

Recherche & Pratiques, du côté de l'analyse : le cas Y012 (César)

Jean-Michel Thurin. Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques.
Inserm, U 669, Paris, France

Rappel des objectifs de la recherche et de sa méthodologie pour y parvenir

Les objectifs principaux

- Évaluer les effets de la psychothérapie sur les troubles autistiques en essayant de comprendre « Pourquoi, comment et dans quelles conditions la psychothérapie a été efficace (*ou non*) ». Améliorer la qualité des soins.

La méthodologie

consiste à décrire ...

- les situations de départ et d'arrivée (cliniques et contextuelles) de l'enfant (Formulation de cas)
- les effets de la psychothérapie sur les comportements, le développement et 3 fonctionnements intra-psychiques à partir d'indicateurs de changement (ECAR, EPCA et CPQ)
- le processus interne de la psychothérapie à partir d'un instrument de processus (CPQ)
- les relations qui existent entre la description des situations psychothérapiques et la description des changements manifestes sur une période d'un an

... et à éliminer

- les causes, autres que la psychothérapie, qui pourraient expliquer les changements observés.

Analyse des données

Réalisée à partir d'un logiciel de bases de données (FileMaker Pro) et de 2 logiciels de statistiques (Xlstat et R)

Chaque logiciel a ses avantages et inconvénients :

- FileMaker Pro: on voit directement ses données et les effets de leur manipulation, une programmation limitée mais simple. Le problème est qu'il faut réinscrire toutes les commandes avec chaque cas
- Xlstat: on part des feuilles de calcul excel, on paramètre des opérations statistiques classiques et on voit les résultats
- R: ce logiciel nécessite un gros travail de programmation, mais il permet une fois qu'elle est réalisée de l'utiliser dans différentes configurations : cas isolé, cas réunis, cas comparés. Une très grande souplesse, des graphes très évolués, et la possibilité d'extraire un document imprimé qu'il sera possible de vous donner, à partir duquel on peut se référer.

R est aussi le logiciel de référence de l'Unité 669 et a donné lieu à 2 moocs sur FUN, « Introduction à la statistique avec R » réalisés par B Falissard, et que nous avons suivis.

Vignette clinique

- Consultation précoce (2 ans), mais ...c'est un bilan vers 6 ans qui relate un score à la CARS-T à 38 (syndrome autistique moyen) et des retards importants au niveau du développement (langage inexistant, communication, socialisation...).
- Antérieurement à sa psychothérapie, il était dans un hôpital de jour et était suivi en psychomotricité et orthophonie. L'orthophonie a repris sur l'incitation de la psychothérapeute actuelle.
- La psychothérapie débute en janvier 2006, lorsqu'il a presque 9 ans, au rythme d'une séance par semaine. Il est alors en IME. Au début de la psychothérapie, César était très violent envers sa mère qu'il frappait très violemment, ainsi que les autres membres de la famille. Il était intolérant à toute forme de limitation, de frustration, avait des couches jours et nuit, ne parlait pas (quelques syllabes simplement). Il utilisait la main de l'adulte pour avoir ce qu'il voulait.
- Au début de l'étude, en octobre 2008, il sait s'habiller et se déshabiller, mais problèmes autistiques toujours très importants
- C'est la première fois qu'il est en psychothérapie individuelle avec une psychologue. Les parents sont très coopérants. Ils rencontrent régulièrement la thérapeute (tous les 2 mois).

Formulation de cas initiale

1. Symptômes et problèmes actuels

- Hyper ritualisation, peu de langage. *Facteurs précipitants*: Séparation, relations avec les autres quand on s'adresse à lui (ne sait pas comment faire). *Éléments favorables*: Les parents suivent les conseils, sont très ouverts (par ex., suivi de C. par une orthophoniste).

2. Facteurs non dynamiques et dynamiques qui ont pu contribuer à son problème

- Grossesse difficile: à 2 mois œuf décollé (placenta), à 6 mois contractions et suspicion de nanisme qui disparaîtra (deux échographies), à 8 mois accouchement prématuré qui se passe très bien. Convulsions à 4 ans lors d'une varicelle. Torticolis congénital.

3. Intégration synthétique des données

- *Relations*: avec les adultes et les enfant de l'IME, mais pas de différenciation des personnes. S'adresse à eux, mais si on le sollicite a peur. *Affect*: Intolérance à la frustration et surtout à la séparation d'avec sa mère. Très grande angoisse par rapport à l'extérieur, les autres lui font peur et il peut réagir par l'attaque. *Mécanismes défense*: Ritualisation, régression, retournement de l'agressivité contre lui, identification projective, activisme (?).

