

Psychothérapie psychodynamique des crises auto-agressives et suicidaires dans les troubles de la personnalité borderline Évaluation, modèles psychopathologiques et méthodologies

Jean-Michel Thurin

CESP, Inserm U 1178, Univ. Paris-Descartes, Paris / ED 3C : Cerveau, Cognition, Comportement
Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques

jmthurin@internet-medical.com www.techniques-psychotherapiques.org



5 octobre 2015

1

Positionnement de la question

- Les études épidémiologiques suggèrent que le trouble de la personnalité borderline affecte 1-4% de la population générale, 10-15% des patients ambulatoires et plus de 20% des patients hospitalisés (Levy et al 2006)
- Le lien entre trouble de la personnalité borderline, automutilations et risque suicidaire est établi. Celui entre automutilations et suicide ne l'est que partiellement (Oumaya et al. 2008)
- Les psychothérapies psychodynamiques ont été évaluées et leur efficacité démontrée (Thurin 2004, Clarkin et al 2007, Fonagy 2015)
- Leur mise en oeuvre se réfère à un modèle psycho-développemental de la constitution du moi ou du soi impliquant le cadre de la psychothérapie et des actions spécifiques
- Plusieurs variantes, avec chevauchements, décrivent des techniques particulières en relation à des modèles explicatifs, étapes ou fonctionnements particuliers des patients
- Une méthodologie précisant le processus et les mécanismes de changement sous-jacents à l'efficacité en psychothérapie était nécessaire. Elle existe et peut être complétée par une méthodologie centrée, pour la question qui nous réunit, sur le processus interne des crises autoagressives, voire suicidaires chez les patients borderline.

2

Études et modèles psychopathologiques

- **Adler 1989.** Revue de la littérature. Psychothérapies longues. Modèles psychopathologiques
 - «Les troubles de la personnalité borderline sont une pathologie des phases précoces de l'individuation dans le rapport à l'autre».
- **Yeomans et al. 1994.**
 - Les études centrées sur les sorties de traitement peuvent atteindre des taux de 30 à 50% au cours des 3 premiers mois
 - La technique du thérapeute et ses outils jouent un rôle significatif dans l'engagement du patient dans la thérapie. L'impulsivité serait la seule variable patient impliquée dans la réduction de la durée du traitement.
- **Monsen et al. 1995.** Objectifs structuraux de développement
 - Individuation : conscience sensibilité affective et difficulté de distinction du soi / image parentale idéalisée ou détestée,
 - Constitution d'un espace personnel intériorisé, autonomie par rapport à se concevoir en relation permanente à l'attente et à la reconnaissance de l'autre, régulation des contacts sociaux, ouverture vers l'atteinte d'ambitions et de buts personnels.

3

- **Ogrodniczuc 1999.** Les interprétations de transfert peuvent avoir des effets différents pour différents types de patients et suivant le stade précoce ou tardif de leur application dans le traitement.
 - Il sera nécessaire, pour guider le traitement dans le futur, d'examiner la technique psychothérapique à différentes étapes de la psychothérapie et d'explorer soigneusement les multiples facteurs opérant simultanément dans le traitement.
- **Meares et al. 1999.** Le trouble borderline est une conséquence d'une interruption du développement du moi
 - Le développement peut être repris à partir d'une activité mentale tenue dans la rêverie et se situant en deça du jeu symbolique.
 - Cette activité mentale peut s'établir lorsque les réponses du thérapeute entrent en relation avec ce que le patient lui communique et expriment la reconnaissance et la compréhension de son expérience. Elle permet aussi l'élaboration de vécus traumatiques antérieurs.

4

- **Clarkin, Yeomans, Kernberg** et al. 2001 2006. Études en ambulatoire centrées sur la relation d'objet et le transfert
 - L'axe central du changement se situe au niveau du « transfert direct » qui s'établit dans la psychothérapie entre le patient et le thérapeute. Il permet l'évolution de la structure relationnelle centrale qui sous-tend les attentes et les fonctionnements du patient dans sa relation avec les autres et les passages à l'acte qui l'accompagnent.
- **Bateman et Fonagy** 2014. les relations d'attachement sont au coeur des troubles borderline.
 - L'axe central du changement se situe dans la tolérance à la séparation, la capacité de penser sur soi et sa relation aux autres (*mindfulness*), la capacité de se représenter le vécu et l'état d'esprit de l'autre (*mindedness*).

