

2. Facteurs non dynamiques qui peuvent avoir contribué à son problème (génétiques, périnataux, sociaux, pathologies,...) et/ou qui constituent des éléments favorables.

3. Intégration synthétique des données disponibles ouvrant à une interprétation des facteurs précipitant et des influences qui maintiennent les problèmes de l'enfant.

4. Première définition des buts (p.e., réduction de l'anxiété, aménagement d'une relation interpersonnelle et construction d'un espace psychique, développement des aptitudes dans différents domaines), des objectifs intermédiaires (p.e., jeu et étayage, contenance dans les états de rage et d'anxiété,...) de la psychothérapie et de la stratégie pour les atteindre.

La formulation de cas décrira également les principaux modérateurs : articulation du cadre thérapeutique avec l'ensemble du suivi de l'enfant autiste ; relations avec la famille et engagement d'un travail régulier ; contenus de la prise en charge institutionnelle ; contacts avec structures thérapeutiques et accompagnants ; intégration scolaire et activités de loisirs (d'après Haag et Amy, CIPPA).

La formulation initiale est destinée à évoluer régulièrement. C'est l'occasion de suivre les changements, de réfléchir à la pertinence des hypothèses et d'en générer éventuellement d'autres ; de définir les approches correspondantes ; de situer les obstacles potentiels et les aires de résistance.

En résumé, la formulation de cas est un outil clinique, thérapeutique et intégratif qui permet de traduire le diagnostic en approche spécifique, connecte les théories de la psychothérapie à la pratique et permet leur application à un patient particulier. Elle accorde les principes scientifiques et la compréhension du caractère unique de la personne en thérapie.

Quelques références bibliographiques

Nelson A & Hastie M. Teaching the Art of Case Conceptualization. Austin Child Guidance Center (Texas).

Perry S, Cooper AM, Michels R. The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. *Am J Psychiatry*, 1987;144(5):543-50.

Sim K, Gwee K et Bateman A. Case Formulation in Psychotherapy: Revitalizing Its Usefulness as a Clinical Tool. *Academic Psychiatry* 2005 ; 29(3) : 289-292.

Winters NC, Hanson G, Stoyanova V. The Case Formulation in Child and Adolescent Psychiatry. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 2007 ; 16 : 111-132.

Étapes de la formulation de cas dans le réseau

A partir des informations réunies (entretiens avec les parents et l'enfant, les parents seuls et l'enfant seul).

Chaque participant du groupe de pairs (GP) établit

- la plainte principale, les principaux symptômes et problèmes, leur sévérité, leurs contextes de déclenchement, leurs effets sur l'enfant et sa famille, le fonctionnement de l'enfant dans les principaux domaines de la vie, les aspects positifs sur lesquels s'appuyer ;
- une ou plusieurs hypothèses sur la façon dont les différents facteurs interagissent dans la situation actuelle et les causes fonctionnelles et/ou structurelles auxquelles les difficultés et les troubles peuvent être associés ;
- les objectifs thérapeutiques et la stratégie pour commencer à les atteindre.

Le clinicien de l'enfant rédige une formulation initiale suivant le plan en quatre points présenté précédemment. Il y associe les informations de base telles que les variables démographiques, les résultats de la première évaluation avec les instruments, les modérateurs et la CIM 10.

La formulation est discutée et validée par le GP. La discussion inclut la façon dont les différentes interventions vont se situer dans le temps et le pronostic. Il est essentiel de créer un climat de non jugement dans lequel toutes les idées de formulation sont acceptables et perçues comme ayant un intérêt.