4. Objectifs:

- Travail sur les enveloppes psychiques, dedans dehors... Développement de l'intersubjectivité par le jeu et sa symbolique. Développement du langage, de l'écriture.

5. Stratégie initiale

- Mise à disposition de jeux et d'un ordinateur pour être objet médiateur à la relation. Relation avec la famille dans un travail régulier (les parents et la sœur sont très investis). Relation avec l'orthophoniste extérieure à l'IME.

Modérateurs

Modérateurs défavorables

1. Âge de prise en charge: première consultation à 2 ans, mais bilan vers 6 ans et début de psychothérapie à 9 ans.
2. Contexte somatique: convulsions hyperthermiques à 4 ans. Torticoli congénital.
3. Contexte de développement précoce: difficile. Fin de vie du grand-père engagée au moment de sa naissance et qui va perdurer 2 ans, dépression de sa mère (très déprimée)
4. Contexte traumatique: grossesse difficile, oeuf décollé du placenta, prématuré, suspicion de nanisme. Grand père mourant qui geint...

Modérateurs favorables

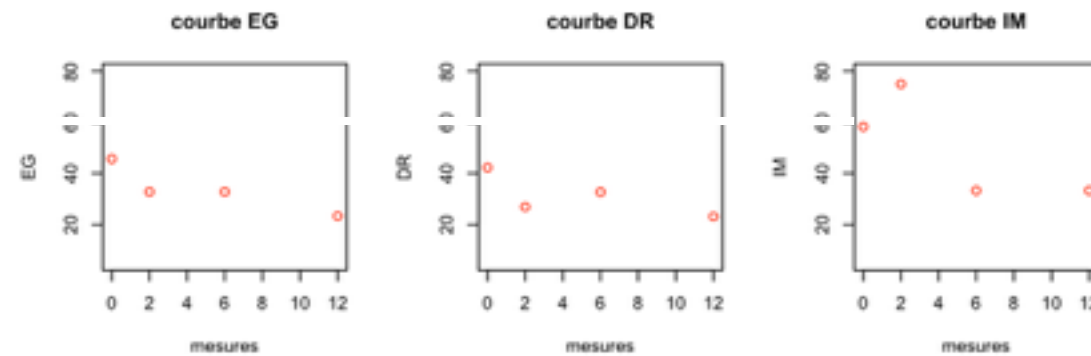
5. Soutien familial de l'enfant: bon soutien des parents qui font ce qu'ils peuvent.
6. Soutien familial de la psychothérapie: oui. Parents très ouverts à ce qui peut être proposé pour leur enfant. La thérapeute rencontre les parents environ tous les 2 mois.
7. Plateau technique : bon. 1 séance de psychothérapie psychodynamique / semaine en libéral. 1 séance d'orthophonie en libéral/semaine. Ateliers : trampoline, ferme pédagogique et vélo. IME.

Modérateurs neutres

8. Relations psychosociales : RAS.
9. Scolarité: dans l'IME ?
10. Pas de comorbidité psychique ? (Angoisse et ses conséquences)

Évolution des comportements autistiques, du développement, fonctionnements intra-psychiques

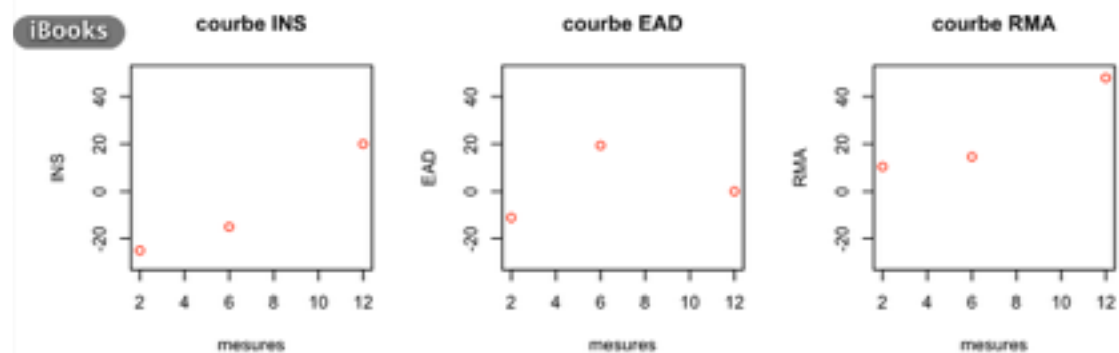
À l'ECAR, la courbe générale et celle de la déficience relationnelle (13 it) sont proches. En revanche la courbe de l'émotion (3 it) est très particulière ...