Une mise en relation, d'après Diercks 2008, des différentes approches psychothérapiques du trouble de la personnalité borderline est publiée dans le *Pour la recherche* 58.

5

La psychothérapie introduit des informations centrales sur le risque

- Dans la pratique, le psychothérapeute d'orientation psychanalytique a accès aux vécus du patient associés aux passages à l'acte
 - d'auto-mutilation (se couper plus ou moins gravement),
 - d'auto-agression (se taper dessus, se taper la tête contre le mur),
 - et même au passage à l'acte suicidaire.
- Ces vécus sont caractérisés par un débordement émotionnel et l'envahissement par un sentiment de détresse, de solitude, de risque d'abandon et d'impuissance par rapport à un événement ou une situation impliquant autrui auquel toute réponse verbale circonstanciée est ou semble impossible.
- Cet événement pourrait apparaître comme un incident, mais la charge symbolique et réelle le transforme en catastrophe individuelle.
 - Parmi ces événements, on trouve souvent la persécution et l'agression par un frère, la séparation, un jugement d'autrui complètement erroné porté sur soi, l'exclusion d'un groupe, le déni d'existence par autrui ...
- La question de l'approche psychothérapique qui peut permettre à ces patients de sortir des épisodes d'actes auto-agressifs et d'évoluer dans de bonnes conditions est directement posée.

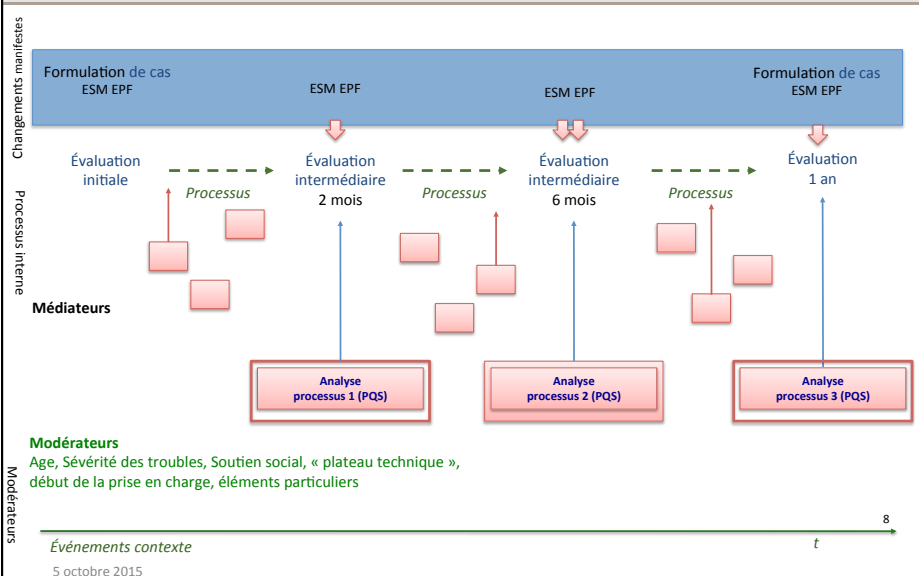
6

Aspects méthodologiques

- La recherche en psychothérapie a longtemps été davantage dominée par l'intérêt porté au résultat de différentes stratégies de traitement que par une recherche préliminaire sur les dysfonctionnements nécessitant une intervention psychothérapique spécifique.
- Depuis les années 2000, les études processus-résultats de cas individuels se sont développées. Elles prennent en compte la nature des dysfonctionnements cliniques, spécifient le traitement, ses bases psychopathologiques et théoriques, recherchent les chaînes causales et les mécanismes de changement. Cette évolution méthodologique repousse les limites des approches expérimentales et vise à établir les actions psychothérapiques les mieux adaptées chez un patient donné dans une situation clinique spécifiée (Kazdin 2001-2009, Clarkin & Levy 2006, Thurin et al. 2008).
- Cette évolution a été rendue possible par l'extension du champ psychothérapique aux troubles borderline, le développement d'outils d'analyse du processus et de méthodes statistiques appropriées, ainsi que par la constitution de réseaux de recherches (*Practice-Research Networks*) permettant la reprise d'une collaboration étroite entre cliniciens et chercheurs et la constitution de bases de cas.

