., & Bamberg, M. (2007). Psychoanalysis with avoidant personality disorder : A systematic case study. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 44, 1-13.

Strupp, Schacht, Henry, & Binder. (1992). Jack M. : A case of premature termination. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 29, 191-205.