À l'EPCA, la courbe de pathologie baisse régulièrement. En revanche la courbe développement s'effondre à 2 mois, avant de remonter ..., l'EDT se réduit jusqu'à 6 mois

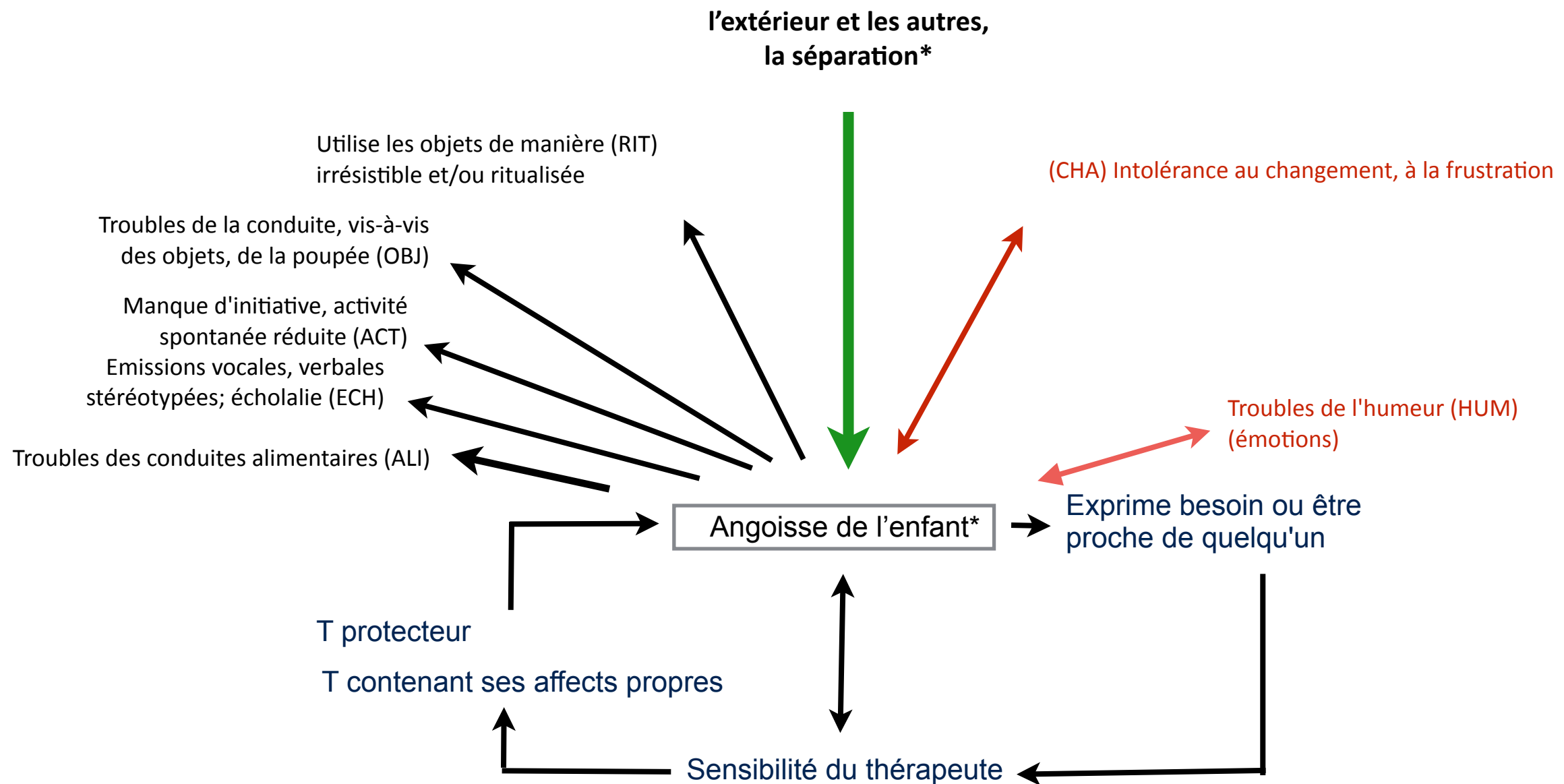


Au CPQ, la courbe Insight monte très nettement, ainsi que la courbe de la relation au monde et aux autres. La réduction des mécanismes de défense est instable