7

Schéma d'une étude intensive processus-résultats de cas



Évaluations psychométriques Sévérité des troubles				
Alliance familiale Âge	Début	2 mois	6 mois	1 an
Spécificités de base des praticiens (référence théorique, formation, expérience)	Notes extensives trois séances	Notes extensives de deux séances	Notes extensives de deux séances	Notes extensives de deux séances
Modérateurs	Formulation de cas			Formulation de cas
Formulation de cas	Plan d'organisation des données cliniques pour une stratégie de traitement en 5 axes : 1. Problèmes du sujet. 2. Facteurs non dynamiques qui peuvent avoir contribué à son problème. 3. Intégration synthétique des données disponibles ouvrant à une interprétation des facteurs et des influences maintenant les problèmes. 4. Première définition des objectifs et de la stratégie pour les atteindre.			
Échelle Santé-Maladie (Luborsky, 1975) : indice santé-maladie	→ Echelle estimation globale + 7 sous échelles 0-100 avec formulations de cadrage : 1. Capacité d'autonomie ; 2. Gravités des Symptômes ; 3. Malaise subjectif ; 4. Effets sur l'entourage ; 5. utilisation des capacités ; 6. relations interpersonnelles ; 7. Sources d'intérêts. → Mise en relation avec vignettes cliniques avec score d'évaluation globale			
Échelles Fonctionnement Psychodynamique (Hoglund, 1997)	6 sous échelles avec formulation 0-100 : 1. Qualités des relations amicales ; 2. Qualités des relations familiales ; 3. Qualités des relations sentimentales ; 4. Tolérance affective ; 5. Insight ; 6. Résolution des problèmes et capacité adaptative.			
Psychotherapy Process Q-Set (E.Jones 2000)	Processus caractérisant : 1. les attitudes, les sentiments, le comportement ou l'expérience du patient. 2. les actions et les attitudes du thérapeute. 3. la nature des interactions au sein de la dyade, le climat ou l'atmosphère de la séance.			

	Début	2 mois	6 mois	1 an
		Notes extensives de deux séances	Notes extensives de deux séances	Notes extensives de deux séances
Psychotherapy Process Q-Set (E.Jones 2000)	Le Psychotherapy Process Q-set (PQS, Jones 2000) a demandé une dizaine d'années de travail et a bénéficié de la contribution d'un panel de cliniciens se référant à différentes théories. Le PQS constitue un langage commun pour décrire et classer le processus de la thérapie à partir de 100 items. Chaque item est conçu pour être observable, éviter les références à une théorie spécifique. Il est destiné à être en grande partie neutre et à pouvoir être utilisé pour n'importe quelle thérapie. Le PQS permet de représenter un éventail d'interactions thérapeutiques et notamment de caractériser systématiquement l'interaction thérapeute-patient. L'évaluation se fait à partir de séances entières (notes extensives, éventuellement complétées d'enregistrements audio), ce qui offre une grande possibilité de cerner les éléments importants et de mieux évaluer leurs effets dans le processus de la thérapie. Le but général de l'instrument est de fournir un index significatif du processus thérapeutique qui puisse être utilisé dans des analyses comparatives ou pour des évaluations pré et post thérapies.			
	Le PQS utilise la méthodologie du tri forcé. Cette méthodologie conduit à hiérarchiser l'importance de chaque items descriptif. Elle oblige à classer un nombre défini d'items dans les 9 catégories qui vont du plus caractéristique (+4), au moins caractéristique (-4), en passant par une case neutre (0) (cf. tableau). Chacun des items est accompagné d'un commentaire pour en faciliter la cotation Le PQS comprend trois types d'items. Ils portent respectivement sur : 1. Les attitudes, les sentiments, le comportement ou l'expérience du patient. 2. Les actions et les attitudes du thérapeute. 3. La nature des interactions au sein de la dyade, le climat ou l'atmosphère de la séance. L'analyse permet - d'extraire les éléments les plus caractéristiques d'un cas ou d'un ensemble de cas en réunissant ceux qui concernent le patient, le thérapeute et leur interaction de situer la psychothérapie appliquée par rapport aux principales approches - de distinguer un facteur commun et plusieurs facteurs spécifiques correspondant à des configurations psychothérapeutiques particulières.			