Modélisation de l'évolution d'un cas isolé: situation à t0

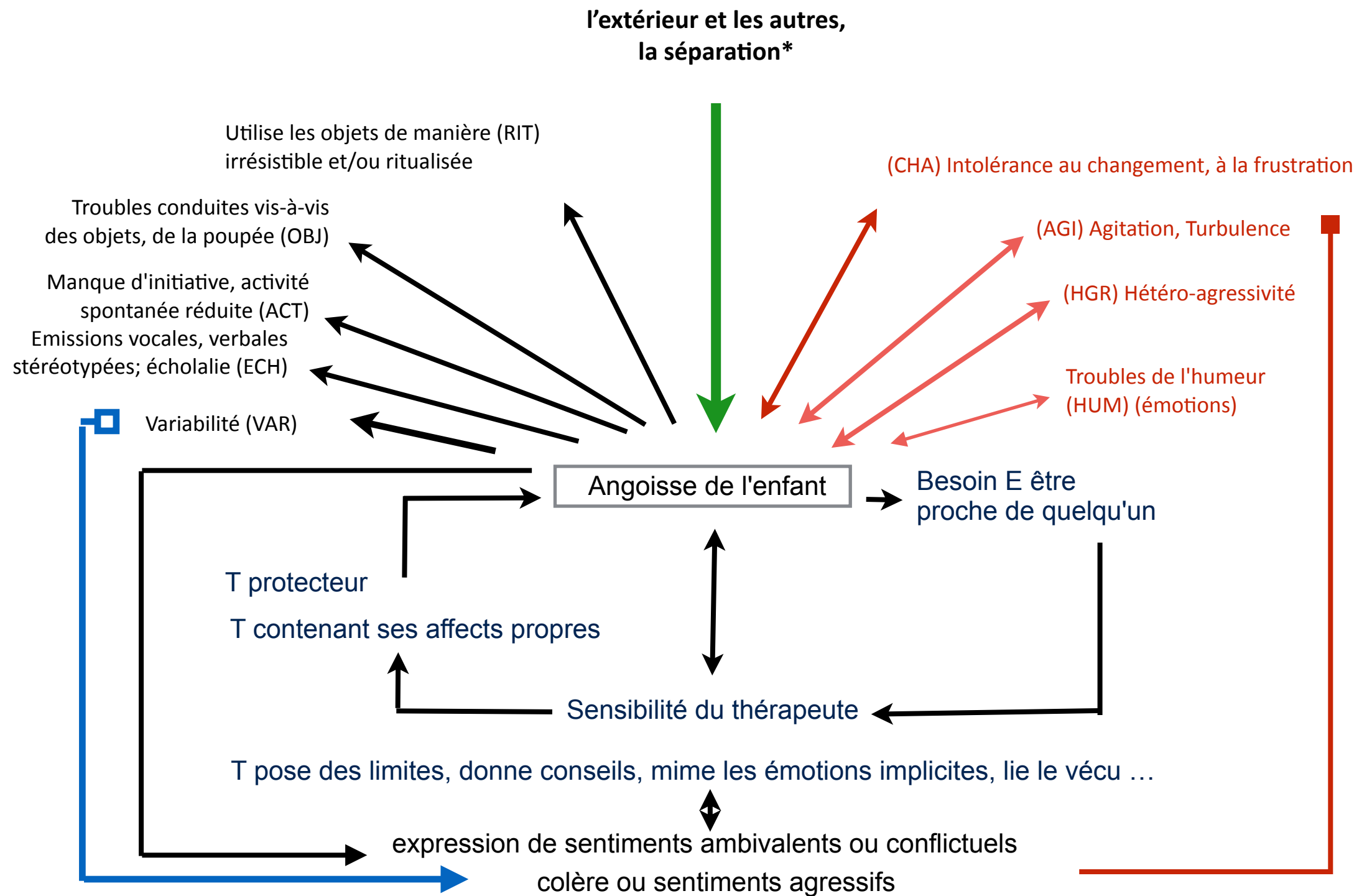
	t0	t2	t6	t12
(ALI)	4	0	1	0
(ECH)	3	3	3	3
(ACT)	3	3	2	2
(OBJ)	3	3	2	1
(RIT)	3	1	2	1
(CHA)	3	3	1	2
(AGI)	2	3	2	1
(HGR)	2	3	1	1
(ANG)	3	3	3	1
(HUM)	3	2	2	2
(VAR)	1	4	3	2
variables ECA-r ≥ 3 à t0				



Comportements ≥3 selon l'ECAR à T0 (cotation de 0 à 4) . Approche probable de la thérapeute à partir du CPQ sur l'année

Modélisation de l'évolution d'un cas isolé: situation à t2

	t0	t2	t6	t12
(ALI)	4	0	1	0
(ECH)	3	3	3	3
(ACT)	3	3	2	2
(OBJ)	3	3	2	1
(RIT)	3	1	2	1
(CHA)	3	3	1	2
(AGI)	2	3	2	1
(HGR)	2	3	1	1
(ANG)	3	3	3	1
(HUM)	3	2	2	2
(VAR)	1	4	3	2
variables ECA-r ≥ 3 à t0				

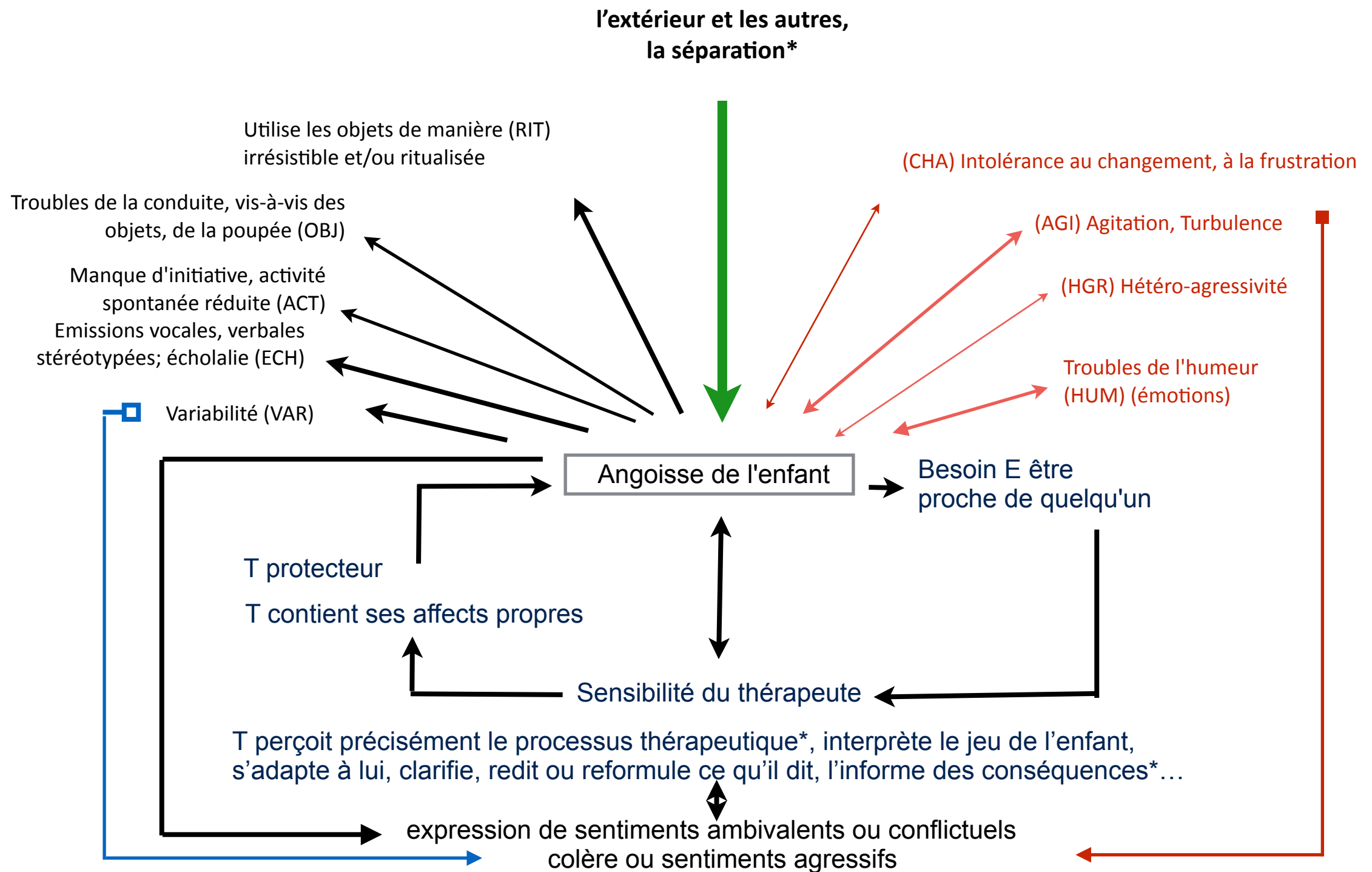


Sur la moitié haute, données issues de l'ECAR, sur la moitié basse, données issues du CPQ (en bleu le thérapeute, en noir l'enfant)

À t2, le thérapeute pose des limites, offre aides ou conseils, mime des émotions implicites ou non élaborées, lie les sentiments ou perceptions de l'enfant au passé.