L'étude intensive processus-résultats de cas, en bref

- À partir de notes extensives et/ou enregistrement audio de séances (données), sont réalisés :
 - une formulation de cas initiale,
 - au moins 4 évaluations avec échelles de changement et questionnaire structuré de processus (ou méthode qualitative alternative) validés,
 - un recensement des modérateurs et
 - une évaluation des menaces à la validité interne.
- Les effets observés sont répliqués dans différentes études, échantillons, et conditions (par exemple, configurations naturalistes et de laboratoire).
- L'analyse porte à la fois sur le cas isolé et sur les cas regroupés
- Les études quasi-expérimentales de cas réunissant ces critères atteignent un haut niveau de preuve (Kazdin 2003, Hilsenroth 2010, Eells 2011)

11

Méthodologie d'analyse des événements en psychothérapie

Méthode

- En psychothérapie d'orientation psychanalytique, les vécus associés aux passages à l'acte d'auto-mutilation (se couper plus ou moins gravement), auto-agression (se taper dessus, se taper la tête contre le mur), et même au passage à l'acte suicidaire sont exprimés.
- Ces vécus du patient sont caractérisés par un débordement émotionnel et un sentiment envahissant de détresse, de solitude, d'abandon et d'impuissance face à un événement externe impliquant autrui.
Toute réponse verbale circonstanciée est ou lui paraît impossible.
- Une analyse des événements exprimés en thérapie peut être intégrée à l'étude intensive de cas.
- C'est une stratégie observationnelle, inductive et itérative dans laquelle les investigateurs utilisent les observations des thérapeutes de leurs interventions en relation aux événements vécus.
- L'objectif est d'améliorer progressivement la façon dont elle peuvent être le mieux exécutées, avec trois étapes : 1. Description précise de l'événement ou des problèmes rencontrés et de la façon dont il a été traité ; 2. Construction d'un modèle rationnel et mise en relation avec des observations, et 3. Évolution vers un modèle rationnel empirique (Elliott 2009).

12

Méthodologie d'analyse des événements en psychothérapie

Parmi les hypothèses existant dans la littérature

- Hypothèse 1. Les épisodes de mise en danger impulsive et de comportement d'automutilation rencontrés chez les sujets borderline sont associés à : a) un contexte de menace portant sur le lien et l'identité ; b) une expérience relationnelle insupportable impliquant la représentation de soi ; c) un bouleversement émotionnel réduisant la capacité de penser ; d) ...
A ce niveau les actes sont liés à des vulnérabilités actualisées et peuvent représenter a) un effondrement ; b) un retournement sur soi de la violence éprouvée envers l'autre ; c) une décharge émotionnelle relative à une tension insupportable ; d) ...
- Hypothèse 2. L'identification de ce contexte (situation, vécu psychique, histoire personnelle, dysfonctions cognitivo-émotionnelles associées) permet au praticien de mettre en oeuvre une intervention psychothérapique ciblée adaptée (par exemple, reconnaître la personne et l'expérience qu'elle vit).
- Hypothèse 3. L'analyse longitudinale du processus de la psychothérapie permet de mesurer l'évolution du fonctionnement psychique, relationnel et des compétences internes du sujet, de façon générale et face aux situations de détresse associées à ces épisodes de mise en acte. ...
- Hypothèse 4. L'analyse et la mise en relation des études permettront de décrire les interventions psychothérapiques adoptées, d'évaluer leur efficacité dans leur contexte et de définir plus précisément leurs spécificités et leurs indications.
- Les variables à explorer ... (voir PLR 58)