Modélisation de l'évolution d'un cas isolé: situation à t6

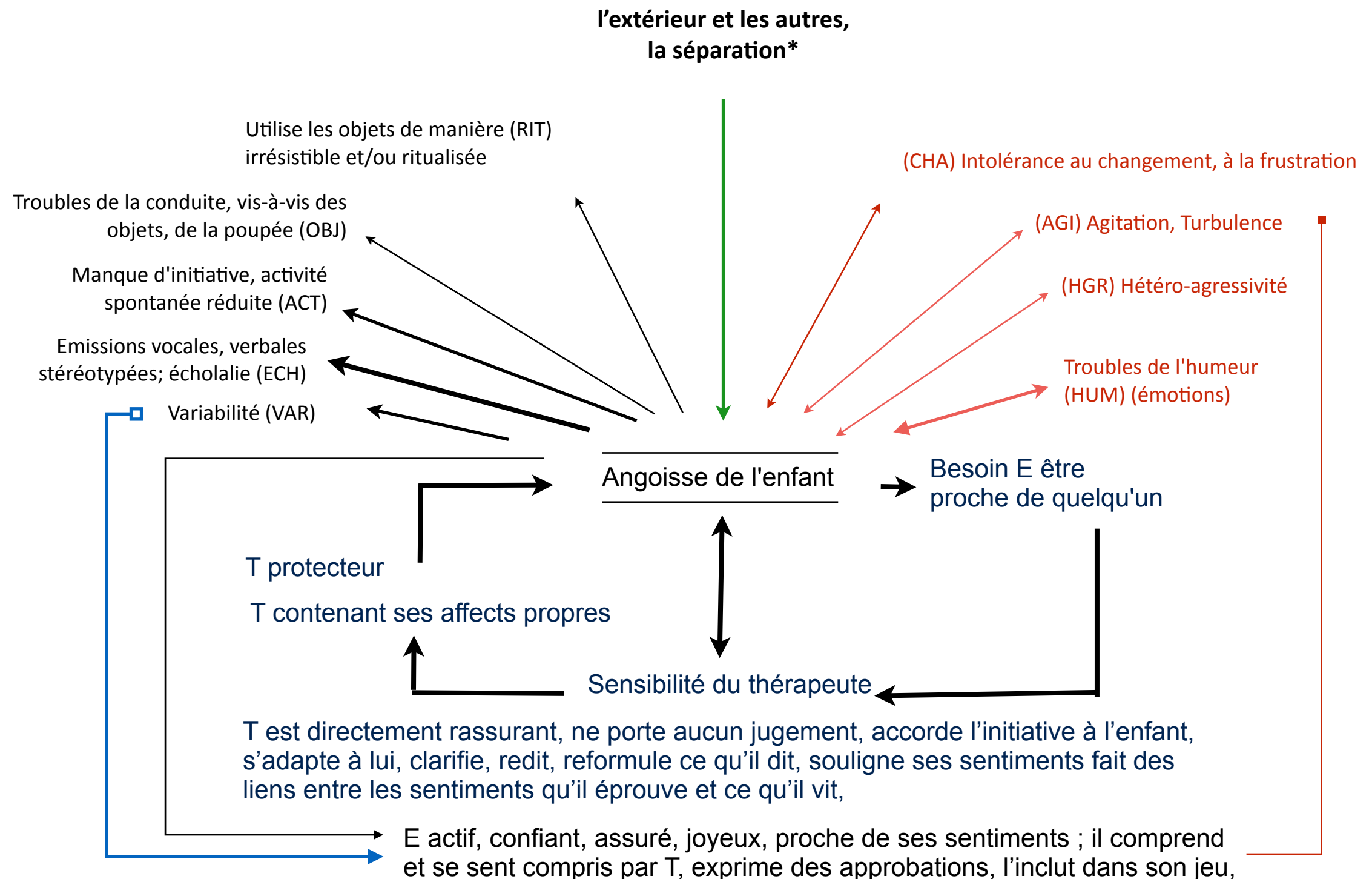
	t0	t2	t6	t12
(ALI)	4	0	1	0
(ECH)	3	3	3	3
(ACT)	3	3	2	2
(OBJ)	3	3	2	1
(RIT)	3	1	2	1
(CHA)	3	3	1	2
(AGI)	2	3	2	1
(HGR)	2	3	1	1
(ANG)	3	3	3	1
(HUM)	3	2	2	2
(VAR)	1	4	3	2
variables ECA-r ≥ 3 à t0				



À t6, les comportements pathologiques se sont déjà beaucoup réduits, l'activité du thérapeute se diversifie et des actions spécifiques sont possibles

Modélisation de l'évolution d'un cas isolé: situation à t12

	t0	t2	t6	t12
(ALI)	4	0	1	0
(ECH)	3	3	3	3
(ACT)	3	3	2	2
(OBJ)	3	3	2	1
(RIT)	3	1	2	1
(CHA)	3	3	1	2
(AGI)	2	3	2	1
(HGR)	2	3	1	1
(ANG)	3	3	3	1
(HUM)	3	2	2	2
(VAR)	1	4	3	2
variables ECA-r ≥ 3 à t0				



À t12, la situation scontinue de s'améliorer, le score ≥ 3 ne concerne plus que les troubles du langage, une nouvelle interactivité s'établit

Récapitulatif de l'évolution du processus psychothérapique à 0, 2, 6 et 12 mois (CPQ)

Éléments très caractéristiques toute l'année (≥ 3 ou ≤ -3)

La thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant, protectrice, sa vie émotionnelle n'interfère pas avec la thérapie. L'enfant exprime son besoin d'être proche de quelqu'un.

Éléments très caractéristiques à 2 mois (≥ 3 ou ≤ -3)

L'enfant est animé ou excité, exprime des sentiments ambivalents ou conflictuels envers sa thérapeute, n'est pas clair ou organisé dans son expression verbale, ne contrôle pas ses sentiments ou impulsions, exprime de la colère ou des sentiments agressifs, n'inclut pas ou exclut sa T de son jeu. La thérapeute fait des commentaires sur le comportement non verbal de l'enfant, pose des limites, lie les sentiments ou les perceptions de l'enfant au passé, parle à l'enfant de ses parents, offre de l'aide ou des conseils ...

Éléments très caractéristiques à 6 mois (≥ 3 ou ≤ -3)

L'enfant comprend les commentaires du thérapeute, est impliqué affectivement, communique avec affectivité, est proche de ses sentiments, se sent compris par sa thérapeute. Il est provocateur et teste les limites de la relation avec la thérapeute, son jeu est fragmenté, sporadique. La thérapeute est impliquée affectivement, perçoit précisément le processus thérapeutique, s'adapte à l'enfant quand l'interaction est difficile, pose des limites, établit des règles explicites à propos de la fin de la séance. Elle clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant, mime les émotions implicites ou non élaborées, interprète la signification de son jeu, l'informe de l'impact potentiel de son comportement sur les autres.

Éléments très caractéristiques à 12 mois (≥ 3 ou ≤ -3)

L'enfant se sent confiant et en sécurité, sans gêne et assuré, est actif et joyeux. Il exprime des sentiments positifs envers le thérapeute, ne rejette pas ses commentaires et observations. Il inclut sa thérapeute dans son jeu et exprime une nouvelle compréhension. La thérapeute ne donne pas d'objectif spécifique à la séance, ne porte ni jugement ni désaccord. Elle est directement rassurante, son interaction avec l'enfant prend en compte son niveau de développement. Elle souligne les sentiments de l'enfant, fait des liens entre ses sentiments et son expérience, interprète la signification de son jeu.

Quelle a été l'approche utilisée ?

Items caractéristiques à 2 mois (≤ -2 et $\geq +2$) de l'approche psychodynamique : la sensibilité de la thérapeute aux sentiments de l'enfant, sa réceptivité affective, la non interférence de ses propres conflits émotionnels dans la relation thérapeutique, sa tolérance de l'affect et les pulsions violentes de l'enfant, les liens qu'elle introduit entre ce que l'enfant ressent et ce qu'il vit. Les items 9 (implication du thérapeute) et 41 (sentiment par l'enfant d'être compris par le thérapeute) sont communs avec l'approche TCC.

Items caractéristiques à 6 mois (≤ -2 et $\geq +2$) de l'approche psychodynamique: la sensibilité du thérapeute aux sentiments de l'enfant, sa réceptivité affective, son positionnement (suivre l'exemple de l'enfant, lui permettre de présenter les thèmes principaux ou de structurer son propre jeu) plutôt que d'exercer un contrôle sur l'interaction, son absence de jugement ou désaccord porté, et de dévoilement d'informations ou de réactions personnelles, son recours à des formulations exploratoires ou métaphoriques, les règles explicites qu'elle établit concernant les fins de séances, ses clarifications, reprises ou reformulations de ce que dit l'enfant, son commentaire des changements d'humeur ou d'affect de l'enfant. Les items TCC concernent les remarques du thérapeute destinées à faciliter la parole de l'enfant, l'aide de l'enfant à concevoir son comportement à l'extérieur et l'information de l'impact potentiel que son comportement peut avoir sur les autres.