13

Pour conclure

- Le champ des troubles de la personnalité borderline a été et reste un domaine d'activité centrale théorique et pratique des psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques)
- Le développement de l'EBM a orienté les études vers les essais contrôlés randomisés. Cette méthodologie apporte des réponses globales sur l'efficacité des approches, mais renseigne peu ou pas sur les variables qui interviennent dans les processus de changement et leurs mécanismes
- Une nouvelle orientation méthodologique a été engagée depuis les années 2000
- Elle s'est concrétisée en France avec la constitution du Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques coordonné par JM Thurin et B Falissard (CESP, Inserm U 1178) dont un des pôles est consacré aux troubles bdl.
- Cette méthodologie, centrée sur le cas, permet de réaliser des études répliquables issues directement du champ clinique et de les réunir dans une base de donnée. La participation des cliniciens permet le recueil de données essentielles et montre le bénéfice qui peut être tiré pour le thérapeute et le patient d'une évaluation du processus de changement dans la psychothérapie.

14

Références

- 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).
- Bateman A, Fonagy P. Borderline Personality Disorder and Mood Disorders: Mentalizing as a Framework for Integrated Treatment. *Journal of clinical psychology*. 2015.
- Cabié MC, Cohen D, Thurin JM, Thurin M. Quelques questions préalables pour les études du pôle borderline du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. *Pour la Recherche*. 2008;58(3):2-4.
- Clarkin J. F., Foelsch P. A., Levy K. N., Hull J. W., Delaney J. C., Kernberg O. F. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline disorder : a preliminary study of behavioral change. *J Personal Disord* 2001;15:487-95.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N. Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: focusing on the mechanisms of change. *Journal of clinical psychology*. 2006;62(4):405-10.
- Dierckx A. Psychoanalytic and psychodynamic therapies: the state of the art. *Psychiatry*. 2008;7(5):212-6.
- Elliott R. Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*. 2009;20(2): 123-35.
- Eells, T.D. (2011). What Is an Evidence-Based Psychotherapy Case Formulation? *Psychotherapy Bulletin*, 46(2), 13-16. www.divisionofpsychotherapy.org/wp-content/uploads/2009/10/2011-Bulletin-462.pdf
- Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry*. 2015;14:137–50.
- Hilsenroth MJ. Appeal for publication of evidence-based case studies in psychotherapy: theory, research, practice, training. American Psychological Association 2010. www.apa.org/pubs/journals/pst/evidence-based-case-study.aspx

15

- Kazdin AE. Progression of Therapy Research and Clinical Application of Treatment Require Better Understanding of the Change Process. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2001;8(2):143-51.
- Kazdin AE, Nock MK. Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003;44(8):1116-29.
- Kazdin AE. Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother Res* 2009;19(4-5):418-28.
- Levy KN, Clarkin JF, Yeomans FE, Scott LN, Wasserman RH, Kernberg OF. The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of clinical psychology*. 2006;62(4):481-501.
- 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. Molinié M, Gausset M-F, de Oliveira D. Les cliniciens et la recherche sur les psychothérapies : réflexions d'un groupe de pairs. *Pour la Recherche*. 2013;79(4):7-8.
- Monsen JT, Odland T, Faugli A, Daa E, Eilertsen DE. Personality disorders : changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychother Res* 1995a, 5 : 33-48
- 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.
- Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F. Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature. *L'Encephale*. 2008;34(5):452-8.
- Thurin JM. *Études d'évaluation de l'approche psychodynamique*. In: Inserm, editor. *Psychothérapie : trois approches évaluées* Expertise Collective (Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin JM). Paris: Inserm; 2004. p. 105-65.

16

Thurin JM, Thurin M, Danion JM, Barthélémy C. Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques. Projet de l'appel d'offre. *Pour la Recherche*. 2007;55(4):3-15.

Thurin M, Thurin JM. Présentation des outils du pôle Borderline du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. *Pour la Recherche*. 2008;58(3):5-8.

Walter, M. *Quels sont les facteurs de risque précédant la crise suicidaire ? Le point de vue du clinicien*. In La crise suicidaire. reconnaître et prendre en charge. Paris, FFP John Libbey, 2001.

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.

Pour la recherche 58(3) (2008). Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. Point sur le pôle borderline. www.psydoc-france.fr/Recherche/PLR/PLR58/PLR58.pdf

Pour la recherche 79(4) (2013). Pratiques psychothérapiques et recherches dans le pôle borderline du RRFPP. www.psydoc-france.fr/Recherche/PLR/PLR79/PLR79.pdf