Items caractéristiques à 12 mois (≤ -2 et $\geq +2$) de l'approche psychodynamique: la sensibilité du thérapeute aux sentiments de l'enfant, la non interférence de ses propres conflits émotionnels dans la relation thérapeutique, son abstention de guider l'enfant dans la conception de son comportement, son recours à des formulations exploratoires ou métaphoriques (plutôt que didactiques), la possibilité d'utiliser un vocabulaire partagé avec l'enfant, la clarification, reprise ou reformulation de ce que dit l'enfant, l'établissement de liens entre ce que l'enfant ressent et ce qu'il vit. On peut y ajouter l'interprétation du jeu de l'enfant. Un item est utilisé fortement par la thérapeute, sa réassurance directe de l'enfant, fait partie des items caractéristiques de l'approche TCC.

ICBT2m	ICBT6m	ICBT12m	IPDT2m	IPDT6m	IPDT12m
0.05	0.06	-0.01	0.37	0.41	0.45

Formulation de cas à 1 an

Une formulation de cas finale extrêmement développée ... quelques éléments saillants...

- **Symptômes et problèmes de l'enfant:** Troubles du sommeil en régulation, Accepte la frustration (peut attendre), la violence a baissé depuis que le langage se développe ; Langage en progrès avec une activité de l'enfant pour se faire comprendre, communiquer sentiments et histoires, mais beaucoup avec son propre langage.
- **Autonomie:** a acquis la propreté, mange très bien et de façon diversifiée, peut mettre et débarasser la table, s'habille et se déshabille seul, met ses chaussures (mais ne les lace pas encore), nage seul, laisse sa mère quitter le cabinet (et même la pousse à l'extérieur)
- **Attention:** très attentif à l'écriture et aux signes de communication sociaux, essaye de suivre la lecture qui lui est faite avec le doigt
- **Relations et subjectivation:** commence à entrer en rivalité avec les autres patients, mais attend son tour, inquiet pour sa place qu'il défend
- **Expression et tolérance émotionnelle :** mime et joue ce qu'il ressent
- **Jeu:** de cache cache, jeux symboliques avec figurines, fait des farces, jeux de miroir
- **Défenses:** Moins rigide dans ses défenses autistiques
- **Implication dans la thérapie:** aime venir aux séances, relation très forte avec sa thérapeute, transfert
- **Famille:** elle va de mieux en mieux
- **Facteurs explicatifs:** fermeté de la thérapeute par rapport à demandes inépuisables, création d'un cadre contenant, capacité de réceptionner les émotions de l'enfant et ses identifications projectives, Jeux de théâtralisation de la relation mère/ bébé, d'inversion des rôles, mime
- **Atteinte des objectifs:** oui pour cadre contenant, développement de l'intersubjectivité, développement du langage, travail sur les enveloppes psychiques (?)

Évaluation des menaces à la validité interne

La validité externe concerne la possibilité de transposer les résultats d'une étude aux conditions naturelles du soin

La validité interne concerne la possibilité d'attribuer les résultats d'une étude au traitement mis en oeuvre, et donc d'éliminer les autres facteurs susceptibles d'expliquer les résultats.

- **événements externes se produisant au cours de l'étude** (naissance, décès, séparation d'un proche, déménagement, ...) : pas d'événement signalé (FC)
- **maturation** : à discuter
- **autres interventions psychosociales**: l'approche est intégrative, avec psychothérapie. La question qui se pose est de savoir si des résultats analogues seraient survenus sans la psychothérapie. La présentation a démontré la très forte cohérence entre l'action de la thérapeute et la résolution d'un problème central de l'enfant (l'angoisse de séparation, du monde et des autres) et confirmée par la FC finale.
- **mesures et instruments**: une des forces de l'étude est le croisement des informations à partir de plusieurs instruments (incluant la FC). Il existe une très grande cohérence des informations issues de plusieurs sources instrumentales. Cela réduit parallèlement considérablement le risque des effets d'une habitude à la cotation d'un instrument ou d'une distorsion de l'évaluation.
- **sélection du cas**: on ne peut vraiment considérer que ce cas a été sélectionné pour sa facilité et la compliance du départ de l'enfant !

Conclusion et 3 questions pour ouvrir les discussions

En conclusion, nous avons suivi les conditions dans lesquelles un changement important peut se produire dans les comportements d'un enfant autistique et perçu l'intérêt des différents points de vue qu'offrent les différents instruments, et leur convergence vers une compréhension de la dynamique qui s'opère dans l'interaction entre l'enfant et le thérapeute.

Mes 3 questions sont les suivantes:

- 1) Dans quelle mesure, les changements constatés chez César sont-ils fonctionnels ou structurels ?
- 2) Quelles sont les éléments, issus de ce cas, qui pourraient faire progresser les pratiques ?
- 3) Quels aspects vous apparaissent comme des données probantes ou pourraient faire l'objet d'une analyse inter-cas complémentaire dans cette perspective?